

01985

6



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACTORES PSICO SOCIALES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICO-DEGENERATIVA

T E S I S

Que para obtener
el grado de Doctora en Psicología

Presenta

JOSEFINA TERESITA JÁUREGUI JIMÉNEZ

Directora de Tesis

DRA. GILDA GÓMEZ PÉREZ-MITRÉ

Comité:

Dr. Rolando Díaz Loving
Dra. Cristina Márquez Orozco
Dr. Juan José Sánchez Sosa
Dra. Matilde Valencia Flores

Suplentes:

Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo
Dra. Amada Ampudia Rueda

México, D. F.

2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

THESE DO NOT
CONTAIN

MANUSCRIPT
RETURNED TO AUTHOR

**“La búsqueda de la verdad es promisoría,
y el producto del trabajo es perenne
al traducirlo en acciones”.**

**Es por ello que dedico esta
tesis a la humanidad, primeramente como
una retribución a todo lo que he recibido de ella y, además,
como una aportación al bienestar de la misma.**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Agradecimientos

A Dios principalmente, porque facilitó mi camino y favoreció mis logros.

A mi Directora de tesis: Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré que con su dedicación, transformó mis frustraciones, angustias y desvelos en conocimiento y experiencia.

A los miembros del comité tutorial: Dr. Rolando Díaz Loving, Dra. Cristina Márquez Orozco, Dr. Juan José Sánchez Sosa y Dra. Matilde Valencia Flores, por la orientación y sugerencias brindadas.

A Adán, mi esposo, el compañero de mi vida, que enlazó su amor a mis sueños y con ello pude lograr mis ensueños, gracias amor.

A mis hijos: Oliver, Nubia y Edel, que con su amor y apoyo, mi cansancio se convirtió en empeño y mi desesperanza en promesa, gracias hijos.

A Jesús y Laura, un agradecimiento especial, que en todo momento impulsaron y motivaron mi empeño y con ello apuntalaron mis esfuerzos.

A mis padres, cuyo recuerdo me mantuvo firme en mi meta y al lograrla, mi amor y respeto hacia ellos se acrecentó.

Y sobre todo, a los participantes de este estudio, con admiración y respeto porque sus vivencias enriquecieron mi experiencia y pulieron el producto de mi trabajo.

Resumen

Introducción. Las enfermedades crónico-degenerativas de interés en esta investigación (diabetes tipo 2 e hipertensión arterial esencial), tienen factores etiológicos comunes, siendo determinantes los comportamientos no saludables como: sedentarismo, sobrepeso, obesidad, tabaquismo y mal manejo de estrés. La modificación de estos comportamientos son además los objetivos terapéuticos más importantes y es precisamente en la adherencia a estos propósitos terapéuticos donde los pacientes encuentran algunas dificultades, la adherencia es parcial e inconstante. Esto provoca las complicaciones del padecimiento y una pobre calidad de vida. **Objetivos:** 1) determinar los factores psicosociales de la adherencia al tratamiento y el control del padecimiento. 2) elaborar y aplicar un programa de intervención multidisciplinario que favorezca la adhesión al tratamiento y el control del padecimiento y 3) determinar un modelo de factores predictivos de la adherencia al tratamiento y del control del padecimiento. **Diseño:** La presente investigación se realizó en dos etapas. **Primera:** estudio exploratorio, transversal, de campo y correlacional con una sola muestra. **Muestra:** se trabajó con una muestra no probabilística de pacientes (N=350) con los diagnósticos objeto de estudio. **Instrumento:** entrevista semiestructurada y seis cuestionarios que midieron variables sociodemográficas y psicosociales. **Resultados:** se realizaron análisis de regresión logística considerando las variables de adherencia al tratamiento (dieta, ejercicio, control de peso, asistencia a pláticas educativas y toma de medicamentos) y las variables del control del padecimiento (glucosa, presión arterial sistólica, presión arterial diastólica, nivel de colesterol y triglicéridos) como variables dependientes y el resto de las variables medidas como variables predictivas, encontrándose un primer modelo predictivo. **Segunda etapa:** estudio confirmatorio, longitudinal, con dos grupos: experimental y control, con mediciones antes y después y dos mediciones de seguimiento. **Variable independiente:** intervención cognoscitiva-conductual. **Variables dependientes:** 1) adherencia al tratamiento (dieta, ejercicio y control de peso) 2) control del padecimiento (presión arterial sistólica, presión arterial diastólica y glucosa capilar) y 3) disminución del factor de riesgo de obesidad tipo androide (Índice Cintura/Cadera) **Hipótesis de trabajo:** en comparación con el grupo control: 1) los pacientes del grupo experimental lograrán mayor adherencia al tratamiento y 2) mejor control del padecimiento. **Muestra:** N=110 (experimental n=55, control n=55) pacientes con los diagnósticos objeto de estudio. **Resultados:** Las hipótesis del estudio fueron confirmadas encontrando diferencias estadísticamente significativas que señalan que el 98 por ciento de los pacientes del grupo experimental se ajustaron a la dieta indicada, el 94 por ciento realizó ejercicio y el 66 por ciento controló el peso. Ellos también lograron un mejor control del padecimiento: el 95 por ciento controló la presión arterial sistólica, el 93 por ciento la presión arterial diastólica y 41 por ciento la glucosa capilar. Estos resultados se mantuvieron durante nueve meses de seguimiento. Por último se obtuvo un modelo predictivo de la adherencia al tratamiento y el control del padecimiento encontrando como factores predictivos de la adherencia: la creencia de que los hábitos causan la enfermedad y una evaluación cognoscitiva positiva hacia la dieta y el ejercicio. Para el control de la glucosa capilar y del peso, el factor predictivo fue cumplir con la dieta y para el resto de las variables (presión sistólica, diastólica e índice cintura/cadera) fue cumplir con el ejercicio. **Conclusiones:** Se cumplieron los objetivos de la investigación y se subraya la importancia de la intervención psicológica para facilitar la adherencia al tratamiento y el control de estos padecimientos. El modelo de intervención validado y los factores predictivos obtenidos pueden aplicarse con un enfoque preventivo en poblaciones que aún no presenten estos padecimientos pero que cuenten con factores de riesgo, para disminuir la morbilidad en estas patologías.

Abstract

Introduction. The chronic degenerative diseases of interest in this investigation (Type 2 Diabetes and Essential Arterial Hypertension) have common etiologic factors, being determinants the unhealthy behaviors as sedentariness, overweight, obesity, smoking and and incorrect handle of stress. The modification of these behaviors is besides the most important therapeutic objective and it is precisely the adherence to these therapeutic purposes where the patients find some difficulties, the adherence is partial and frequently inconstant. That provokes the complications of the diseases and a poor quality of life. **Objectives:** 1) To determine the psychosocial factors of the adherence to the treatment and the control of the disease. 2) To elaborate and to apply a multidisciplinary program of intervention that allows the adhesion to the treatment and the control of the disease. 3) To determine a model of predictable factors of the adherence to the treatment and the control of the disease. **Design:** This investigation was realized in two phases. **First phase:** An exploratory, transverse, correlative, field study with one sample. **Sample:** The study was realized with a non probabilistic sample of patients (N=350) with the diagnosis that are the object of the study. **Instrument:** A half structured interview and six questionnaires that measured social demographic variables and psychosocial variables. **Results:** They were made analysis of Logistic Regression considering the variables of adherence to the treatment (diet, exercise, weight control, educational talks and pill ingestion) and the variables of the control of the disease (glucose, systolic arterial pressure, diastolic arterial pressure, cholesterol level and triglycerides) as dependent variables and the rest of the measured variables as predictable variables, being found a first predictive model. **Second phase:** A confirmatory longitudinal study, with two groups: an experimental group and a control group, both with before and after measurements and two follow-up measurements. **Independent variable:** A cognitive-behavioral intervention. **Dependents variables:** 1) Adherence to the treatment (diet, exercise and weight control) 2) Control of the disease (systolic arterial pressure, diastolic arterial pressure and capillary glucose) 3) Decrease in the risk factor of android type obesity (waist-hip index). **Hypothesis of work:** In comparison with the control group 1) the patients of the experimental group will achieve a mayor adherence to the treatment and 2) they will have a better control of the disease. **Sample:** N=110 (experimental n=55, control n=55) patients with the diagnosis that are the object of the study. **Results:** The hypothesis of the study were confirmed, being found statistically significant differences that indicate that 98 per cent of the patients in the experimental group took the diet indicated, 94 per cent of them made exercise and 66 per cent had weight control. They also achieved a better control of the disease: 95 per cent of the patients had a control over the systolic arterial pressure, 93 per cent over the diastolic arterial pressure and 91 per cent over the capillary glucose. These results were maintained for a nine months follow-up. Finally, a predictable model of the adherence to the treatment and the control of the disease were obtained, finding as predictable factors of the adherence: the belief that habits cause the illness and a positive cognitive evaluation towards the diet and the exercise. To the control of capillary glucose and weight, the predictable factor was to comply with the diet and for the rest of the variables (systolic pressure, diastolic pressure and waist-hip index) the predictable factor was to comply with the exercise. **Conclusions:** The objectives of the investigation were fulfilled and they show the importance of the psychological intervention in order to facilitate the adherence to the treatment and to control these diseases. The validate model of intervention and the predictable factors obtained can be applied in a preventive approach in populations that don't have still these diseases but which have risk factors, in order to slow the morbidity in these pathologies.

ÍNDICE	PÁGINA
Lista de tablas	
Lista de figuras	
Introducción	1
Capítulo I	
Padecimientos que se estudiaron en la investigación	19
Enfermedad crónica	19
Enfermedad crónico-degenerativa	21
Epidemiología	22
Diabetes tipo 2	24
Hipertensión arterial esencial	33
Síndrome X	40
Estadios en el continuo de salud-enfermedad del enfermo	
Crónico-degenerativo	43
Obesidad	45
Actividad física (ejercicio)	52
Capítulo II	
Teoría transaccional del estrés	57
Historia del estrés	57
Modelo transaccional del estrés de Lazarus y Folkman	60
Evaluación cognoscitiva	63
Factores personales	65
Factores situacionales	77
Afrontamiento	78
Recursos propios	85
Recursos sociales	85
Consecuencias a corto y largo plazos	87
Adaptación	88
Modelo transaccional del estrés de la enfermedad	
Crónico-degenerativa	89
Capítulo III	
Fundamentos teóricos del programa de intervención psicológica	91
Grupo como mediador de cambio	91
Modalidad de grupo para individuos enfermos	94
Educación	96
Modelos de intervención en educación para la salud	97
Terapia cognoscitivo-conductual	99
Métodos de la terapia cognoscitiva-conductual	101
Terapia cognoscitivo-conductual en grupo	102
Terapia Racional Emotiva (TRE)	104

Terapia Racional Emotiva y problemas relacionados con la salud	106
Técnicas emotivas para ayudar a individuos con problemas de salud.	107
Técnica de relajación	108
Modelo de reducción de la activación	108
Modelo cognoscitivo-conductual de relajación	108
Técnica de relajación cognoscitivo-conductual	111
Autocontrol	113
Resumen del fundamento teórico de la intervención psicológica	115

Capítulo IV. Primera etapa.

Detección de los factores psicosociales relacionados con la Adherencia al tratamiento 119

Objetivos	119
Preguntas de investigación	119
Definición conceptual de las variables en estudio	119
Definición operacional de las variables en estudio	120
Método	120
Tipo de investigación	120
Diseño	120
Muestra	120
Sujetos	121
Criterios de exclusión	121
Instrumentos y aparatos	121
Instrumentos	121
Aparatos	123
Procedimiento	123
a) Descripción del estudio piloto	123
b) Aplicación de la entrevista en su versión final	126
Resultados	126
I. Análisis descriptivos	126
1. Descripción de la muestra	126
2. Evaluaciones cognoscitivas de los estresores potenciales del padecimiento y de las variables que forman la adherencia al tratamiento	127
3. Afrontamiento de los estresores potenciales	130
4. Factores personales. Creencias acerca del padecimiento	135
5. Factores situacionales. Conocimiento sobre el padecimiento	142
6. Recursos sociales. Apoyo social	145
7. Consecuencias a corto y largo plazos	149
8. Adaptación	151
Nivel de estrés	151

Funcionamiento social	154
Depresión	156
Ansiedad cognoscitiva y somática	157
Nivel de calidad de vida	157
Estilo de vida	158
II. Análisis inferenciales	158
1. Comparación de medias	158
2. Análisis de regresión logística	161
Discusión primera etapa	165

Capítulo V. Segunda etapa.

Programa de intervención multidisciplinaria “Mejora de la calidad de vida en el paciente crónico-degenerativo”

	175
Objetivos	175
Pregunta de investigación	175
Definición de las variables en estudio	175
Método	178
Tipo y diseño de investigación	178
Muestra	179
Sujetos	179
Asignación a grupos	179
Instrumentos	179
Aparatos	181
Procedimiento	181
1) Estudio piloto. Programa de intervención psicológica	181
2) Sensibilización del personal de la institución a las necesidades y beneficios del programa de intervención	183
3) Primera etapa: intervención. Programa “Mejora de la calidad de vida en el paciente crónico-degenerativo”	184
a) Subprograma educativo: grupo experimental y Control	186
b) Subprograma cognoscitivo-conductual. Grupo Experimental	188
Módulo I Modificación de creencias	189
Módulo II Manejo de las emociones	191
Módulo III Adquisición de habilidades de Auto-monitoreo y control	192
Módulo IV Refuerzo de las habilidades	193
c) Subprograma de monitoreo. Grupo experimental y Control	194
4. Segunda etapa. Seguimiento	196
Resultados	197
1. Descripción de la muestra	200
2. Comportamiento de las variables que comprenden los factores personales	201

Evaluación cognoscitiva de la dieta	201
Afrontamiento a la dieta	203
Evaluación cognoscitiva del ejercicio	205
Afrontamiento al ejercicio	206
Locus de control	207
Percepción del control general del padecimiento	208
Percepción de autoeficacia en la adherencia al Tratamiento	210
Evaluación cognoscitiva del padecimiento	212
Percepción de las causas del padecimiento	213
Percepción de la expectativa del tratamiento	214
3. Comportamiento en las variables que comprenden los recursos propios. Habilidades en el autocuidado	216
Manejo de las emociones	216
Práctica de la técnica de relajación	217
Automonitoreo de la variable fisiológica	217
4. Comportamiento de las variables que comprenden las consecuencias a corto y largo plazos	219
a) Adherencia al tratamiento	219
Cumplimiento con la dieta	219
Cumplimiento con el ejercicio	222
Control de peso	225
b) Control del padecimiento	231
Presión arterial sistólica	231
Presión arterial diastólica	236
Glucosa capilar	241
c) Factor de riesgo de obesidad tipo androide	247
5. Modelo predictivo de la adherencia al tratamiento y control del padecimiento	254
6. Análisis de covarianza ANCOVA	256
Discusión segunda etapa	257
Capítulo VI. Discusión y conclusiones generales	266
Referencias	272
Anexo 1	
Ejemplos de categorizaciones	
Entrevista semiestructurada. Versión final	
Anexo 2	
Tablas	
Anexo 3	
Cuestionarios aplicados en el programa de intervención psicológica	
Anexo 4	
Estudio complementario: desarrollo y validación de la escala "Percepción de Locus de control en el paciente crónico-degenerativo".	

Lista de tablas

Tabla		Página
1	Principales causas de defunción	22
2	Principales causas de egresos hospitalarios	23
3	Principales motivos de consulta en el primer nivel de atención	23
4	Síndrome general de adaptación	58
5	Descripción de las escalas de <i>locus</i> de control	73
6	Estrategias de afrontamiento	83
7	Distribución porcentual y prueba de Mann-Whitney U de las variables evaluación cognoscitiva del padecimiento en el momento del diagnóstico, nivel de conocimiento y tipo de grupo	160
8	Medias y prueba de Mann-Whitney U de los cuestionarios de ansiedad cognoscitiva y somática, depresión y estrés	161
9	Subprograma educativo. Grupo experimental y control	187
10	Módulo I Modificación de creencias	189
11	Módulo II Manejo de las emociones	191
12	Módulo III Adquisición de habilidades para el autocontrol del padecimiento	192
13	Módulo IV Refuerzo de las habilidades	194
14	Resultados del cuestionario de percepción de locus de control en el paciente crónico-degenerativo	208
15	Criterios de la Norma Oficial Mexicana para el control de peso	225
16	Distribución porcentual del efecto del tratamiento en la variable presión Arterial sistólica	235
17	Distribución porcentual del efecto del tratamiento en la variable presión arterial diastólica	240
18	Distribución porcentual del efecto del tratamiento en la variable glucosa capilar	246

Lista de figuras

Figura		Página
1	Modelo transaccional del estrés (a partir de Lazarus y Folkman, 1991)	60
2	Modelo transaccional del estrés de la enfermedad crónico-degenerativa	90
3	Evaluación cognoscitiva del padecimiento y de los estresores del mismo	129
4	Evaluación cognoscitiva de los estresores potenciales. Variables que componen la adherencia al tratamiento	130
5	Afrontamiento de las variables que componen la adherencia al tratamiento	131
6	Distribución porcentual del tipo de dieta	132
7	Distribución porcentual del tipo de ejercicio	133
8	Distribución porcentual del afrontamiento a la variable asistencia a pláticas educativas	134
9	Distribución porcentual del tipo de afrontamiento a los estresores potenciales del padecimiento	135
10	Distribución porcentual de las creencias acerca de la causa del padecimiento	136
11	Distribución porcentual de la percepción del control general del padecimiento	137
12	Distribución porcentual de autoeficacia en el control del padecimiento	137
13	Distribución porcentual de la expectativa del tratamiento médico	138
14	Distribución porcentual de la autoeficacia para llevar dieta	139
15	Distribución porcentual de la no-autoeficacia para llevar dieta	139
16	Distribución porcentual de autoeficacia para realizar ejercicio	140

17	Distribución porcentual de la no-autoeficacia para realizar ejercicio	141
18	Distribución porcentual del conocimiento acerca del padecimiento y su control	143
19	Distribución porcentual del conocimiento acerca del control del padecimiento	144
20	Distribución porcentual del nivel de conocimiento	145
21	Distribución porcentual de la persona más importante	146
22	Distribución porcentual de la persona que más apoya en el cuidado del padecimiento	147
23	Distribución porcentual del tipo de apoyo	147
24	Distribución porcentual del tipo de grupo al que pertenece	148
25	Distribución porcentual de la adherencia al tratamiento	150
26	Distribución porcentual de las variables que forman el control del padecimiento	151
27	Distribución porcentual de eventos estresantes	153
28	Distribución porcentual del tipo de presión familiar	153
29	Distribución porcentual de las categorías de funcionamiento Social	155
30	Distribución porcentual del nivel de funcionamiento social	156
31	Distribución porcentual de las variables relacionadas con el estilo de vida	158
32	Factores predictivos de la adherencia al tratamiento y del Control del padecimiento. Puntajes =OR= Razón de predominio	164
33	Programa de intervención multidisciplinaria "Mejora de la calidad de vida del paciente crónico-degenerativo"	186
34	Diseño del análisis	199
35	Efecto del tratamiento en la variable evaluación cognoscitiva de la dieta	203

36	Efecto del tratamiento en la variable tipo de afrontamiento a la dieta	204
37	Efecto del tratamiento en la variable evaluación cognoscitiva del ejercicio	206
38	Efecto del tratamiento en la variable afrontamiento al ejercicio	207
39	Efecto del tratamiento en la variable percepción de control general	210
40	Efecto del tratamiento en la variable percepción de autoeficacia en la adherencia al tratamiento	211
41	Evaluación cognoscitiva del padecimiento en el momento del diagnóstico y en el momento de la entrevista	212
42	Efecto del tratamiento en la variable percepción de las causas del padecimiento	214
43	Efecto del tratamiento en la variable percepción de la expectativa del tratamiento	215
44	Efecto del tratamiento en el cumplimiento de las conductas de autocuidado: manejo de emociones, práctica de relajación y automonitoreo	218
45	Efecto del tratamiento en la variable cumplimiento con la dieta	221
46	Factores predictivos de la adherencia a la dieta	222
47	Efecto del tratamiento en la variable cumplimiento con el ejercicio	223
48	Factores predictivos de la adherencia al ejercicio	225
49	Efecto del tratamiento en la variable IMC	228
50	Efecto del tratamiento en la variable IMC de acuerdo con la edad Grupo experimental	230
51	Factor predictivo del control de peso	231
52	Efecto del tratamiento en la variable presión sistólica	234
53	Factor predictivo del control del padecimiento. Presión arterial sistólica	236

54	Efecto del tratamiento en la variable presión arterial diastólica	238
55	Factor predictivo del control del padecimiento. Presión arterial Diastólica	241
56	Efecto del tratamiento en la variable glucosa capilar	244
57	Factor predictivo del control del padecimiento. Glucosa capilar	247
58	Efecto del tratamiento en la variable Índice de Cintura/Cadera	250
59	Efecto del tratamiento en la variable Índice Cintura/Cadera en la submuestra hombres	252
60	Efecto del tratamiento en la variable Índice Cintura/Cadera en la submuestra mujeres	252
61	Factor predictivo del control del Índice Cintura/Cadera	253
62	Factores predictivos de la adherencia al tratamiento y control del padecimiento	255



Durante sus diferentes etapas de desarrollo y ante las diferentes circunstancias de su vida, el ser humano transita y enfrenta múltiples acontecimientos, sobre los cuales realiza una evaluación cognoscitiva para determinar si son amenazantes o no. Si, ante determinado suceso, llega a la primera conclusión, entonces incrementará la activación de su organismo –respuesta de estrés– y lo afrontará de forma específica, lo que contribuirá a forjar su estilo de vida, que podrá ser adaptativo o no, entendiéndose la adaptación como “la capacidad o incapacidad de la gente para modificar su conducta, como respuesta a las cambiantes exigencias del medio ambiente” (Sarason y Sarason, 1988, p. 18).

Uno de los mayores acontecimientos calificados como estresante es la enfermedad (Lazarus y Folkman, 1991; Slaikeu, 1996) y, dentro de este rubro, la enfermedad crónico-degenerativa posee características propias que potencializan la cualidad estresante de la misma, ya que presenta una mayor cantidad de obstáculos a los que se tiene que adaptar el enfermo y durante un periodo más largo.

Durante las últimas dos décadas en nuestro país se ha experimentado una transición epidemiológica como resultado de diversas acciones del sector salud, entre las que destacan un marcado descenso de padecimientos infectocontagiosos gracias a la aplicación de campañas masivas médico-preventivas; una disminución del índice de natalidad favorecido por los programas de planificación familiar sustentados en el concepto moderno de salud reproductiva, y una ampliación demográfica de la cobertura de salud en

el país con diagnósticos y tratamientos oportunos de las enfermedades, que han propiciado una mayor expectativa de vida de la población y una elevación de la tasa de población adulta. Sin embargo, se sabe que, en razón de los cambios dietéticos de la población mexicana, ha habido un incremento de los padecimientos crónico-degenerativos, aumentando en dos veces y media la mortalidad por enfermedades crónicas respecto a las defunciones por enfermedades infecciosas (Chávez, A., Chávez, M., Roldán, Bermejo y Ávila, 1993). De tal manera que, de 7.71 defunciones por cada 1 000 habitantes por enfermedades infecciosas en 1950, se pasó a sólo 0.75 defunciones en 1990, mientras que, de una tasa de 1.04 defunciones por cada 1 000 habitantes por enfermedades crónico-degenerativas en 1950, se llegó a 2.15 defunciones en 1990 (Castro, Gómez, Negrete y Tapia, 1996). En este sentido, Oseguera-Morel (1998), menciona que las enfermedades crónicas ocupan lugares relevantes en el rubro de mortalidad: en 1991 representaron 45 por ciento de causas de defunción. Por otro lado, las estadísticas muestran que la enfermedad crónico-degenerativa se encuentra entre las primeras 10 causas de muerte en nuestro país, ocupando los siguientes lugares durante 1999: enfermedades del corazón, primer lugar; diabetes tipo 2, tercer lugar; y enfermedades cerebro-vasculares, sexto lugar (Dirección General de Estadística e Informática de la Secretaría de Salud, 2001).

Este panorama epidemiológico es paralelo a la transición demográfica que se puede observar: mientras que ha habido una disminución de la población joven de 0 a 14 años, se ha incrementado la población adulta de 15

a 64 años y ha aumentado considerablemente la población envejecida (mayor de 65 años) (Ham-Chande, 1996). Otro aspecto que se debe considerar respecto al envejecimiento de la población es el incremento de la esperanza de vida, de 36.2 años en 1930 a 74.7 años en 1998 (Garrido-Latorre y Gómez-Dantés, 2000; Tapia, 2001). Con base en lo anterior es pertinente comentar que la población adulta que es productiva y reproductiva es responsable de la población joven y de la población envejecida, en los aspectos económico y asistencial.

De esta manera se constata que el panorama epidemiológico mencionado –aumento de las enfermedades crónico-degenerativas– se agrava con el cambio de la estructura poblacional –incremento de población adulta y anciana– y representa un proceso en el que las enfermedades infecciosas se ven sustituidas por las crónico-degenerativas, lo cual provoca un aumento en las tasas de morbilidad y mortalidad en las poblaciones adulta y anciana.

Las enfermedades crónico-degenerativas más representativas son la diabetes tipo 2, la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebro-vascular y, como factor de riesgo importante, se presenta la hipertensión arterial esencial (Oseguera-Morel 1998, p. 8). En nuestro país la diabetes tipo 2 ocupa el noveno lugar en incidencia mundial (Puig-Domingo, 2001) y se considera la primera causa de infarto del miocardio (Camacho, 2000a). Sin embargo, de acuerdo con las estadísticas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en 1990 la diabetes tipo 2 ocupó el segundo lugar como causa de mortalidad

en el ámbito nacional, las enfermedades del corazón el tercer lugar y las cerebro-vasculares el quinto (Santacruz y Aceves, 1994).

Además de ocupar los principales lugares en las estadísticas de mortalidad, estos padecimientos también representan incrementos en la morbilidad de nuestro país. Como ejemplos del aumento de morbilidad Castro et al. (1996) informan que, en una muestra de N=1 239 sujetos de 60 a 69 años, encontraron una prevalencia de 38 por ciento de hipertensos y 21 por ciento de diabéticos, mientras que, en la encuesta nacional de enfermedades crónicas (1992), se identificó 31.1 por ciento de sujetos con diabetes tipo 2 que ignoraban padecer esta enfermedad (Lifshitz et al. 1996). En el mismo sentido tenemos las opiniones de Escobedo-De la Peña y Rico-Verdín (1996), así como las de Rodríguez-Morán y Guerrero-Romero (1999), quienes afirman que la prevalencia de la diabetes tipo 2 ha ido en aumento.

Por otro lado, la enfermedad hipertensiva presenta una causística preponderante, hecho de gran relevancia, ya que la hipertensión arterial esencial está identificada como factor de riesgo para las enfermedades vasculares coronarias, cerebrales y renales (Ávila, 1999; Ferrario, 1999; González, 1997a; XIII Reunión Científica, 1999; González, C.A., 2000; Nieto-Cisneros y Treviño-Pérez, 1997; Oseguera-Morel, 1998; Wright y Northridge, 1999) y, en un gran porcentaje de casos, es concomitante con la diabetes tipo 2. En este sentido, Alcocer (2001) explica que, en nuestro país, la frecuencia de hipertensión arterial es mayor en los diabéticos que en la población general, ya que a los 45 años, 40 por ciento de los diabéticos tipo 2

son hipertensos y 60 por ciento lo son a la edad de 75 años. Exaire (1998) afirma que los hipertensos-diabéticos constituyen más de 50 por ciento y, en opinión de Funsalud (2001), las personas con diabetes tipo 2 presentan hipertensión de 1.5 a 2 veces más que quienes no padecen la primera, afirmación que concuerda con los estudios de Nieto-Cisneros y Treviño-Pérez (1997), que consideran que la hipertensión arterial sistémica esencial es dos veces más común en diabéticos que en el resto de la población.

Las investigaciones nacionales realizadas en la población con diabetes avalan los comentarios anteriores al presentar los porcentajes de comorbilidad de sus estudios. García, Ríos y Castañeda (1989) encontraron, en una muestra de pacientes diabéticos (n=80), que 22 por ciento tenía ambos padecimientos; Gil, Bustos, Pérez, García y Zavaleta (1992) reportaron que 45 por ciento de los pacientes diabéticos estudiados (n=242) presentó las dos enfermedades; Guerrero-Romero y Rodríguez-Morán (1998) refieren haber encontrado, en una submuestra de n=260 hombres, 66 por ciento de pacientes con ambos padecimientos; por último, Rodríguez-Moctezuma et al. (2001a) encontraron en 2598 egresos hospitalarios 46 por ciento de comorbilidad.

En el panorama internacional el Centro para el Control de la Prevención de Enfermedades en Estados Unidos reporta que de 60 a 65 por ciento de la población diabética tipo 2 presenta hipertensión (Garber, Levetan y Neahring, 1998; Giorgini, 1998). Por otro lado, González (1997b) menciona que la frecuencia de hipertensión en diabéticos es del orden de 40 a 80 por

ciento, en tanto que Hernández y Curiel (1999) reportan de 60 a 80 por ciento de comorbilidad en estos padecimientos. Marre (1999) afirma que existe de 30 a 60 por ciento de diabéticos tipo 2 con hipertensión arterial esencial y, de acuerdo con Leyva y Coats (1999), 80 por ciento de diabéticos tipo 2 con una edad de 60 años presentan niveles de presión arterial mayores a 140/90 mm de Hg, comorbilidad que ocasiona un aumento en la mortalidad de los pacientes diabéticos debido a enfermedad vascular, coronaria y periférica (Funsalud, citado en Ganar Salud, 2001). En este sentido, González (1997b) afirma que el riesgo de enfermedad cardiovascular en los diabéticos es 100 por ciento más alto y Giorgini (1998), a su vez, reporta una mortalidad de 2 a 4 veces más alta en pacientes diabético-hipertensos.

En los últimos años se han logrado avances biotecnológicos notables que se pueden aplicar al ejercicio médico y que han incrementado la expectativa de vida de los pacientes con estas enfermedades (Academia Nacional de Medicina, 1996; Velazco-Suárez, 1999), observándose como resultado un crecimiento paralelo de los ingresos hospitalarios con un alto impacto económico y social (Fajardo, 1992; González-Villalpando, Stern y Arredondo-Pérez, 1994; Mendiola y Martínez de Jesús, 1996) y la prolongación de la vida, aunque no necesariamente aumenta su calidad y bienestar (Lifshitz, 1992).

Tan sólo en 1996 los costos de atención por diabetes tipo 2 en el IMSS representaron \$1,690,152,683.00 que equivale a 7.2 por ciento del presupuesto anual nacional asignado al área de prestaciones médicas (IMSS,

1998). En el periodo comprendido entre 1992 a 1997, la erogación del IMSS en la atención a los enfermos que padecen diabetes tipo 2 superó los 2, 000 millones de pesos anuales (IMSS, 1999b). Específicamente en el año de 1997 la atención de la diabetes tipo 2 y sus complicaciones, incluyendo incapacidades y pensiones, fue de \$ 2,394,310,198.00, que equivale a 10.4 por ciento del presupuesto asignado a prestaciones médicas (IMSS, 1999a).

Una característica común en las personas con este tipo de padecimientos es que su adhesión al tratamiento es en forma parcial e inconsistente, principalmente a la dieta y al ejercicio, ya que la modificación de hábitos no saludables es el factor que encuentran más difícil de cumplir en relación con el tratamiento médico (A Comparison of Views of Individuals with Type 2 Diabetes Mellitus 2001).

Sin embargo, es en esta modificación de hábitos en la que radica, fundamentalmente, el control de estos padecimientos, así como su prevención. De acuerdo con Palacios e Hristrova (1992), 54 por ciento de las causas que provocan las enfermedades cardiovasculares (crónico-degenerativas) se relacionan con el estilo de vida, contra 25 por ciento de las causas biológicas. Estos autores también mencionan que, en general, en las primeras 10 causas de muerte en Estados Unidos 51 por ciento las provoca el estilo de vida, contra 20 por ciento de los factores biológicos que las ocasionan y otro 20 por ciento de los ambientales.

Las consideraciones anteriores nos indican que, en el caso de estas enfermedades, el sistema de atención médica sólo ha logrado incidir en el diagnóstico anticipado y en el tratamiento con medicamentos, pero no en el cambio de hábitos. Si se admite “que la educación es un elemento fundamental para sobrellevar la enfermedad con éxito”, según Lifshitz et al. (1996), apreciaremos que en nuestro medio no ha sido totalmente eficaz. Haciendo alusión principalmente a la diabetes tipo 2 estos autores plantean que la participación del enfermo es importante y que las estrategias utilizadas por los médicos “han sido primitivas”, como “la represión, el autoritarismo, el paternalismo, la amenaza, el miedo y la ejemplificación, entre otras”.

Esta situación –la adherencia inconsistente y parcial al tratamiento– es el problema que las instituciones de salud deben considerar bajo dos perspectivas: la de la prevención primaria y la de la prevención secundaria. Con la primera se debe influir en el cambio de hábitos no saludables de la población que aún no se enferma para evitar los padecimientos, mientras que con la segunda se debe influir en el cambio de hábitos no saludables de la población que ya presenta estas enfermedades para obtener el control de los mismos. En este sentido, aunque el sector salud sólo puede incidir en la modificación de hábitos para evitar o controlar estos padecimientos, paradójicamente las acciones y políticas de salud han sido débiles o nulas en este aspecto.

El diabético tipo 2 o el hipertenso son enfermos crónicos que se ven amenazados, desde el principio, por diferentes tipos de estrés relacionados

con la enfermedad: al conocer el diagnóstico, al tener que modificar sus hábitos y adquirir nuevas conductas, como tomar medicamentos y hacerse exámenes periódicos, cuando empiezan a sufrir complicaciones inherentes a su padecimiento, al tener que abandonar conductas que les proporcionan satisfacción, cuando enfrentan un déficit económico y la incapacidad física.

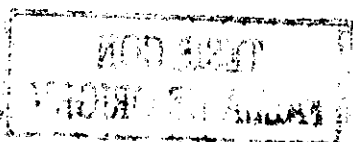
Estos enfermos enfrentan los problemas anteriores con determinadas actitudes y, en ocasiones, confrontan resultados no esperados y, sobre todo, la cercanía de la muerte. De la forma en que el paciente aborde estos problemas dependerá su grado de adherencia al plan terapéutico y, por consiguiente, su calidad de vida.

Debido a lo anterior se puede deducir que las enfermedades crónico-degenerativas, en especial la diabetes tipo 2 y la hipertensión arterial, representan un costo importante en varios aspectos: económico, productivo y en la calidad de vida del paciente y de la familia, lo cual hace prioritario que el sector salud prevenga y controle estas enfermedades.

La mayoría de las investigaciones nacionales realizadas con poblaciones de diabéticos tipo 2 e hipertensos, manejan datos epidemiológicos (Cruz, et al. 1994; Dirección General de Estadística e Informática de la Secretaría de Salud, 2001; García et al. 1989; Rascón-Pacheco et al. 2000; Rodríguez-Moctezuma et al. 2001a; Rodríguez-Morán y Guerrero-Romero, 1998), costos de servicio (Fajardo, 1992; González, et al. 1994), diagnóstico, prescripción y tratamiento (Alemán-Mateo, Esparza-

Romero y Valencia, 1999; Ballesteros-Vásquez, Cabrera-Pachecho, Saucedo-Tamayo y Grijalva-Haro, 1998; Calvo-Vargas, 1998; Fanghanel-Salmón et al. 1997; González y Martínez, 1991; Islas-Andrade et al. 1998; López-Antuñano, S. y López-Antuñano, F., 1998; Martínez de Jesús y Sosa-Cruz, 2001; Ríos y Lifshitz 1995; Robles-Silva, Alcántara-Hernández y Mercado-Martínez, 1993; Rodríguez-Moctezuma et al. 2001b; Rodríguez-Morán y Guerrero-Romero, 1997b; Rodríguez-Morán y Guerrero-Romero, 1999), así como evaluación de rasgos de personalidad (Bagés y Chacón, 1995; Mancilla, Durán, Ocampo y López, 1992), aspectos psicosociales (Guerrero-Romero y Rodríguez-Morán, 1998; Robles-Silva, Mercado-Martínez, Ramos-Herrera, Alcántara-Hernández y Moreno-Leal, 1995; Rodríguez-Morán y Guerrero-Romero, 1997a; Vázquez et al. 1994), educación e información en el paciente de manera grupal (Barrón-Rivera, Torreblanca-Roldán, Sánchez-Casanova, y Martínez-Beltrán, 1998; Díaz-Nieto, Galán-Cuevas y Fernández-Pardo, 1993) y significados socioculturales de la enfermedad (Arganis-Juárez, 1998; García de Alba, 1998; Morales, 1998); sin embargo, todas dan un enfoque parcial del fenómeno, pues dejan de lado el aspecto cognoscitivo y conductual del enfermo en relación con su enfermedad.

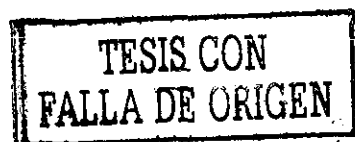
Se cuenta con intervenciones dirigidas a la población de enfermos crónico-degenerativos, específicamente a diabéticos tipo 2, a las que se da un enfoque multidisciplinario que incluye al profesional de psicología, lo cual facilita la atención integral de este tipo de pacientes. Por ejemplo, en la intervención realizada por Díaz-Nieto et al. (1993) la participación psicológica



se centró en acabar con muchos de los mitos que rodean a esta enfermedad, facilitar el autocontrol por medio del autorregistro y enseñar técnicas de relajación para el manejo del estrés. Otro ejemplo es el programa que realiza el Centro de Seguridad Social del IMSS, en Tepic, Nayarit, que está dirigido al adulto mayor en general pero en el que asisten pacientes diabéticos tipo 2 e hipertensos. La intervención psicológica consiste exclusivamente en pláticas sobre temas de superación, como motivación, elevación de autoestima y relaciones humanas (IMSS, 1999c).

Al analizar estas intervenciones se comenta que, a pesar del enfoque multidisciplinario, contando con la participación de psicólogos los resultados en relación con la adherencia al tratamiento y el control de los padecimientos son contradictorios. En la primera los resultados mostraron que el control de la glucosa no fue significativo en la mayoría de los participantes, en tanto que en la segunda intervención no midieron la adherencia terapéutica ni los niveles de la glucosa y de la presión, por lo que no se puede evaluar el impacto de la misma en el control de estos padecimientos.

La dinámica de estas intervenciones con enfoque multidisciplinario vuelve evidente la importancia del papel del profesional en psicología para la resolución de la problemática –expuesta con anterioridad– que genera en el paciente la modificación de hábitos no saludables y que impide su adherencia al tratamiento. Este profesional debe ampliar su campo de acción: conocer primero, y controlar después, los principales factores psicosociales que intervienen en la modificación de hábitos no saludables, identificar –para



influir en ello, si es necesario– lo que el paciente cree sobre la dieta y el ejercicio y distinguir si considera estos hábitos amenazantes o no o si los llega a percibir como necesarios para el control de su padecimiento.

En 1962 Mechanic había acuñado la expresión “conducta de enfermedad”, concluyendo que el enfermo, al percibir individualmente los síntomas, maneja un comportamiento también individual ante ellos, y que este fenómeno depende de las variables psicológicas y sociales, como creencias, expectativas, actitudes y opiniones culturales (citado en Llor, Abad, García y Nieto, 1995). En 1977 Engel dio a conocer el modelo biopsicosocial, que integra tanto los factores biológicos como los psicológicos y sociales, y afirma que aun su interacción influye en la enfermedad. Existe abundante material empírico que confirma la importancia de los factores psicológicos y sociales en el inicio y la evolución de enfermedades en las que el modelo médico se ha limitado al factor biológico (Llor, et al. 1995).

Es importante, entonces, estudiar este tipo de padecimientos desde una perspectiva más amplia, considerando los elementos cognoscitivos y sociales, para poder conocer cuáles son las causas de la adherencia parcial e inconsistente al tratamiento. Al abordar todos los aspectos que intervienen en la enfermedad podríamos conocer cómo “padecen” este tipo de pacientes. El término “padecer” abarca, de manera amplia, la forma en que cada persona vive su padecimiento, englobando aspectos como creencias, sentimientos, procesos cognoscitivos, actitudes, expectativas y cultura y

separando la concepción de enfermedad, que es aplicable de manera general a la condición física (Vargas, citado en Pombo, 1995).

En resumen, la adherencia al tratamiento como parte de la conducta de enfermedad y como factor principal para controlar el padecimiento es un fenómeno complejo que abarca los tres aspectos del modelo biopsicosocial, por lo que se considera justificable intervenir en la población de crónico-degenerativos de manera multidisciplinaria –opinión que concuerda con la de Maldonado-Islas y Orrico-Torres (1998)– e incidir en la adherencia al tratamiento con un enfoque integral dentro de un marco de interdisciplinaria en donde cada elemento aporte sus conocimientos y puntos de vista para el logro de este objetivo.

Uno de los modelos de estrés psicosocial más utilizado es el de Lazarus y Folkman (1991), que se basa en la relación del estrés y la enfermedad. Estos autores señalan que la interpretación que el individuo hace de un suceso determina si es estresante o no, y son sus procesos cognoscitivos, como la evaluación, los que definen cómo lo afrontará y, por consiguiente, cómo se adaptará a él. Este modelo también considera importantes los recursos con los que cuentan los individuos, que van desde sus creencias, educación, *locus* de control y autoestima hasta factores situacionales como el apoyo social de sus familiares, compañeros e instituciones, para elegir su conducta ante los acontecimientos, que tendrán consecuencias a corto y largo plazos. De esta manera, investigar todos estos

elementos nos darían herramientas para entender al paciente, primero, y para intervenir eficazmente, después.

La problemática y trascendencia de los padecimientos antes mencionados se resumen en los siguientes aspectos sobresalientes:

- a) Se ubican en los primeros lugares de morbilidad y mortalidad, tanto en consulta externa como en hospitalización (IMSS, 1999a).
- b) Muestran un aumento progresivo del número de pacientes en edad productiva con enfermedades crónico-degenerativas, con el consiguiente costo, las incapacidades y la disminución de la productividad (IMSS, 1999b).
- c) Son enfermedades que tienen factores de riesgo conductuales, los cuales pueden ser modificables y previsibles (González-Chávez, 1999; Palacios e Hristova, 1992).
- d) Son enfermedades para las que no se ha logrado abatir el descontrol de su padecimiento, con el consecuente aumento de complicaciones crónicas y agudas y el deterioro en su calidad de vida (Academia Nacional de Medicina, 2000d; Camacho, 2000c; García, et al. 1989).
- e) Los programas prioritarios de las instituciones de salud (IMSS, ISSSTE y Ssa) sólo cuentan con estrategias educativas y de orientación y no consideran los aspectos cognoscitivos, afectivos y sociales de la conducta de enfermedad de esta población (IMSS, 1999c).
- f) Coexisten los padecimientos de diabetes e hipertensión (Garber, et al. 1998; García, et al. 1989; Gil, et al. 1992; Guerrero-Romero y Rodríguez-

Morán, 1998; Rodríguez-Moctezuma, et al. 2001a; Hernández y Curiel, 1999).

Por lo anterior consideramos que este estudio es importante debido a que en la actualidad no se cuenta con un modelo de intervención para el paciente crónico-degenerativo que contemple los factores psicosociales que intervienen en todas las fases del continuo salud-enfermedad ni con modelos de intervención que, en su interdisciplinariedad, tomen en cuenta al profesional de la psicología, situación que debilita la atención del equipo de salud hacia sus pacientes. Aquí se pretende, pues, establecer los canales de comunicación apropiados entre el profesional de la psicología y el equipo de profesionales de la salud, así como colocar la actuación de la psicología en el plano que le corresponde frente al proceso salud-enfermedad en este tipo de padecimientos y dentro de esta institución.

De esta manera, los objetivos generales de la presente investigación fueron: 1) detectar los factores psicosociales que influyen en la conducta de adherencia al tratamiento (cambios de conductas no saludables) y control del padecimiento y 2) generar un modelo de intervención que: a) manejara las variables involucradas y encontradas como factores que influyen en la adherencia al tratamiento, el control del padecimiento y la adaptación al mismo; b) que respondiera a un modelo de intervención multidisciplinaria que incluyera a todos los profesionales del equipo de salud en el primer nivel de atención, y c) que integrara, dentro de este modelo de intervención, el quehacer del psicólogo de la salud dentro del equipo multidisciplinario.

La investigación se realizó con pacientes diagnosticados con padecimientos de diabetes tipo 2 e hipertensión arterial y contempló dos etapas. La primera fue exploratoria y comprendió dos estudios: a) en el primero se pilotearon las entrevistas semiestructuradas que, junto con seis cuestionarios, cubrían todos los elementos del modelo transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1991) y b) en el segundo se aplicaron estos instrumentos a la muestra final y con ello se identificaron los factores psicosociales relacionados con la adherencia al tratamiento. Una vez identificados, en la segunda etapa -que fue confirmada con dos estudios- se buscó probar si los factores encontrados lograban la adherencia al tratamiento y, en consecuencia, el control del padecimiento. Se diseñó un programa de intervención psicológica basado en las variables identificadas en la etapa previa, el cual fue aplicado a una muestra piloto (primer estudio). Habiendo sido probada la eficacia de esta intervención, se aplicó en un programa multidisciplinario a la muestra final (segundo estudio). Se realizó un estudio anexo a la investigación que consistió en la construcción, validación y confiabilización de la escala de percepción de *locus* de control en el paciente con enfermedad crónico-degenerativa.

A continuación se describe el contenido de los capítulos que conforman esta tesis.

Capítulo I. Padecimientos que se estudiaron en la investigación y factores relacionados con la prevención. Se explica la enfermedad crónica de manera general y, en particular, a la enfermedad crónico-degenerativa,

enseguida se aborda todo lo relacionado con los padecimientos que se estudian (diabetes tipo 2 e hipertensión arterial esencial), la epidemiología, la etiología, los factores de riesgo, el tratamiento y el control. A continuación se habla de los factores relevantes relacionados con la prevención y el control de estos padecimientos: obesidad y actividad física.

Capítulo II. Teoría transaccional del estrés. En este capítulo se describen temas como la historia del estrés, el modelo transaccional de estrés de Lazarus y Folkman y la aplicación de este modelo en la enfermedad crónico-degenerativa que fue utilizado como marco teórico para la entrevista semiestructurada que se aplicó en la primera etapa de la investigación.

Capítulo III. Fundamentos teóricos del programa de intervención psicológica. Se describen los aspectos teóricos que sirvieron de base para elaborar el programa de intervención psicológica en la segunda etapa de la investigación: grupo, educación, enfoque cognoscitivo conductual, terapia racional emotiva, terapia de relajación cognoscitivo-conductual y autocontrol.

Capítulo IV. Primera etapa. Detección de los factores psicosociales relacionados con la adherencia al tratamiento y el control del padecimiento. Se describen los dos estudios: el piloto y la aplicación de la entrevista semiestructurada, explicando a) la metodología utilizada: los objetivos, la definición de las variables, el diseño, la muestra, los instrumentos y el procedimiento, b) los resultados obtenidos y c) la discusión y las conclusiones.

Capítulo V. Segunda etapa. Programa de intervención multidisciplinaria.

Se describen los dos estudios: el estudio piloto de la intervención psicológica y el de la aplicación del programa de intervención multidisciplinaria, explicando a) la metodología utilizada: los objetivos, la definición de las variables, el diseño, la muestra, los instrumentos y el procedimiento, b) los resultados obtenidos y c) la discusión y las conclusiones.

Capítulo VI. Discusión y conclusiones generales. En este capítulo se discuten y analizan los hallazgos en relación con el marco teórico, presentando conclusiones de cada estudio, así como conclusiones globales de la investigación.

CAPITULO I

Padecimientos que se estudiaron en la investigación

Enfermedad crónica

La enfermedad crónica es aquella que, aunque inicie con características agudas, posteriormente adquiere una sintomatología menos intensa y un desarrollo más lento, durante el cual la mejoría o el empeoramiento de las condiciones del enfermo se suceden con lentitud (Segatore, 1983).

La enfermedad crónica afecta no sólo al paciente, sino a su familia y a la sociedad en la que vive. Su cronicidad la vuelve, por sí misma, receptáculo de sufrimiento y desgaste emocional, ya que la persona que la padece se puede sentir bien y mal alternativamente, pero nunca completamente saludable.

La cronicidad de estos padecimientos ocasiona en el enfermo una actitud de desesperanza hacia su enfermedad y los servicios médicos, lo que empobrece la relación médico-paciente, ya que el segundo cuestiona el conocimiento y la competencia del primero –quizá porque en el fondo cree que el médico debería curarlo– y, por consiguiente, disminuye su adhesión al tratamiento. La relación médico-paciente también se ve deteriorada porque

con frecuencia los pacientes frustran al médico tratante al no adherirse al tratamiento.

Una característica más de la enfermedad crónica es que, por lo general, el médico tratante sólo se enfoca en los aspectos físicos de la enfermedad y no analiza ni determina la forma de padecer de cada paciente, como el manejo de las emociones, los sentimientos negativos, las creencias y la carencia de información sobre su enfermedad.

Un aspecto aún más negativo para la adaptación del enfermo a su padecimiento crónico es el modo con el que actualmente trabajan los servicios de salud, basado en el principio de que el médico cura y el paciente se deja curar. Si bien este tipo de atención puede funcionar con enfermedades agudas, en el caso de las crónicas, aun cuando el médico es la autoridad sobre el padecimiento, es sólo el enfermo quien puede controlar su enfermedad, al realizar los cambios necesarios para su cuidado. Sin embargo, un gran porcentaje de pacientes no tiene una conducta de autocuidado, ya que hasta el momento se carece de este tipo de cultura en nuestra sociedad.

De acuerdo con lo anterior, padecer una enfermedad crónico-degenerativa altera significativamente la esfera física, psicológica y social de la vida de un enfermo (Sosa, 1996).

Enfermedad crónico-degenerativa

Estas enfermedades presentan una evolución con deterioro progresivo. Al principio los síntomas se presentan en forma aguda pero después continúan con curso lento, la mejoría o el empeoramiento de la condición del enfermo se sucede en forma retardada, para acabar afectando algún órgano. Algunas de estas enfermedades se heredan genéticamente, pero en la mayoría los factores ambientales o hábitos del sujeto son los determinantes de su aparición (Academia Nacional de Medicina, 1996). La enfermedad crónico-degenerativa se caracteriza, además, por ser irreversible y permanente en el organismo de un sujeto (Díaz-Nieto, 1993). Estas enfermedades no tienen curación y únicamente es posible controlarlas, para lo cual es indispensable cambiar los estilos de vida y mantener las redes de apoyo social (Campos-Navarro, Torres, Arganis y Sabido, 2001).

Las enfermedades crónico-degenerativas de interés para esta investigación (diabetes tipo 2 e hipertensión arterial esencial) tienen dos factores comunes: genéticos, que generan una predisposición a la resistencia a la insulina, y de riesgo, debido a hábitos nocivos o comportamientos no saludables como el sedentarismo, el sobrepeso, la obesidad, el tabaquismo y el mal manejo de estrés (Alcocer, 2001; Bagés, et al. 1995; Camacho, 2000b; Garber, et al. 1996). Estos últimos entran en el estilo de vida de cada individuo y se caracterizan por ser modificables y, por lo tanto, prevenibles. De esta manera, para prevenir estos padecimientos es necesario incidir en los hábitos nocivos desde antes de que se presente la enfermedad y, en el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

caso de padecerla, el cambio de los hábitos nocivos a hábitos saludables evitará una incapacidad física mayor o, incluso, la muerte.

Epidemiología. La epidemiología de las enfermedades crónico-degenerativas en nuestro país ubica como causas de muerte a la enfermedad isquémica del corazón en primer lugar, a la diabetes tipo 2 en tercer lugar y a la enfermedad cerebro-vascular en sexto lugar (Dirección General de Estadística e Informática de la Secretaría de Salud, México, 2001). Así, los enfermos crónicos son los principales usuarios de los servicios médicos de primer nivel y de hospitalización (Campos-Navarro, et al. 2001).

En el IMSS, delegación Nayarit, se reportaron como principales causas de mortalidad, de 1995 a 2000 (tabla 1), la diabetes tipo 2, en primer lugar, y el infarto agudo al miocardio, en segundo. Otras enfermedades ubicadas dentro de las 10 primeras causas de defunción son la enfermedad isquémica del corazón, la enfermedad hipertensiva, la insuficiencia renal crónica y la enfermedad cerebro-vascular (IMSS, 2000).

Tabla 1
Principales causas de defunción

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Diabetes tipo 2	1	1	1	1	1	1
Infarto agudo al miocardio	2	2	2	3	2	2
Enf. isquémica corazón	9	8	3	2	5	5
Enf. hipertensiva	7	5	6	13	20	23
Insuficiencia renal crónica	10	6	14	6	9	4
Enf. cerebro-vascular	12	9	8	8	12	7

Fuente: IMSS Delegación Nayarit. Sistema único de información (2000).

Como las principales causas de egresos hospitalarios (tabla 2) tenemos, en los primeros lugares, a la insuficiencia renal crónica y la diabetes tipo 2, mientras que la hipertensión arterial esencial está ubicada dentro de los primeros 20 lugares (IMSS, 2000).

Tabla 2

Principales causas de egresos hospitalarios

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Insuficiencia renal	3	2	2	3	3	3
Diabetes tipo 2	4	5	6	5	4	4
Hipertensión arterial	11	14	-	-	16	13

Fuente: IMSS Delegación Nayarit. Sistema único de información (2000).

Las principales causas de consulta en medicina familiar (tabla 3) reportadas en el IMSS para el periodo de 1995 a 2000 son la hipertensión arterial esencial y la diabetes tipo 2. Ocupando la hipertensión arterial esencial el primer lugar durante todo el periodo, mientras que la diabetes tipo 2 el cuarto lugar en 1995, el tercero en 1996 y 1997 y, de 1998 a 2000 el segundo (IMSS, 2000).

Tabla 3

Principales motivos de consulta en primer nivel de atención

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Hipertensión arterial	1	1	1	1	1	1
Diabetes tipo 2	4	3	3	2	2	2

Fuente: IMSS Delegación Nayarit. Sistema único de información (2000).

El análisis estadístico de estos resultados sitúa a la enfermedad hipertensiva en una causística preponderante, hecho de gran relevancia porque la hipertensión arterial esencial está identificada como factor de riesgo para enfermedades como cardiopatía isquémica y cerebro-vasculares, además de que presenta una alta comorbilidad con la diabetes tipo 2 (Alcocer, 2001; González, C.A. 2000).

Diabetes tipo 2

Definición. “La diabetes tipo 2 es una enfermedad metabólica crónica y compleja que se caracteriza por deficiencia absoluta o relativa de insulina, hiperglucemia crónica y otras alteraciones del metabolismo de los carbohidratos y de los lípidos; ello a su vez puede originar múltiples complicaciones microvasculares en los ojos, el riñón y las extremidades inferiores, así como neuropatías periféricas y, frecuentemente, lesiones macrovasculares y coronarias” (López-Antuñano, S. y López Antuñano, F.J. 1998, p. 281).

“La diabetes mellitus (tipo 2) es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por la presencia de hiperglucemia como resultado de los defectos en la secreción o acción de la insulina” (IMSS, 1999b, p. 16).

“La diabetes tipo 2, es el tipo de diabetes en la que hay capacidad residual de secreción de insulina, pero sus niveles no superan la resistencia a la insulina concomitante, o insuficiencia relativa de secreción de insulina, o

cuando coexisten ambas posibilidades y aparece la hiperglucemia” (Secretaría de Salud, 2000).

Clasificación. Las clasificaciones más aceptadas son las de la Asociación Americana de Diabetes y la del Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (IMSS, 1999a), que mencionan dos clases para el desarrollo de la diabetes: la clínica y la de riesgo estadístico.

- a) Clases clínicas: diabetes mellitus tipo 1, diabetes mellitus tipo 2 y diabetes mellitus gestacional.
- b) Clases de riesgo estadístico: intolerancia a la glucosa y alteración de la glucemia en ayuno.

Fisiología. En condiciones de reposo o posprandiales el ser humano normal necesita una dosis diaria absoluta de carbohidratos de aproximadamente 180 gramos para satisfacer las necesidades energéticas del sistema nervioso central y del resto de los tejidos. El aumento de las concentraciones de glucosa después de las comidas estimula la secreción de insulina por las células Beta pancreáticas, al tiempo que reduce la de glucagón por las células Alfa del páncreas (Stein, 1998).

Patogenia. Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 mantienen cierta capacidad de secreción de insulina endógena, a pesar de las anomalías manifiestas de la homeostasia de la glucosa que presentan, entre las que destacan la hiperglucemia basal, la intolerancia a los carbohidratos o ambas.

Pueden presentar una notable resistencia o insensibilidad a las acciones metabólicas de la insulina, tanto endógena como exógena, debido en parte a la reducción del número de receptores insulínicos (Stein, 1998).

Factores de riesgo. En la diabetes tipo 2 hay factores de riesgo genéticos y ambientales –estilos de vida– que predicen su aparición. Los factores genéticos son: la raza y los antecedentes familiares, y los factores ambientales determinantes son: la obesidad, la disminución de ejercicio físico (sedentarismo) y el aporte energético excesivo (Yki-Järvinen, 1998).

Actualmente se ha reconceptualizado la historia natural de la diabetes tipo 2 y se ha encontrado que la deficiencia de insulina no es la única característica de esta enfermedad, sino, además, la resistencia a la misma (Alcocer, 2000; González-Chávez, 1999; Academia Nacional de Medicina, 1997). Esta resistencia se observa en casi 25 por ciento de las personas que parecen estar sanas y se clasifica en los siguientes rangos: de leve o moderada a extremadamente seria. De manera característica, el primer tipo se encuentra en el contexto clínico como precursor de la diabetes tipo 2 o como factor de riesgo para padecerla (Camacho, 2001; Garber et al. 1996; Lifshitz, 1991).

Manifestaciones clínicas. Las manifestaciones clínicas clásicas de la diabetes tipo 2, la poliuria y la polidipsia, son consecuencia de la hiperglucemia, mientras que las manifestaciones crónicas que afectan a la mayor parte de los pacientes son el resultado del metabolismo anormal tanto

de la glucosa como de los lípidos y las proteínas. Entre las manifestaciones crónicas más importantes están las que resultan del daño de los nervios (neuropatía) y de los vasos sanguíneos pequeños (microangiopatía), tanto en riñones (nefropatía) como en retina (retinopatía), y las que son consecuencia de un proceso aterogénico acelerado (macroangiopatía) (IMSS, 1999a; Rull, Zorrilla, Jadzinsky y Santiago, 1992).

Criterios diagnósticos. El diagnóstico se establece cuando se cumple cualquiera de las siguientes tres condiciones:

- a) Síntomas clásicos de diabetes: polidipsia, poliuria y nicturia, cansancio, aftas (genital u oral) y otras infecciones de la piel, más glucosa en plasma a cualquier hora del día ≥ 200 mg/dl
- b) Glucosa en ayuno ≥ 126 mg/dl en más de una ocasión.
- c) Glucosa a las 2 horas en la curva de tolerancia a la glucosa oral (CTGO) ≥ 200 mg/dl (IMSS, 1999a, p. 55).

Tratamiento. Los elementos fundamentales en el tratamiento del paciente con diabetes son: educación, dieta, ejercicio y medicamentos. La educación incluye la enseñanza de ciertas destrezas básicas, como la autovigilancia del control glucémico, la alimentación y el ejercicio. Entre los medicamentos se incluyen los agentes orales y la insulina (Alcocer, 2000; Camacho, 2000b; Camacho, 2001; Herrera, 2000; Kuri, Vargas, Zárate y Juárez, 2001; Ha y Linn, 1998; Rull, et al. 1992).

Aunque la propuesta de los organismos internacionales sobre el tratamiento de la diabetes tipo 2 se basa, principalmente, en la modificación de la dieta, la reducción y prevención de la obesidad, una actividad física acorde a la edad, el sexo y la ocupación y, en caso necesario, el empleo de agentes hipoglucémicos orales y de insulina, existen datos en estudios de investigación que muestran una tendencia opuesta en el tratamiento, ya que predominan los medicamentos sobre los aspectos dietéticos y la actividad física (Robles-Silva, et al. 1993).

Si se toma en cuenta lo anterior se constata que el tratamiento médico para esta enfermedad está indicado con el objetivo de mantener al paciente en condiciones de normoglucemia el mayor tiempo posible, ya sea con medidas higiénico dietéticas o con hipoglucemiantes, lo cual, en la mayoría de los casos, no se logra. Existen numerosas investigaciones en las que se destaca que el control de este padecimiento no se consigue en un alto porcentaje de casos. Uno de estos estudios es el que realizaron Heras, Macías y Araíz (1996), quienes encontraron, en un total de 1 629 casos que contenían información sobre el control de hiperglucemia, una frecuencia de 82.8 por ciento de descontrol glucémico. Camacho (2000c) destaca que la causa principal de este descontrol es la no adherencia al tratamiento, que se manifiesta en el alto porcentaje de pacientes diabéticos obesos. Confirmando lo anterior, Heras, et al. (1996) reportan que, en una muestra de 770 diabéticos, encontraron una frecuencia de 76.1 por ciento de diabéticos obesos.

Control. Actualmente la atención médico-sanitaria de los pacientes constituye un problema grave, ya que, si bien ha habido avances en la detección precoz del padecimiento, el control de los pacientes implica una serie de actividades que hasta la fecha rebasan, por su carácter social, los límites tradicionales de la atención médica (García, et al. 1989; Instituto Mexicano del Seguro Social, 1999a).

La falta de control del padecimiento provoca que, con el paso del tiempo, muchos pacientes diabéticos sufran las consecuencias de las complicaciones crónicas de la enfermedad: vasculares, neurológicas y de órganos específicos, particularmente retinianas y renales. La frecuencia, la gravedad y la progresión de muchas de las complicaciones crónicas están relacionadas con el grado de hiperglucemia y los trastornos metabólicos asociados, así como con la duración de la enfermedad. De tal manera que la hiperglucemia crónica y el tiempo de evolución de la diabetes se consideran factores de riesgo para las complicaciones crónicas (Rull, et al 1992; Stein, 1998).

Complicaciones crónicas. Las complicaciones de la diabetes: microangiopatía, macroangiopatía y neuropatía, constituyen el principal problema clínico de esta enfermedad (Camacho, 2000c; Rull, et al. 1992; Stein, 1998). La diabetes tipo 2 genera daño circulatorio sistémico desde que empieza y, a los cinco años de su evolución, se pueden observar lesiones histológicas en diversos tejidos, las cuales se manifiestan clínicamente alrededor de los 10 años, en particular en los diabéticos crónicamente mal

controlados. El daño se produce a nivel micro y macrovascular, especialmente en la retina, el riñón, el sistema nervioso y las arterias. Un control metabólico óptimo quizá puede prevenir o retardar la aparición de complicaciones; sin embargo, una vez aparecidas, la normoglucemia es incapaz de revertir su proceso e incluso, a veces, de detener su progresión (Rull, et al. 1992; Stein, 1998). Dentro de las complicaciones microangiopáticas se consideran la retinopatía, la nefropatía y la neuropatía, aunque esta última está en controversia, pues el factor vascular no es el único elemento etiopatogénico. Las complicaciones macroangiopáticas son la arteriopatía periférica, la enfermedad coronaria y la cerebro-vascular (Heras, et al. 1996). La macroangiopatía consiste, principalmente, en una enfermedad aterosclerosa de los grandes vasos sanguíneos (arterias), que se manifiesta clínicamente sobre todo en las arterias coronarias, cerebrales y periféricas de las extremidades inferiores (Rull, et al. 1992; Stein, 1998).

La retinopatía diabética es la complicación más importante que afecta al ojo y causa ceguera irreversible. La prevalencia de este daño en los estudios hospitalarios para los diabéticos tipo 2 varía de 37 a 50 por ciento; en relación con el tiempo de evolución, se encontró en 14 por ciento de pacientes con evolución menor a 7 años y en 60 a 70 por ciento de pacientes con evolución mayor a 15 años (Heras, et al. 1996).

La neuropatía diabética es la más polimorfa, heterogénea y menos sistematizada de las complicaciones crónicas de la diabetes, características que hacen difícil conocer con exactitud su prevalencia. Actualmente se

acepta que el mecanismo etiopatogénico de la neuropatía diabética depende de la hiperglucemia crónica, aunque coparticipan otros factores mal definidos de tipo genético y ambiental (Rull, et al. 1992).

Las fases avanzadas de la nefropatía diabética se presentan en un porcentaje de 5 a 10 por ciento de los enfermos con diabetes tipo 2. La mortalidad por enfermedad cardiovascular observada en los sujetos con diabetes tipo 2 en etapas tempranas de nefropatía puede contribuir a la baja frecuencia de insuficiencia renal crónica terminal conocida, sin embargo, la diabetes tipo 2 es la causa más común de insuficiencia renal crónica en el adulto (Heras, et al. 1996).

La aterosclerosis es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el paciente diabético. Los estudios epidemiológicos demuestran que, en comparación con la población no diabética, los diabéticos tienen de dos a cuatro veces más riesgo de presentar enfermedad coronaria y, de cuatro a cinco veces más, enfermedad vascular cerebral y periférica (Heras, et al. 1996).

La insuficiencia arterial periférica es común en individuos diabéticos, sobre todo en los no dependientes de insulina (diabetes tipo 2), de los cuales 8 por ciento tiene evidencia clínica de esta patología al momento del diagnóstico de la diabetes (Heras, et al. 1996).

La hipertensión arterial y la diabetes coexisten con bastante frecuencia; la primera es dos veces más común en los diabéticos tipo 2 y, además, contribuye a su mayor morbilidad y mortalidad (Funsalud, 2001; Heras et al. 1996).

La prevención de las complicaciones sería posible con un tratamiento que lograra un estado normoglucémico permanente desde que se diagnostica la diabetes, a la vez que se podrían revertir las alteraciones microangiopáticas, si se contara con marcadores precoces del daño y se interviniera antes de que las lesiones alcanzaran el punto de no retorno (Rull, et al. 1992).

Complicaciones agudas. Entre las consecuencias metabólicas agudas de la diabetes tipo 2 o de su tratamiento figuran cuatro formas diferentes de coma: 1) cetoacidosis diabética, 2) coma no cetósico hiperosmolar, 3) acidosis láctica y 4) hipoglucemia. Las tres primeras tienen grados importantes de hiperglucemia, mientras que la cuarta muestra una disminución notable de los niveles de glucemia; ambos casos se consideran factores de hospitalización probable (Stein, 1998).

Enfoque preventivo. De acuerdo con lo anterior se puede concluir que la diabetes tipo 2 es el resultado de factores genéticos y factores de riesgo conductuales y ambientales. Existe evidencia de que los factores de riesgo conductuales modificables, como la obesidad y la inactividad física, son el principal determinante no genético de esta enfermedad. En este sentido,

Tuomilehto, et al. (2001, p 1343) refieren que, en una muestra de n=522 sujetos con sobrepeso que fueron asignados aleatoriamente a dos grupos (experimental y de control) y a quienes se les aplicaron dos tipos de estrategias educativas, obtuvieron como resultado que la reducción en la incidencia de diabetes estuvo asociada directamente con cambios en el estilo de vida, de tal manera que, concluyen: la diabetes tipo 2 puede ser prevenida con cambios en el estilo de vida en sujetos de alto riesgo.

Hipertensión arterial esencial

Definición. La hipertensión arterial es un padecimiento crónico de etiología variada y se caracteriza por el aumento sostenido de la presión arterial, ya sea sistólica, diastólica o de ambas. En 90 por ciento de los casos la causa es desconocida, por lo cual se le ha denominado hipertensión arterial esencial, con una fuerte influencia hereditaria. En 5 a 10 por ciento de los casos existe una causa directamente responsable de la elevación de las cifras tensionales; a esta forma de hipertensión se le denomina hipertensión arterial secundaria (Guadalajara-Boo, 1996).

La hipertensión arterial esencial es la elevación continua y sostenida de las cifras tensionales diastólicas y/o sistólicas y es producto del aumento de la resistencia al libre tránsito de la sangre en las arterias periféricas. Desde el punto de vista hemodinámico, la tensión arterial es el resultado de una relación simple: tensión arterial = gasto cardíaco x resistencias periféricas. Así, cualquier incremento en los parámetros que la determinan, si

se mantiene, origina hipertensión arterial (Academia Nacional de Medicina, 2000a).

Los criterios propuestos por el quinto informe del Comité Nacional Conjunto sobre Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial son los siguientes: se considera hipertensión en la población adulta cuando la media de dos o más determinaciones de presión arterial diastólica en dos visitas sucesivas es mayor a 90 mmHg y/o la presión arterial sistólica, en las mismas condiciones, es mayor a 140 mmHg (Kaplan, 1998; Rubio-Guerra, 1998; Figuera, Fernández y Córdoba, 1994).

Independientemente de los problemas que existen para definir la presión arterial promedio o habitual, es necesario establecer criterios estándar para diagnosticar y clasificar a los enfermos. Sir George Pickering defendió largamente que la presión arterial, como un continuo unimodal, no debería de dividirse arbitrariamente en normotensión e hipertensión. A pesar de lo impropio de la división, el límite superior de la presión arterial normal se sitúa actualmente en 140/90 mmHg (Stein, 1998).

Clasificación según etiología. La hipertensión arterial se puede clasificar en hipertensión primaria o secundaria. La primera es aquella cuya causa se desconoce y representa 90-95 por ciento de todos los casos, mientras que la hipertensión arterial secundaria se debe a un factor etiológico conocido —enfermedad renal, endocrinológica, ingesta de fármacos, etc.— (Figuera, Fernández y Córdoba, 1994; Rubio-Guerra, 1998).

Clasificación según severidad. La severidad de la hipertensión arterial se considera en relación con las cifras de presión arterial (presión arterial sistólica –PAS– y presión arterial diastólica –PAD–):

a) Estadio 1 (ligera)	PAS 140-159 mmHg	PAD 90-99 mmHg
b) Estadio 2 (moderada)	PAS 160-179 mmHg	PAD 100-109 mmHg
c) Estadio 3 (severa)	PAS >180 mmHg	PAD >110 mmHG

Cuando el paciente presenta hipertensión arterial combinada se clasifica en función de las cifras más elevadas (Academia Nacional de Medicina, 2000b; Kaplan, 1998; Rubio-Guerra, 1998; Secretaría de Salud, 2001).

Fisiología. La presión arterial (PA) constituye una variable hemodinámica que depende, a su vez, de otros dos factores hemodinámicos –gasto cardiaco (GC) y resistencia vascular periférica total (RVPT)–, donde $PA = GC \times RVPT$. La determinante de la hipertensión es la resistencia vascular periférica elevada con gasto cardiaco normal y, debido a ello, todo estudio de patogénesis de la hipertensión se debe centrar en los vasos de resistencia. No se trata de grandes arterias ni de capilares, sino de pequeñas arteriolas del sistema vascular. Los mecanismos homeostáticos que interactúan para mantener la presión arterial y ajustarla a los cambios de circunstancias son varios, siendo los más importantes los péptidos natriuréticos auriculares, el endotelio y el sistema renina-angiotensina (Isles, 1999).

Patogenia. La causa específica de la hipertensión primaria es desconocida; se ha documentado una predisposición genética con una incidencia aproximadamente dos veces mayor en aquellas personas que tienen un pariente cercano hipertenso. Por otro lado, entre los factores ambientales que incrementan su incidencia están:

- a) Obesidad, particularmente de la parte superior del cuerpo.
- b) Estrés psicogénico.
- c) Ingesta elevada de sodio.
- d) Ingesta de alcohol mayor a 30 ml por día.
- e) Sedentarismo.

La presión arterial se puede elevar como consecuencia de un aumento tanto en el gasto cardiaco como en la resistencia periférica. Aunque inicialmente el gasto cardiaco puede ser alto, la hipertensión por lo general persiste a causa del incremento de la resistencia periférica. Ésta, a su vez, se puede elevar tanto por un estrechamiento funcional como por un engrosamiento estructural de los vasos. La resistencia a las acciones de la insulina en los músculos periféricos ha sido mostrada en hipertensos, y la hiperinsulinemia puede servir como un estímulo para la hipertrofia vascular. Por lo general, esta enfermedad aparece entre los 30 y los 50 años, su progresión es lenta y permanece asintomática hasta que aparece el daño significativo a órganos diana, después de 10 o 20 años (Isles, 1999; Kaplan, 1998).

Diagnóstico. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y se debe establecer si la hipertensión es primaria y/o ideopática o secundaria con o sin repercusión orgánica. En una primera medición la detección de cifras elevadas de presión arterial obliga a realizar más tomas, separadas por varios días. Por lo menos se deberán tomar tres conjuntos de tres lecturas con intervalos de dos semanas o más entre cada uno de ellos, a menos que el nivel inicial sea tan elevado (por encima de 180/110), o que el daño en un órgano diana sea tan evidente, que requiera una intervención inmediata (Kaplan, 1998).

Tratamiento. Se ha documentado fehacientemente que la hipertensión puede ser prevenida si se cambia a tiempo el estilo de vida y se mantiene; entre las acciones recomendables están evitar la obesidad, moderar la ingesta de alcohol y de sal y realizar ejercicio regularmente. Una vez diagnosticada la hipertensión se debe iniciar un tratamiento que incluya:

- a) Reducción del peso corporal excedente; con restricción calórica.
- b) Restringir el consumo de sodio a 2.4 g por día.
- c) Reducir el consumo de grasas saturadas y colesterol.
- d) Mantener el consumo necesario de potasio, calcio, magnesio, complementando los que se tengan en deficiencia.
- e) Limitar el consumo de alcohol a 30 ml por día.
- f) Realizar de 20 a 30 minutos de ejercicio dinámico por lo menos tres veces a la semana.
- g) Practicar cualquier tipo de terapia de relajación.
- h) Evitar el tabaco.

Los pacientes con hipertensión leve sin complicaciones (estadio 1) no necesitan tomar fármacos antihipertensivos de inmediato; sólo deberán realizar modificaciones en su estilo de vida (tratamiento no farmacológico), como las expuestas anteriormente. Aunque el inicio inmediato de la terapia farmacológica es la práctica común, se recomienda un tratamiento más conservador de la enfermedad (tratamiento no farmacológico) y se considera el único posible en el hiperreactor e hipertensión leve (estadio 1), un recurso terapéutico obligado en cualquier otro tipo de hipertensión y una importante medida preventiva en la población en general (Academia Nacional de Medicina, 2000d; Calvo-Vargas, 1998; Camacho, 1998; Cerón-Ramírez, 1998; Díaz-Díaz, 2001; Kaplan, 1998; MacGregor, 1999; Navarro-Robles, 1998; Nieto-Cisneros y Treviño-Pérez, 1997; Secretaría de Salud, 2001).

Control. La función del equipo de atención primaria en el control comunitario de la hipertensión arterial en sus diferentes aspectos (detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento) es clave no sólo para este padecimiento, sino para otros factores de riesgo cardiovascular. Una vez establecido el diagnóstico de hipertensión arterial, el inicio del plan terapéutico (farmacológico o no) requerirá de controles periódicos hasta conseguir su ajuste (Figuera, Fernández y Córdova, 1994; Secretaría de Salud, 2001).

Complicaciones. La hipertensión arterial es precursora de aterosclerosis; junto con la hipercolesterolemia y el tabaquismo constituye la tríada de mayores factores de riesgo aterogénico. La aterosclerosis coronaria, cuyas manifestaciones clínicas más frecuentes son el infarto del miocardio, la

angina de pecho, la muerte súbita y la isquemia silenciosa, es la forma más frecuente y letal de la lesión vascular ateromatosa. Así pues, independientemente de que hay varios factores que contribuyen a producir hipertensión arterial, ésta contribuye o es factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad por aterosclerosis y, consecuentemente, de cardiopatía isquémica o enfermedades cerebrovasculares (Academia Nacional de Medicina, 2000d; Ávila-Ramírez, 1999).

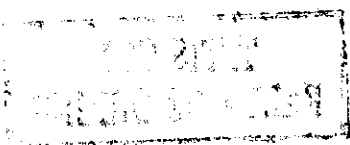
Enfoque preventivo. Considerando los datos epidemiológicos que muestran el incremento de muertes por enfermedades cardiovasculares, ocupando los primeros lugares, y tomando en cuenta, además, que la hipertensión arterial esencial es un factor de riesgo importante para generar esos padecimientos es necesario intensificar los esfuerzos para declinar esas condiciones epidemiológicas. En este sentido, existen numerosas bases científicas para concluir que, en la medida en que se incida en los factores de riesgo modificables, como la ingesta de sodio, la obesidad, el sedentarismo, el hábito al tabaco y el mal manejo del estrés, se logrará abatir la aparición, primero, de la hipertensión arterial esencial y, consecuentemente, el riesgo de patología cardiovascular. Por ello es importante puntualizar, además, que el enfoque preventivo debería considerarse una prioridad nacional (Academia Nacional de Medicina, 2000c; Agabiti-Rosei y Rizzoni, 1999; Chobanian, 2001; He y Klag, 1999).

Síndrome X

Definición. El término fue propuesto por el doctor Gerald Reaven y se refiere a una resistencia a la acción de la insulina que ocasiona una pobre captación de glucosa por las células, hiperinsulinemia, intolerancia a la glucosa, aumento de los triglicéridos en las lipoproteínas de muy baja densidad, disminución del colesterol en las lipoproteínas de alta densidad e hipertensión arterial. Como la clave de esta alteración es la resistencia a la insulina también se le denomina "Síndrome de resistencia a la insulina". Por su lado, Quibrera (1996) menciona que también se le llama síndrome plurimetabólico: el síndrome del nuevo mundo. En la actualidad se considera un tronco común fisiopatológico de algunas enfermedades como la obesidad, la diabetes mellitus tipo 2 y la hipertensión arterial; también se asocian a estas enfermedades otros elementos del síndrome X: intolerancia a la glucosa, hipertrigliceridemia y aterosclerosis (Garber, et al. 1996; González-Chávez, 1999; Lifshitz, 1991; Marre, 1999).

En el mismo sentido, encontramos que esta alteración metabólica eleva, de manera considerable, el riesgo de cardiopatía coronaria de cada una de las enfermedades ya mencionadas (Academia Nacional de Medicina, 1997).

Fisiopatología. La resistencia a la insulina es un estado metabólico en el que las concentraciones fisiológicas de insulina producen una respuesta biológica tisular inferior a la normal, lo cual provoca un aumento de la insulina sérica



(hiperinsulinemia) para compensar la ineficacia de la hormona. La alteración primaria que conlleva a la resistencia a la insulina parece radicar en el receptor; sin embargo, la información acerca de los mecanismos exactos de resistencia sigue siendo fragmentaria y controversial. Esta situación, resistencia a la insulina/hiperinsulinemia propicia toxicidad de la insulina en el metabolismo de los lípidos, lo que ocasiona intolerancia a la glucosa, obesidad, diabetes, hipertensión, dislipidemias y aterosclerosis, llamándose a la asociación entre estas patologías síndrome metabólico. Existe, pues, una diferencia de concepto, ya que el síndrome metabólico es el concepto clínico, en tanto que la resistencia a la insulina es el concepto bioquímico-molecular expresado en una eficiencia biológica menor de la insulina (González-Chávez, 1999).

Factores de riesgo. En general el antecedente familiar de diabetes, hipertensión y cardiopatía isquémica en edades tempranas señala una propensión a padecer el síndrome X. Quienes tienen estos antecedentes corren el riesgo de experimentar resistencia a la insulina, diabetes y complicaciones vasculares. Ha surgido una teoría sobre un origen común que se basa en el concepto de que estas afecciones tienen antecedentes genéticos, de desarrollo y ambientales comunes (Garber, et al. 1996). Entre los genéticos están la raza y los antecedentes familiares de algunas de las enfermedades de este síndrome, mientras que los factores de desarrollo son bajo peso al nacer, edad y multiparidad y los ambientales tienen que ver con las conductas alimentarias –dieta con exceso de grasa–, sedentarismo, tabaquismo y estrés (González-Chávez, 1999).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Complicaciones. Cada una de las enfermedades del síndrome X tiene, a su vez, algunas derivadas o concomitantes que amplían su campo: la obesidad se asocia con enfermedad articular degenerativa, hipoventilación y apnea del sueño, litiasis vesicular y todas sus complicaciones: colecistitis aguda, coledocolitiasis, pancreatitis y cáncer de vesícula. La diabetes origina varias complicaciones y secuelas, la hipertrigliceridemia y la disminución del colesterol en las lipoproteínas de alta densidad predisponen a la aterosclerosis, al igual que la propia diabetes, la obesidad, la hipertensión y la hiperinsulinemia. La aterosclerosis se puede manifestar en cardiopatía isquémica con todas sus variantes clínicas, en enfermedad vascular cerebral o en enfermedad vascular periférica. Todos estos trastornos se suelen asociar, también, con hiperuricemia y sus consecuencias: gota, litiasis urinaria por uratos, nefropatía gotosa y artropatía gotosa (Lifshitz, 1991).

Tratamiento. El tratamiento preventivo y terapéutico de los distintos componentes del síndrome comprende estrategias de carácter polivalente, de manera que, por ejemplo, las medidas no farmacológicas para el tratamiento de la hipertensión arterial tienen efectos evidentes sobre el resto de los trastornos asociados. Estas medidas son: reducción de peso (con una dieta hipocalórica), ejercicio físico programado, dejar el hábito de fumar, reducir las bebidas alcohólicas y manejar el estrés (Garber, et al. 1996; González-Chávez, 1999; Lifshitz, 1991).

Estadios en el continuo de salud-enfermedad del enfermo crónico-degenerativo

- a) Primer estadio: cuando mantiene un estilo de vida que se caracteriza por el sedentarismo, un aumento de peso creciente, el tabaquismo y el manejo inadecuado de estrés; además, presenta antecedentes de diabetes gestacional, cáncer de mama o endometrio, bajo peso al nacer, familiares de primer grado con padecimientos crónico-degenerativos y edad mayor de 30 años, pero aún no tiene ningún elemento del síndrome X.
- b) Segundo estadio: cuando presenta hipertrigliceridemia aislada, glucemia en ayuno de 110 a 125 mg/dl; índice de cintura/cadera en hombres mayor de 0.90 y en mujeres mayor de 0.85; índice de masa corporal > 27; hiperglucemia posprandial de dos horas > 140 mg/dl; niveles séricos de insulina elevados en ayuno; hijo con más de 4 kg de peso al nacer; multiparidad; presión arterial normal alta (130-139/85-89 mmHg); anovulación crónica y/o hiperandrogenismo.
- c) Tercer estadio: cuando padece alguna de las enfermedades crónico-degenerativas: diabetes, hipertensión, enfermedad cerebro-vascular o cardiopatía isquémica.

Enfoque preventivo. En cada una de estas etapas el tratamiento debe ser preventivo, para lograr modificar el estilo de vida: control de peso, dieta,

ejercicio, evitar el tabaco y el consumo de bebidas alcohólicas y controlar el estrés, ya sea para evitar el padecimiento, para controlarlo o para evitar las complicaciones.

Prevención primaria. El objetivo es evitar que inicie la enfermedad, es decir, se aplica en toda actividad que tiene lugar antes de la manifestación de la enfermedad con el propósito específico de prevenir su aparición. En la población general las medidas preventivas están destinadas a modificar el estilo de vida y las características socioambientales (IMSS, 1999b).

Prevención secundaria. Se realiza cuando los individuos ya presentan la enfermedad. Los esfuerzos están encaminados a la remisión de los síntomas y, cuando es posible, a la prevención o retardamiento de las complicaciones agudas y crónicas y a retardar la progresión de la enfermedad (IMSS, 1999b).

Prevención terciaria. Está dirigida a pacientes que presentan complicaciones crónicas y tiene los objetivos de evitar la discapacidad del paciente e impedir la mortalidad temprana (IMSS, 1999b).

A continuación se describirán los temas relacionados con las modificaciones en el estilo de vida, que tienen además mayor relevancia en la prevención y el control de estos padecimientos. Se trata de la obesidad y la actividad física.

Obesidad

Definición. "La obesidad es un grupo de entidades heterogéneas de origen multifactorial, crónico, recidivante, caracterizado por exceso en el tejido adiposo corporal. Se acompaña de múltiples alteraciones endócrino-metabólicas con una repercusión sistemática, lo cual incrementa la mortalidad ya que está considerado como un riesgo coronario independiente" (Ramos-Carricarte, 2001; Rippe, 1999).

La obesidad también se define como el exceso de tejido adiposo, mayor a 20 por ciento del peso deseable según los siguientes indicadores: peso relativo e índice de masa corporal ($IMC = kg/m^2$).

El peso relativo se refiere al peso deseado o recomendado que se multiplica por 100, mientras que el peso deseable es el punto intermedio recomendado para una estatura dada en las tablas publicadas (Ochoa-Quintana, 2001).

En este sentido, Chiprut, et al. (2001) consideran obesa a una persona cuando ésta presenta un IMC de $30 kg/m^2$ o más y clasifica a la obesidad en: hipertrófica, hiperplásica y mórbida. La primera se caracteriza por el aumento de la grasa en los adipocitos sin que aumente el número de células grasas; es propia del adulto que mantiene su peso hasta la edad de 30 a 40 años, momento en el que se incrementa principalmente por un desajuste entre el aporte calórico y el gasto. La obesidad hiperplásica se caracteriza porque el número de células grasas son mayores, así como la cantidad de grasa dentro

de ellas; esta obesidad es de larga duración, pues por lo general los individuos que la presentan suelen ser obesos desde niños. Por último, el término obesidad mórbida se refiere a los casos en los que las personas presentan un peso 100 por ciento arriba de su peso ideal o deseable.

Epidemiología. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) existen 315 millones de obesos en el mundo y 750 millones con sobrepeso, cifras correspondientes a 191 países encuestados, y, según datos de la última Encuesta Nacional de Salud (2000) realizada por la OMS, México tiene 16 millones de mujeres con sobrepeso u obesidad y 15 millones de hombres. Esta encuesta revela que la incidencia de sobrepeso en las mexicanas mayores de 20 años es de 36.3 por ciento y la obesidad del 28.9, lo cual da como resultado una tasa del 65.2 por ciento. En tanto, en los hombres, el sobrepeso está presente en el 41.2 por ciento y la obesidad en el 19.4, lo que significa que 60.6 por ciento de los varones mayores de 20 años en México tienen elevada su masa corporal (Ramírez, 2002).

Causas de la obesidad. El tema de los factores causales de la obesidad actualmente es muy polémico, ya que algunas opiniones consideran que el factor genético es el causante principal. Ramos-Carricarte (2001), es uno de los autores que defiende esta postura, pero, en el sentido opuesto, tenemos la opinión de que el componente genético sólo justifica de 25 a 40 por ciento la susceptibilidad a la obesidad en la mayoría de las poblaciones, otorgándole al estilo de vida no saludable: –dieta rica en grasas y pobre en hidratos de

carbono complejos y fibras y actividad física reducida— el resto del porcentaje causal (Chiprut, et al. 2001; Jung, 1998; Rippe, 1999).

Métodos diagnósticos. Se dividen en: a) métodos de medición de la masa libre de grasa y b) métodos de medición de la masa grasa. En los primeros se engloban: el método del agua corporal total, la conductividad corporal total y la excreción de metabolitos musculares. Entre los principales métodos de medición de la masa grasa están el de gases solubles en grasa, la densidad corporal total, el ultrasonido y la tomografía computada (Braguinsky y Mazza, 1987).

Debido a que los métodos antes mencionados requieren de instrumentos especializados, tanto en la práctica clínica como en estudios epidemiológicos se utilizan métodos simples de bajo costo y de fácil manejo que pueden realizarse con personal entrenado. Estos métodos son las técnicas antropométricas que se detallan a continuación.

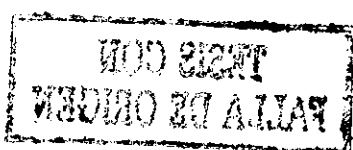
Antropometría. Iniciaremos por describir la técnica de medición del espesor del pliegue cutáneo, que mide la grasa depositada en el tejido celular subcutáneo, considerando que 50 por ciento de la grasa corporal se deposita en ese tejido. Esta medición se realiza en varios sitios y es representativa de la masa grasa, además de que permite obtener su distribución por regiones. Para ello se utiliza el plicómetro de Harpenden y Lange, que ejerce una presión constante sobre la piel de 10 ± 2 g por mm^2 en todos los grados de apertura. La lectura se efectúa en un dial en mm y la determinación se realiza

en regiones normatizadas, de las cuales las de mayor divulgación son la tricípital y la subescapular. Otro factor que ayuda al diagnóstico es el peso corporal, una medida volumétrica determinada por todos los componentes del organismo: agua, músculo, protoplasma sin agua, tejido óseo y tejido adiposo. Una alteración en alguno de estos elementos aumenta y disminuye el peso sin poder determinarse cuál de ellos es el responsable de esa variación. A pesar de lo expuesto, la simplicidad del método, así como la universalidad de su uso, lo hacen muy importante en la estimación de la obesidad. En este método se debe considerar la talla, la edad y el sexo del sujeto y se tiene que basar en tablas normatizadas de acuerdo con el tipo de población a la que se pertenezca (Braguinsky y Maza, 1987). En nuestro país, se han diseñado tablas de pesos recomendables que resultan más acordes a nuestra población, como son las elaboradas por Casillas y Vargas, citados en Ramos-Carricarte (2001). Sin embargo, esas tablas no se aplican a pacientes que presenten tallas que no aparecen en ellas (menores de 1.40 m. o mayores de 1.70 m); en estos casos el peso "ideal" es el que corresponde a los centímetros que exceden del metro.

Índices ponderales. En general estos índices representan diferentes combinaciones de peso y talla y, entre los más utilizados, se encuentran: a)

el peso relativo, que se determina con la fórmula siguiente:
$$\frac{\text{PESO ACTUAL} \times 100}{\text{PESO MEDIO PARA LA TALLA}}$$

Este índice expresa el peso de un individuo como porcentaje de la variación del peso medio de personas de la misma talla, edad y sexo. Valores de peso relativo de 125 o mayores en relación con los pesos medios de la población se considera un diagnóstico de obesidad (Braguinsky y Mazza, 1987), b)



índice de masa corporal (IMC) ideado por Quetelet, se expresa en la siguiente ecuación: kg/m^2 . Este índice considera que, al ser el peso una medida volumétrica, si se eleva la talla al cuadrado se lleva el denominador a más de una dimensión y disminuye la influencia de la talla; en otras palabras, si se lleva el valor de la talla al denominador y se eleva al cuadrado la estatura pierde potencia en la valoración diagnóstica. Para este indicador se encuentra en la literatura internacional diferentes puntos de corte para la clasificación de IMC en las categorías de normal y obesidad. Braguinsky y Mazza (1987) toman en cuenta el sexo para la clasificación y, en mujeres adultas, consideran como rango óptimo un $\text{IMC} = 18.7$ a 23.8 kg/m^2 y obesidad a partir de $\text{IMC} = 27 \text{ kg/m}^2$ y en hombres el rango óptimo es de $\text{IMC} = 20.1$ a 25 kg/m^2 y obesidad a partir de $\text{IMC} = 28 \text{ kg/m}^2$. Garrow, citado en Cano y Trilla (1994), también toma en cuenta el sexo y clasifica al IMC como sigue: sobrepeso en hombres de 25 a 30 kg/m^2 , en mujeres de 27 a 30 kg/m^2 y obesidad $> 30 \text{ kg/m}^2$ en ambos sexos. La National Academy of Sciences, citada en Seidel, Ball, Dains y Benedict (1997), toma en cuenta la edad del sujeto, indicando que de 45 a 54 años el IMC normal es de 22 a 27 kg/m^2 , de 55 a 65 años, es de 23 a 28 kg/m^2 y > 65 años de 24 a 29 kg/m^2 . En nuestro país, hay diversos parámetros. Vargas y Casillas (1993), por ejemplo, no consideran el sexo para clasificar el IMC y puntualizan que el valor normal general es $> 19 < 24.9 \text{ kg/m}^2$, sobrepeso $> 25 < 29.9 \text{ kg/m}^2$, obesidad $> 30 < 39.9 \text{ kg/m}^2$ y obesidad severa $> 40 \text{ kg/m}^2$. La Secretaría de Salud (2000), por su lado, indica que existe sobrepeso cuando el IMC es > 25 y $< 27 \text{ kg/m}^2$ y hay obesidad cuando el IMC es $> 27 \text{ kg/m}^2$. El IMSS (1999a), en cambio, sí toma en cuenta el sexo para la clasificación del IMC, de tal suerte que

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

considera la obesidad en hombres cuando presenta un IMC \geq de 27 kg/m² y \geq de 26 kg/m² en mujeres. Conejo-Navarro, Rivera-Cisneros, Fuentes, García y Mendiola-Anda (1996) determinaron, en una muestra de n=53 ancianos, que un IMC entre 25 y 30 kg/m² se considera normal en este grupo de edad. Chiprut, et al. (2001) reportan que el sobrepeso va de los 25 a 29.9 kg/m² la obesidad leve de los 30 a los 31.9 kg/m² la moderada de los 32 a los 34.9 kg/m² y la grave por arriba de los 35 kg/m².

El IMC es útil en la práctica clínica (Rippe, 1999) y es el valor más utilizado en estudios epidemiológicos, ya que su manejo es sencillo, resta importancia al efecto de la estatura sobre el peso y tiene una buena correlación ($r=0.85$) con el espesor del pliegue cutáneo y con el contenido de grasa real medido por otros métodos (Cano y Trilla, 1994). En este sentido, Velázquez-Alva et al. (1996), en una muestra de n=508 sujetos mayores de 60 años, encontraron una correlación significativa del IMC con las circunferencias de cintura, cadera, brazo, pantorrilla, área muscular braquial, así como con el peso. Es muy importante lo que González-Chávez (1999) menciona: que una reducción del índice de masa corporal de 4 por ciento mejora la resistencia a la insulina.

Tipos de obesidad. El médico francés Jean Vague (1947), citado en Casillas y Vargas (1993), estudió la distribución de la grasa corporal y su relación con el sexo, gracias a lo cual se conocen dos extremos para esa distribución: la androide o de la parte superior del cuerpo y la ginecoide o de la porción inferior, que se presentan tanto en hombres como en mujeres. Este investigador estableció la relación entre la obesidad androide y la diabetes

tipo 2, aterosclerosis, gota, cálculos renales y colelitiasis. Ramos-Carricarte, (2001), apoya lo anterior al afirmar que la obesidad androide es de tipo hipertrófico y que este fenotipo tiene un mayor impacto sobre la salud, pues se ha encontrado que está estrechamente vinculado al síndrome metabólico o síndrome X; respecto a la obesidad ginecoide menciona que no se asocia con complicaciones metabólicas, pero sí con complicaciones de tipo mecánico, como insuficiencia venosa y alteraciones ortopédicas: artrosis de la columna, artralgias, etc. Este autor, además, habla de una obesidad mixta, que se observa especialmente en pacientes con un IMC mayor de 35 kg/m^2 . En una muestra de $n=87$ sujetos Solorio et al. (1996) observaron que los pacientes que presentaron cardiopatía aterosclerosa coronaria demostrada por coronariografía eran obesos abdominales con una relación índice cintura/cadera mayor de 0.91, mientras que Casillas y Vargas (1993) consideran a la obesidad androide como un factor de riesgo para los padecimientos del síndrome plurimetabólico, cáncer de mama, de endometrio y muerte prematura.

Índice de cintura-cadera (ICC). La distribución de la grasa se puede medir por el grosor de los pliegues cutáneos, pero la medición más sencilla y fiable la da el cociente entre el perímetro de la cintura y el de la cadera, al cual se le llama índice de cintura-cadera, radio de cintura-cadera o índice de abdomen-cadera. La circunferencia de la cintura se determina midiéndola a nivel de la cicatriz umbilical, cuidando que la cinta flexible mantenga su posición: la medición se realiza al final de una expiración normal. La circunferencia de la cadera se determina midiendo su dimensión máxima a nivel del trocánter

mayor (Conejo-Navarro, et al. 1996). Cano y Trilla (1994), consideran que la obesidad es androide si este cociente es superior a 1.0 en varones y a 0.9 en mujeres, en tanto que Casillas y Vargas (1993) comentan que los valores normales encontrados en México, para las mujeres, son entre 0.71 y 0.84 y, para los hombres, entre 0.78 y 0.93, lo que reduce el parámetro de este indicador. Por lo anterior, Ramos-Carricarte, (2001), considera que la medición del índice de cintura-cadera es importante, en un contexto epidemiológico, para establecer el pronóstico de riesgo.

Tratamiento. El tratamiento del paciente obeso se debe realizar por un equipo multidisciplinario en el que se incluya la medicina, la nutrición, la psicología, la medicina del deporte, la enfermería y el trabajo social. Este tratamiento está cimentado en dos aspectos: dieta hipocalórica y ejercicio, que se deberán integrar a la vida diaria del paciente durante toda su vida (Ramos-Carricarte, 2001). Avalando lo anterior, Ochoa-Quintana (2001) habla de tres pasos para bajar de peso: 1) reducir el ingreso alimentario; 2) aumentar el consumo de energía, ya sea por medio del ejercicio o por la ingestión de medicamentos, y 3) reducir la ingestión de sal o de líquidos, de tal manera que se elimine la sal retenida.

Actividad física (ejercicio)

La actividad física es parte importante tanto de la prevención como del tratamiento de los padecimientos cardiovasculares incluidos en el síndrome X

(Organización Panamericana de la Salud, 2001). A continuación se detallan los efectos benéficos del ejercicio.

Efectos benéficos metabólicos del ejercicio

Los efectos agudos tienen que ver con el eje glucosa-insulina:

1. Aumento de la captación periférica de glucosa.
2. Mejor asimilación de la sobrecarga glúcida.
3. Disminución de los niveles circulantes de insulina.

Los efectos crónicos se manifiestan en :

1. Aumento de la sensibilidad periférica a la insulina.
2. Mejoría de la tolerancia a la sobrecarga glúcida.
3. Disminución de los niveles circulantes de insulina.
4. Aumento de la capacidad lipolítica de la célula adiposa.
5. Descenso de la trigliceridemia.
6. Aumento de las HDL-colesterol.
7. Disminución de la presión arterial moderadamente elevada (Braguinsky, 1987).

Efectos benéficos clínicos del ejercicio

Efectos cardiovasculares:

1. Mejoría en la circulación miocárdica.
2. Mejoría en el metabolismo miocárdico.
3. Aumento de la contractilidad del miocardio y de la expulsión cardíaca.
4. Disminución del número de latidos.
5. Disminución de la presión arterial.
6. Disminución de la respuesta catecolamínica.

Efectos pulmonares:

1. Aumento de la capacidad vital.

Efectos en el sistema muscular:

1. Aumento del tamaño y fuerza muscular.
2. Aumento del tamaño y número mitocondrial.
3. Aumento del contenido de ATP.
4. Aumento de las enzimas aeróbicas (dehidrogenasa succínica).

Pérdida de peso

Efectos sobre el tejido adiposo y las grasas circulantes:

1. Disminución de la masa grasa corporal.
2. Disminución del nivel de triglicéridos plasmáticos.
3. Disminución de los niveles de colesterol plasmático.
4. Aumento de las lipoproteínas de alta densidad.

Efectos psicosociales:

1. Mejoría en la autoimagen corporal.
2. Aumento de la autoestima.
3. Aumento de la sensación de bienestar.
4. Modificación de la conducta alimentaria, con disminución de hábitos de utilización vicariante de la comida y probable disminución del apetito.
5. Aumento de la comunicación social (Braguinsky, 1987; *Guía diagnóstico terapéutica*, 1997).
6. Disminuye el estrés psicológico.
7. Produce una actividad sexual más satisfactoria.
8. Aumenta el optimismo, el entusiasmo y la creatividad.
9. Disminuye el ausentismo por enfermedad.
10. Mejora la calidad de vida (Instituto Mexicano del Seguro Social, 1999a).

Metodología de la actividad física. Se debe considerar un equipo multidisciplinario para la implantación de programas de actividad física dirigidos a grupos de pacientes con esta prescripción (sedentarios o portadores de alguno o varios de los padecimientos del síndrome X). En este sentido, Braguinsky (1987) recomienda hacer una selección apropiada de los pacientes (intervención médica) para cada programa, considerando las necesidades físicas de cada uno de ellos, además de acentuar su motivación y utilizar técnicas de modificación de conducta (intervención psicológica); también considera importante que la actividad física se realice en grupo.

Específicamente para los pacientes hipertensos y diabéticos tipo 2 el programa de actividad física se deberá prescribir previa valoración médica, iniciarlo de forma lenta y progresiva, practicarlo a intervalos regulares de por

lo menos tres a cuatro veces por semana y aumentar la duración gradualmente. Es recomendable iniciar con sesiones de 20 minutos máximo (Academia Nacional de Medicina, 2000c; *Guía diagnóstico-terapéutica*, 1997; Nieto-Cisneros y Treviño-Pérez, 1997).

Prescripción de la actividad física. Deberá contemplar cinco factores: intensidad, pulso recomendable, duración, frecuencia, modalidad y progresión del ejercicio. La intensidad tiene que ver con la fuerza con la que se realiza la actividad física, que se expresa en términos de frecuencia cardíaca o pulso; el trabajo aeróbico recomendado deberá ser entre 50 y 80 por ciento —obtenido mediante una regla de 3— de su frecuencia cardíaca teórica máxima (FCTM), que se obtiene restando a 220 la edad del paciente; los porcentajes de 50 y 80 por ciento serán las frecuencias cardíacas entre las cuales se podrá realizar la actividad física. Para conocer el pulso recomendable se colocan los tres dedos de la mano derecha sobre la muñeca de la mano izquierda, del lado del pulgar, presionando suavemente hasta sentir las pulsaciones; con ayuda de un reloj con segundero se contarán las pulsaciones durante 15 segundos y el resultado se multiplica por 4; el total será el pulso por un minuto; el pulso se deberá tomar antes de iniciar los ejercicios de calentamiento, al cumplir 10 minutos de la actividad física y cinco minutos después de terminarla; el número de pulsaciones no deberá ser mayor al rango de la FCTM indicada. La duración indicada de la actividad física es de 10 minutos, como mínimo, y de 30, como máximo. La frecuencia con que se debe realizar la actividad física es de tres a cuatro veces por semana. La modalidad es el tipo de actividad física que se va a

realizar; por lo general se recomienda la de tipo aeróbico, de baja o mediana intensidad, y de duración prolongada, como caminata, trote, carreras, bicicleta, natación y baile. La progresión del ejercicio, denota la evolución del proceso de entrenamiento y se divide en etapas. Existe una primera etapa denominada 0, dirigida a los pacientes sin aptitudes físicas o que tienen más de seis meses de no realizar ninguna actividad física; a esta etapa se le llama de impregnación o introducción a la práctica de actividad física y consiste en dos sesiones al día de caminata a paso moderado de 10 minutos cada una (por la mañana y por la tarde), con una frecuencia de cinco veces por semana. La segunda etapa, la 1, se recomienda a pacientes sin actividad física previa en la que la intensidad se indica en 50 a 55 por ciento de FCTM, con una duración de 15 minutos, de tres a cinco veces por semana y durante seis a ocho semanas. La etapa 2 requiere de 60 por ciento de FCTM con una duración de 20 minutos y de tres a cinco veces por semana, durante seis a ocho semanas. Finalmente está la etapa 3, con una intensidad de 70 por ciento de FCTM, con una duración de 25 a 30 minutos, de cuatro a cinco veces por semana y durante un tiempo indefinido. Como se puede observar, el incremento de la actividad física es gradual. Los requerimientos de la FCTM, así como de la duración, la frecuencia y la modalidad varían según el estadio del síndrome X en el que se encuentre el paciente (IMSS, 1999a).

CAPITULO II

Teoría transaccional del estrés

Historia del estrés

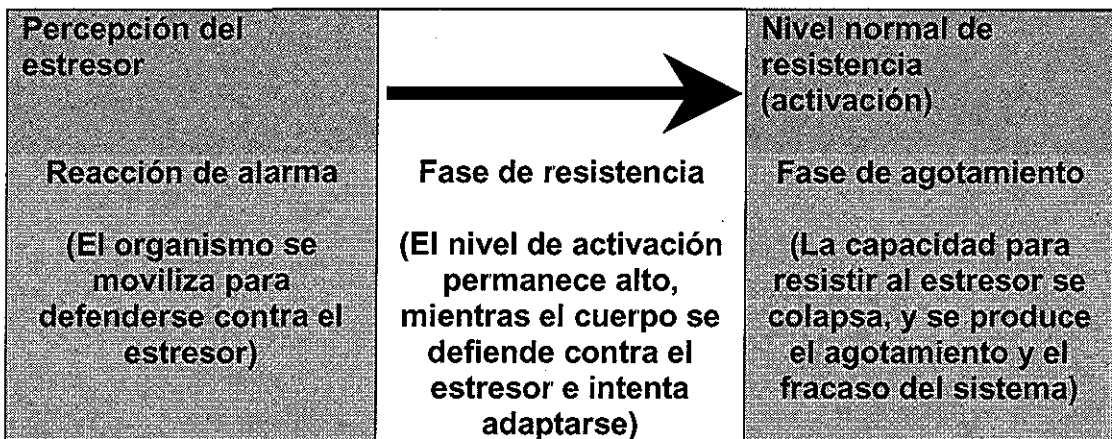
Concepto. De acuerdo con el modelo de ingeniería, las presiones externas provocan la reacción de estrés o tensión en el individuo. El concepto fue tomado de la ley física de elasticidad de Hooke, que se refiere a la tensión que produce una deformación en los metales (Gross, 1998, p.142).

A principios del siglo XX el médico británico William Osler comparó “estrés” y “tensión” con trabajo duro y preocupación, utilizando de esta manera definiciones físicas para los problemas del comportamiento humano. Desde esta concepción el estrés se definió como la respuesta biológica del organismo humano frente a los acontecimientos vitales que le plantean demandas excesivas.

Posteriormente Walter Cannon (1928-1929) se refirió a la respuesta del organismo ante una amenaza como “respuesta de lucha o huida”, entendiendo al estrés como una reacción de alarma que perturbaba el equilibrio interno del organismo conceptualizada como “sobrecarga” (Gross, 1998, p. 150).

Este concepto fue desarrollado por Hans Selye (1956), que consideró al estrés como “la respuesta psicofisiológica del individuo, mediada en gran parte por el sistema nervioso autónomo y el sistema endócrino, ante cualesquiera demandas realizadas sobre el individuo”. Selye descubrió que la “respuesta de lucha o huida” es sólo la primera de una secuencia de reacciones fisiológicas (alarma, resistencia y claudicación o agotamiento) que llamó síndrome general de adaptación (SGA) (tabla 4) (Gross, 1998, p.149).

Tabla 4
Síndrome general de adaptación



Adaptado de Gross, 1998, p. 151.

De acuerdo con Palacios e Hristova (1992) la tradición selyana define al estrés como una respuesta ante un estímulo, y este estímulo se le llama estresor, que puede ser externo si es psicosocial, o interno si es producto de interacciones químicas dentro del organismo, como secreciones hormonales, reacción al frío, a la sed o al hambre. Selye también distinguió entre eutrés

(niveles de estrés moderados y tolerables) y distrés (niveles de estrés perjudiciales y no tolerables) (Gross, 1998).

Este modelo proporciona una teoría general de las reacciones del organismo ante una amplia variedad de estresores, pero no toma en cuenta la valoración psicológica de los acontecimientos estresantes, aspecto que las investigaciones posteriores han determinado importante.

Así, actualmente las definiciones del estrés coinciden en entenderlo como “una transacción entre la persona y el ambiente” o una situación resultante de la interpretación y valoración que cada persona realiza de los acontecimientos (Rodríguez-Marín, 1995). De esta manera, se considera un proceso psicobiológico que tiene que ver, primero, con el hecho de que exista una situación potencialmente estresante, segundo, con que sea “interpretada” como amenazante, peligrosa o perjudicial y, por último, con que haya una activación del organismo como respuesta.

Después de hacer una reseña del concepto y la historia del término estrés, a continuación se explicará en detalle el modelo transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1991) y, al mismo tiempo, la aplicación de él en la enfermedad crónica.

Modelo transaccional del estrés de Lazarus y Folkman

Lazarus y Folkman basan su modelo en una teoría cognoscitiva del estrés considerándolo un proceso transaccional que tiene que ver con que los hechos sean percibidos como amenazantes, dependiendo de la interpretación que de ellos tenga el individuo, resultado de una evaluación que determina si el acontecimiento será estresante o no. El modelo también toma en cuenta que esta evaluación está determinada por factores personales y situacionales. Si el individuo considera amenazante un suceso, entonces valora la estrategia para afrontarlo, valiéndose para ello de los recursos propios y sociales, lo cual tiene consecuencias a corto y largo plazos (figura 1).

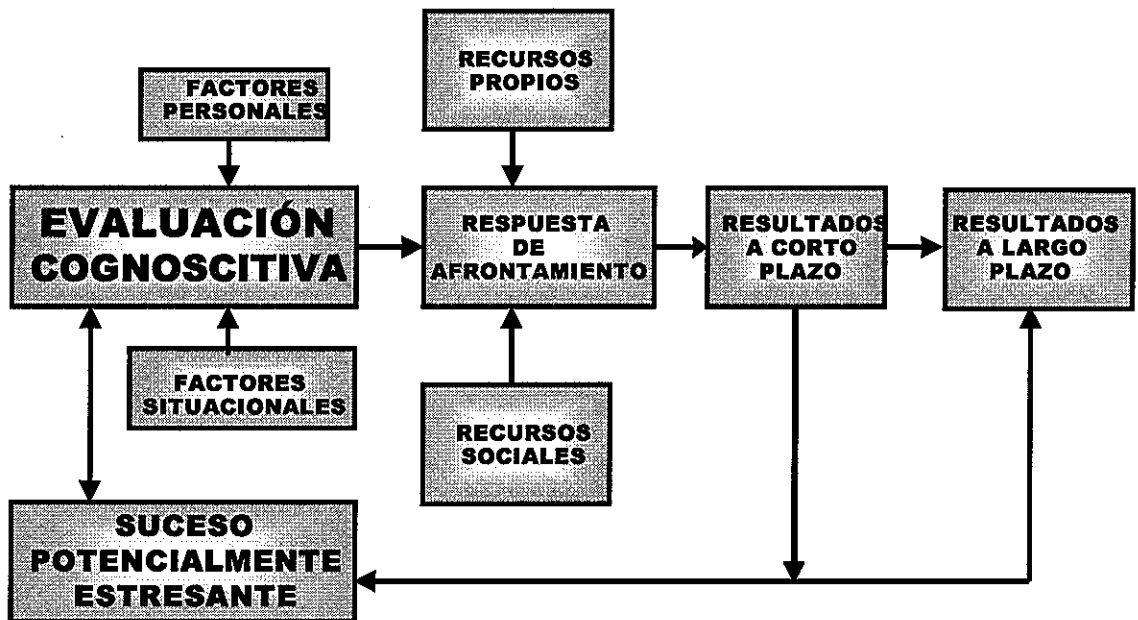


Figura 1 Modelo transaccional del estrés (a partir de Lazarus y Folkman, 1991)

Al defender una postura transaccional en relación con el estrés, estos autores explican que cualquier suceso puede ser estresante o no para un individuo y la forma de afrontarlo dependerá de los recursos propios o sociales con los que cuente, de ahí que consideren al estrés como una transacción con el medio ambiente y las consecuencias de su afrontamiento como una adaptación al mismo estrés, independientemente de los resultados de ese afrontamiento.

En este sentido, Lazarus y Folkman (1991) explican que los estresores actúan como tales de acuerdo con la interpretación que de ellos realice el individuo. Si son percibidos como amenazantes se convierten en generadores de una respuesta de estrés, dependiendo de la calificación de amenaza que cada individualidad realice, como la evaluación cognoscitiva, las creencias y el estilo de afrontarlos.

Lazarus y Folkman (1991, p. 43) definen el estrés psicológico como “Una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” y consideran tres clases de estresores: cambios mayores o estresantes universales (desastres o cataclismos que afectan a un gran número de personas), cambios mayores que afectan a una sola persona o a unas pocas (como la muerte de un ser querido, la amenaza a la propia vida, una enfermedad incapacitante) y los ajetreos de la vida diaria.

La enfermedad crónica representa una crisis en la vida de la persona; con frecuencia rompe el estilo de vida establecido y el enfermo se ve obligado a afrontar esta situación de alguna manera. Como el individuo no puede estar en crisis todo el tiempo tiene que transitar determinado camino o elegir un estilo de afrontar el suceso, que puede ser adaptativo o no.

De cualquier manera, el enfermo siempre presenta distrés psicológico al generar respuestas para su enfermedad. Durante la enfermedad el sujeto pasa por periodos de funcionamiento físico pobre y, cuando se agudiza, por una disminución de su salud mental, dolor, complicaciones propias de la enfermedad, además de generar respuestas de ansiedad y depresión hacia la misma. Por lo anterior la enfermedad crónica y, en especial, la degenerativa representa un estresor potencial.

En este sentido, es pertinente comentar que, además del estrés propio de la enfermedad, el enfermo puede experimentar estrés por los ajetreos cotidianos de la vida o por un acontecimiento estresante mayor (muerte o enfermedad de un miembro de su familia); en este caso se pueden incrementar las cifras de presión arterial y las de glucemia ocasionando esto el descontrol y el aumento de las complicaciones de la enfermedad (Academia Nacional de Medicina, 2000c; Camacho-J., 1998; Cerón-Ramírez, 1998; Kaplan, 1998).

Evaluación cognoscitiva

A pesar de que el ser humano puede vivir acontecimientos iguales a los de otro ser humano, la percepción y, consecuentemente, el comportamiento serán diferentes. Lo anterior se debe a las diferencias individuales, que están conformadas por procesos cognoscitivos que median entre el encuentro con el estímulo y la reacción.

Una vez que se ha identificado el suceso, el individuo realiza una valoración individual para evaluar los costos, o bien, se declara incapaz de enfrentar la fuente de estrés. Dentro de este marco conceptual la valoración individual se llama evaluación cognoscitiva y es un proceso que considera las características propias del individuo (valores, compromisos, estilos de pensamiento y de percepción) y las del ambiente. De esta manera, las situaciones o vivencias de cada individuo tienen el significado que él mismo les otorga.

Esta conceptualización ha existido en el pensamiento occidental por mucho tiempo. Por citar sólo a algunos autores, están Murray, que distinguió entre una observación objetiva y el significado de los objetos cuando son percibidos o interpretados por el individuo, y Lewin, para quien "la situación psicológica debe representarse en la forma en que es real para el individuo en cuestión, es decir, en la forma en que le afecta" (Lazarus y Folkman, 1991).

Se distinguen tres formas de evaluación de un suceso: evaluación primaria, que valora el significado de la situación con tres posibles resultados: desafiante, amenazante o irrelevante; evaluación secundaria, en la que el sujeto estima lo que puede hacer y si es capaz de hacer algo para ajustarse o dominar al posible agente estresante, y, por último, la reevaluación, que se refiere al cambio efectuado en una evaluación previa a partir de los resultados de la primera evaluación (Lazarus y Folkman, 1991).

Evaluación primaria. Lazarus y Folkman (1991, pp. 56-57) clasifican la evaluación primaria en: irrelevante, benigno-positiva y estresante.

Cuando el encuentro con el entorno no conlleva implicaciones para el individuo, tal encuentro pertenece a la categoría de irrelevante. Las evaluaciones benigno-positivas, tienen lugar si las consecuencias del encuentro se valoran como positivas, es decir, si preservan o logran el bienestar o si parecen ayudar a conseguirlo. Entre las evaluaciones estresantes se incluyen aquellas que significan daño/pérdida, amenaza y desafío. Se considera daño o pérdida cuando el individuo ha recibido algún perjuicio como haber sufrido una lesión o enfermedad incapacitante, algún daño a la estima propia o social, o bien haber perdido a algún ser querido. La amenaza se refiere a aquellos daños o pérdidas que todavía no han ocurrido pero que se prevén. El desafío, tiene mucho en común con la amenaza en el sentido en que ambos implican la movilización de estrategias de afrontamiento. La diferencia principal entre los dos es que en el desafío hay una valoración de las fuerzas necesarias para vencer en la confrontación, lo cual se caracteriza por generar emociones placenteras tales como impaciencia, excitación y regocijo, mientras que en la amenaza se valora principalmente el potencial lesivo, lo cual se acompaña de emociones negativas como el miedo, ansiedad y mal humor.

Evaluación secundaria. Esta evaluación es característica de los sucesos estresantes y valora las posibles estrategias para afrontarlo en un proceso continuo: primero se valora lo que se puede hacer y con qué recursos, luego se actúa con determinada estrategia de afrontamiento, para al final volver a evaluar la estrategia sobre la base de los resultados y su eficacia.

La evaluación primaria y la secundaria interactúan entre sí, determinando el grado de estrés y la intensidad y calidad (o contenido) de la respuesta emocional, además de ejercer una gran influencia en el proceso de afrontamiento que desarrollará el individuo.

Factores personales

En la teoría de Lazarus y Folkman (1991) se encuentran, como factores que influyen en la evaluación cognoscitiva, las características personales de los individuos, como los compromisos y las creencias. A los primeros los definen como aquello que es importante para el individuo y las creencias se refieren a las ideas preconcebidas acerca de la existencia del individuo y con las que tienen que ver con el control general y particular de la situación que se va a calificar. De esta manera, las creencias existenciales permiten al individuo encontrar un significado y mantener la esperanza en situaciones difíciles, mientras que las creencias relacionadas con el control de la situación determinarán el grado de amenaza o dificultad del acontecimiento considerado.

Creencias. Las creencias son “configuraciones cognitivas formadas individualmente o compartidas culturalmente, son nociones preexistentes de la realidad, y determinan cómo son las cosas del entorno modelando su significado” (Lazarus y Folkman, 1991, p. 87).

Es importante destacar que existe una diferencia entre las creencias generales y las situacionales. Las primeras se refieren a la disposición del individuo ante el acontecimiento y las segundas a la evaluación cognoscitiva del control de la situación que hace el individuo al tomar en cuenta las demandas de esa situación, los recursos propios, las alternativas de afrontamiento y la capacidad para aplicarlas (Lazarus y Folkman, 1991).

El papel de las creencias ante una enfermedad ha sido estudiado por varios autores; entre otros, Leventhal, Lazarus y Bandura (Lazarus y Folkman, 1991). Su importancia radica en que las creencias son determinantes para afrontar la enfermedad y, como consecuencia, para la adherencia al tratamiento. Las que más se han estudiado son:

- a) Creencias con relación a las causas. El paciente puede creer que su enfermedad es causada por Dios, el destino o la suerte, o bien puede sentirse culpable él mismo. En el caso de una enfermedad crónica el sentimiento de culpa puede ser positivo, pues si el paciente se siente responsable de su conducta sin duda modificará los hábitos

inadecuados (sedentarismo y sobrepeso) que causaron la enfermedad (Llor, et al. 1995).

- b) Expectativas de eficacia. El representante de esta teoría es Bandura. Las expectativas son lo que el paciente cree acerca de su capacidad o no para desarrollar alguna conducta. Bandura, citado en Villamarín (1994), distingue entre expectativa de eficacia (autoeficacia), que es cuando el individuo se cree capaz de adoptar determinada conducta con éxito, y expectativa de resultado, que es cuando una persona cree que determinada conducta producirá el resultado deseado.
- c) Creencias sobre el control. "Una creencia general sobre control incluye el grado en que el individuo asume que puede controlar los acontecimientos y las situaciones importantes" (Lazarus y Folkman, 1991, p. 89). Actualmente se considera que las personas que creen que pueden controlar determinada situación (enfermedad) siguiendo las indicaciones médicas presentan mayor nivel de adaptación.
- d) Creencias relacionadas con el lugar desde el cual se ejerce el control. Esta teoría se refiere al grado en que la persona considera que lo que le sucede tiene relación con su conducta o no, presentándose, de manera general, dos polos de apreciación: el *locus* de control interno (el suceso es contingente a su conducta) y el *locus* de control externo (las causas de los sucesos son de carácter fatal, fuera del control de las personas, por ejemplo: el destino, Dios, la suerte y otros) (Rotter, citado en Latorre y Beneit, 1994).

inadecuados (sedentarismo y sobrepeso) que causaron la enfermedad (Llor, et al. 1995).

- b) Expectativas de eficacia. El representante de esta teoría es Bandura. Las expectativas son lo que el paciente cree acerca de su capacidad o no para desarrollar alguna conducta. Bandura, citado en Villamarín (1994), distingue entre expectativa de eficacia (autoeficacia), que es cuando el individuo se cree capaz de adoptar determinada conducta con éxito, y expectativa de resultado, que es cuando una persona cree que determinada conducta producirá el resultado deseado.
- c) Creencias sobre el control. “Una creencia general sobre control incluye el grado en que el individuo asume que puede controlar los acontecimientos y las situaciones importantes” (Lazarus y Folkman, 1991, p. 89). Actualmente se considera que las personas que creen que pueden controlar determinada situación (enfermedad) siguiendo las indicaciones médicas presentan mayor nivel de adaptación.
- d) Creencias relacionadas con el lugar desde el cual se ejerce el control. Esta teoría se refiere al grado en que la persona considera que lo que le sucede tiene relación con su conducta o no, presentándose, de manera general, dos polos de apreciación: el *locus* de control interno (el suceso es contingente a su conducta) y el *locus* de control externo (las causas de los sucesos son de carácter fatal, fuera del control de las personas, por ejemplo: el destino, Dios, la suerte y otros) (Rotter, citado en Latorre y Beneit, 1994).

creencias, el grado de conocimientos y su bagaje cultural. Lipowsky, en Lazarus y Folkman (1991, p. 199), describió las siguientes categorías de significados de la enfermedad:

La enfermedad como **desafío**: quien enfoca la enfermedad como un desafío generalmente desarrolla estrategias de afrontamiento activas y adaptativas; como **amenaza**: la enfermedad puede vivirse como un atentado a nuestra necesidad de mantenernos íntegros e imperecederos; como **enemigo**: se considera la enfermedad como una invasión por fuerzas enemigas, internas o externas. Las consecuencias emocionales de esta forma de entender la enfermedad son la ansiedad, el miedo y el mal humor, sentimientos que predisponen a la lucha o a la huida o a rendirse por indefensión; como **refugio**: para algunas personas enfermar puede suponer un alivio; la vida resulta difícil para ellas y es fuente de frustraciones, de modo que obtienen pocas satisfacciones. La enfermedad les ofrece la oportunidad de retraerse y cuidar de sí mismas; como **ganancia**: algunos pacientes utilizan su enfermedad para conseguir una mayor atención y disponibilidad por parte de los demás, para obtener bajas laborales, para manipular a los miembros de la familia, etc.; como **castigo**: algunos pacientes viven su enfermedad como un castigo, son connotaciones religiosas, que les lleva a adoptar actitudes de resignación y pasividad.

Locus de control. Lazarus y Folkman (1991) mencionan que existen dos categorías principales de creencias, las que tienen que ver con el control personal que el individuo cree tener sobre los acontecimientos y las relacionadas con temas como Dios, el destino y la justicia, en relación con el suceso que esté evaluando.

Rotter (1966) formula los conceptos opuestos *locus* de control interno y *locus* de control externo. El primero se refiere a la creencia de que los acontecimientos son contingentes a nuestra conducta y el segundo focaliza al

suceso como producto de la suerte, la casualidad, el destino o el poder de los demás.

Las personas con control "interno" perciben el reforzamiento como contingente a sus propias acciones y lo atribuyen a sus características propias, que pueden ser permanentes. A su vez, sujetos considerados "externos" suelen percibir el reforzamiento como controlado por fuerzas ajenas a ellos, como actos de suerte, destino, oportunidad o poderes en otros (Rotter, 1966).

Antecedentes del *constructo de locus de control*. El *locus* de control es un *constructo* que inicialmente fue formulado por Rotter (1966), quien lo describe de la siguiente manera:

Quando un refuerzo es percibido por un sujeto como no contingente a alguna acción suya, en nuestra cultura, típicamente percibe esto como resultado de la suerte, el destino, el control de otros poderosos, o como impredecible por causa de la gran complejidad de las fuerzas que lo rodean. Cuando el acontecimiento es interpretado de este modo, se denomina a esto como una creencia en control externo. Si la persona percibe que el evento es contingente a su conducta o a sus características relativamente permanentes, se denomina creencia en el control interno.

Rotter construyó una escala para medir este *constructo* conformada por 23 reactivos que miden el *locus* de control y otros seis de relleno y cuenta con dos opciones de respuesta, una que expresa la creencia en el control interno y la otra en el control externo. Esta escala se formuló con el criterio de que el *locus* de control es unidimensional con dos polos, el interno y el externo.

El foco de control es un concepto que implica un control de reforzamientos que representa tan sólo una de las muchas variables que predicen el comportamiento. De acuerdo con Rotter, los individuos difieren en el grado en que creen que controlan los sucesos o el medio ambiente los controla a ellos. Por lo general, en nuestro medio, el control externo se atribuye a la suerte, la oportunidad, el destino, el poder de otras personas, o a lo impredecible, debido a la gran complejidad de las fuerzas que rodean al individuo (Rotter, 1966).

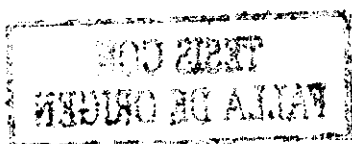
Posterior a la investigación realizada por Rotter, este *constructo* se difundió e investigó ampliamente utilizando la escala elaborada por el autor. Los resultados se pueden resumir de la siguiente manera:

Generalmente las personas con locus de control interno tienen más confianza en sí mismos (Rotter, 1966), se perciben como una fuente distinta de causalidad (Lefcourt y Tegledi, 1971) y son menos abiertos a la persuasión (O'Dell, 1970). A diferencia de las personas con locus de control externo, los cuales se caracterizan por ser más condescendientes (Crown y Liverant, 1963), tienen menor capacidad para influenciar las actitudes de otros (Davis y Phaeres, 1967) y demostrar más conformidad en situaciones donde se involucran presiones sociales (Gore, 1962). Las personas con locus de control externo, también parecen ser menos aptos que las personas con locus de control interno para aprender y recordar información relevante relacionada con situaciones de la vida (Seeman, 1963; Evans, 1962; Tobacyk, Broughton y Vaught, 1975), citados en Hernández-Sada, Bucio-Morales y Villalobos-Álvarez, 1996.

Numerosos estudios posteriores a la escala de Rotter han cuestionado el concepto de unidimensionalidad, por lo que algunos investigadores construyeron escalas considerando la multidimensionalidad tanto del *locus* de control externo (Levenson, 1973) como del *locus* de control interno (Wallston y Wallston, 1978). Estas escalas utilizaron reactivos con opciones de respuesta tipo Likert, a diferencia de la de Rotter, cuyas opciones de respuesta fueron dicotómicas.

Como consecuencia de lo anterior la investigación sobre el *locus* de control se diversificó y se elaboraron escalas evaluando el *locus* de control para situaciones específicas, como la Escala de Locus de Control para la Salud, que mide el *locus* de control considerando tres factores: *locus* de control interno para la salud, *locus* de control externo para la salud y *locus* de control debido al azar (Latorre y Beneit, 1994). Otros ejemplos de escala de *locus* de control en una situación específica son la Escala de Locus de Control del Profesor, elaborada por Rose y Medway, que contiene 28 reactivos, y la de Calvete y Villa, que consta de 14 reactivos y también está aplicada al aula docente; ambas utilizan opciones de respuesta dicotómicas (Calvete y Villa, 1997).

En lo que se refiere a la construcción psicométrica de escalas que miden este *constructo*, sobresale lo siguiente: se han elaborado escalas considerando el *constructo* de *locus* de control unidimensional, midiendo el *locus* de control externo y el interno en la misma escala pero conceptuando a ambos como multidimensionales, y escalas que sólo miden la dimensión interna pero



evaluándola con carácter multidimensional; los reactivos han tenido opciones de respuesta dicotómica y tipo Likert; el *constructo* de *locus* de control se ha medido con relación a la vida en general o en situaciones específicas; además, en por lo menos un caso, se encontró que se midió el *locus* de control con sólo tres reactivos, uno para el control interno y dos para el externo. En la investigación nacional se encontró una escala para niños que mide este *constructo*, con carácter multidimensional y con opciones de respuesta dicotómica. En la siguiente tabla se describen estas características:

Tabla 5
Descripción de las escalas de *locus* de control

AUTOR(ES)	NOMBRE	SITUACION	DIMENSION	REACTIVOS	TIPO DE RESPUESTA
ROTTER (1966)	ESCALA DE INTERNALIDAD Y EXTERNALIDAD.	VIDA GLOBAL	UNIDIMENSIONAL CON DOS POLOS INTERNO Y EXTERNO	23 MIDIEDO LOCUS Y 6 DE RELLENO	FORZADA DICOTOMICA
WALLSTON Y WALLSTON (1978)	LOCUS DE CONTROL MULTIDIMENSIONAL DE SALUD	SALUD GENERAL	MULTIDIMENSIONAL FORMA A Y B	11	LIKERT
LEVENSON (1981)	LOCUS DE CONTROL	VIDA GLOBAL	MULTIDIMENSIONAL	24	LIKERT
DÍAZ-LOVING Y ANDRADE-PALOS	ESCALA DE LOCUS DE CONTROL PARA NIÑOS MEXICANOS	VIDA GLOBAL	MULTIDIMENSIONAL	30	DICOTOMICA
LA ROSA (1986)	ESCALA DE LOCUS DE CONTROL	VIDA GLOBAL	MULTIDIMENSIONAL	61	LIKERT
ROSE Y MEDWAY (1981)	ESCALA DE LOCUS DE CONTROL DEL PROFESOR	EDUCACION	UNIDIMENSIONAL INTERNO Y EXTERNO	28	FORZADA DICOTOMICA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MARSHALL (1991)	ESCALA DE LOCUS DE CONTROL INTERNO DE SALUD MULTIDIMENSIONAL	SALUD GENERAL	INTERNALIDAD MULTIDIMENSIONAL	15	LIKERT
RAMOS Y SALTIJERAL (1991)	LOCUS DE CONTROL ANTE LA VIOLENCIA Y DELINCUENCIA	VIOLENCIA Y DELINCUENCIA	MULTIDIMENSIONAL INTERNO Y EXTERNO	25	LIKERT
HOUTS Y KASSAB. (1994)	ESCALA DE LOCUS DE CONTROL PARA EL CRIMEN Y LA VICTIMIZACION	CRIMEN Y VICTIMIZACION	MULTIDIMENSIONAL INTERNO Y EXTERNO	3	LIKERT
CALVETE Y VILLA (1997)	ESCALA DE LOCUS DE CONTROL DOCENTE	EDUCACION	UNIDIMENSIONAL INTERNO Y EXTERNO	14	FORZADA DICOTOMICA
LOPEZ PEREZ. (1999)	ESCALA DE LOCUS DE CONTROL EN SALUD	SALUD GENERAL	BIDIMENSIONAL	28	LIKERT

De acuerdo con el análisis de los estudios, las mediciones sobre este *constructo* han obtenido los siguientes resultados:

El *locus* de control interno está relacionado con la capacidad de recibir beneficio del apoyo social (Buendía, 1991), con el bienestar físico y los problemas de salud (Marshall, 1991), con el control de la enfermedad percibido en sujetos cardiopatas (Helgeson, 1992) y con la decisión de los padres de llevar a sus hijos a la aplicación de vacunas (Weitkunatk, et al.). Por su lado, el *locus* de control externo se relacionó con la conducta de no-cumplimiento de las indicaciones médicas (Bazargán, Barbre y Hamm, 1993), con estrategias mal

adaptativas para el dolor y mayor decremento de habilidades para controlarlo, mayor distrés psicológico, mayor depresión, ansiedad, síntomas obsesivo compulsivos y mayor sentimiento de indefensión para tratar con efectividad su problema de dolor (Crisson y Keefe, 1988), con retiro o jubilación temprana en pacientes con dolor crónico de espalda baja (Haerkaepaeae, 1992), con tendencia a beber más frecuentemente y consumir una cantidad más grande de alcohol por episodio en mujeres blancas (Martín y Pritchard, 1991); con dependencia de alcohol (Poikolainen, 1997), con abusadores de alcohol y drogas y sobreuso de analgésicos para el dolor de cabeza (Primavera y Kaiser, 1994), con ansiedad a la muerte (Ramos y García, citado en Buendía, 1991); con miedo a la victimización en submuestra de hombres (Ramos y Saltijeral, 1991), con pobre control del nivel de glucosa en sangre en corto tiempo y predicción de pobre control a largo tiempo (Schwartz, Coulson, Toovy y Lyons, 1991), con pacientes con cardiopatía isquémica silente (Torosian, Lumley, Pickard y Ketterer, 1997) y, por último, con talento perdido en la submuestra de mujeres (Trusty y Harris, 1999).

Como se puede ver en los resultados anteriores, el *locus* de control interno, en comparación con el externo, hace que el individuo se adapte mejor a diversas situaciones de la vida, en general, y a la enfermedad, en particular.

Debido a la importancia teórico-práctica que la teoría del *locus* de control ha demostrado tener en diversas problemáticas del ser humano, y en virtud de

que se carece de un instrumento que mida dicho concepto en padecimientos crónico-degenerativos, se construyó, validó y confiabilizó una escala (anexo 4) con el objeto de medir y conocer el tipo de *locus* de control en estos pacientes y predecir su conducta ante el tratamiento al momento de realizar el diagnóstico, así como evaluar el impacto de los programas de intervención dirigidos a ellos con el objetivo de obtener el cambio del *locus* de control.

Autoestima. La autoestima es la evaluación que hace y mantiene el individuo con respecto a sí mismo, la cual supone una actitud de aprobación y desaprobación (Rosenberg, 1965, en Prieto y Bustamante, 1988). Para Coopersmith (1967) es el juicio personal de valores que el individuo sostiene hacia sí mismo, expresándose mediante una actitud de aprobación o reprobación, según sea capaz y significativo.

En este sentido, Satir (1991) explica que cuando una persona tiene su autoestima elevada, ésta se refleja tanto en el lenguaje como en las actitudes corporales, además de que el individuo experimenta una sensación de aprecio y amor hacia sí mismo, manteniendo su interior (yo) capaz de resolver lo que la vida le presente; por el contrario, cuando la persona tiene su autoestima baja es porque se desprecia y se siente limitada, por lo tanto mantiene su interior (yo) debilitado, considera que no cuenta y no es capaz de valorarse a sí mismo, a los demás y, sobre todo, a los acontecimientos; su realidad está distorsionada y eso lo vuelve incapaz de enfrentarla.

Debido a que la autoestima se considera indispensable para valorar adecuadamente los sucesos, también se incluye en el modelo transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1991) como un factor personal que facilita o impide la evaluación cognoscitiva primaria. En este sentido, la autoestima se utilizó como recurso interno (factor personal) en investigaciones previas; un ejemplo sería la que realizó Salgado de Snyder (1992) en población mexicana (n=202 mujeres), cuyo objetivo fue evaluar la autoestima como recurso interno sobre niveles de estrés y sintomatología depresiva y cuyas conclusiones indicaron que la autoestima fue el recurso más significativo con el que contaron las integrantes de la muestra para enfrentar las crisis diarias.

Factores situacionales

La novedad, la predictibilidad, la incertidumbre y la ambigüedad del suceso que se va a calificar son también factores que influyen en la evaluación cognoscitiva. La novedad influye en la calificación de amenaza de determinado acontecimiento en el caso de que ciertos aspectos relacionados con ella se asocien con una experiencia de daño en el pasado; la predictibilidad, aunque se ha utilizado más en experimentos con animales, se sustituye por la incertidumbre en el caso de los humanos para averiguar el grado de probabilidad de que ocurra dicho suceso; esta incertidumbre tiene que ver con aspectos temporales, como la inminencia de que haya un suceso, su duración y cuándo ocurrirá (Lazarus y Folkman, 1991).

En los padecimientos crónico-degenerativos los factores situacionales tienen que ver con el grado de conocimiento que el paciente tenga de su enfermedad, ya que de ello depende si el suceso (enfermedad) le representa una novedad, una incertidumbre o es ambiguo.

Conocimiento sobre el padecimiento. Se midió el nivel de conocimiento que poseía el paciente sobre los cuidados, tratamientos y las medidas de control de su padecimiento indicados por el médico y se preguntaba, además, en el caso del diabético, por ejemplo si conocía el nivel de glucemia que debía tener para estar controlado y, en el del hipertenso, si conocía el nivel de presión arterial que debía tener para su control.

Afrontamiento

El afrontamiento se define como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1991, p. 164).

De acuerdo con esta definición el afrontamiento se considera como un proceso, pues no es estático. A partir de que ocurre un suceso estresante se realizan evaluaciones y reevaluaciones según los cambios que genere el afrontamiento o los cambios que se constaten en el acontecimiento estresante.

Esta definición engloba el hecho de que cualquier tipo de afrontamiento sin relación con el resultado obtenido es adaptativo para el individuo, ya que en algunos sucesos; al inicio del mismo, puede ser mejor un afrontamiento defensivo que uno encaminado a resolver el problema. De esta manera, el afrontamiento puede variar en función del cambio de evaluación del acontecimiento o debido al aumento en su comprensión.

El resultado de la conducta de afrontamiento debe incluir tanto los errores como los éxitos. Esto significa que ninguna estrategia se considera mejor que otra. La eficacia de una estrategia se determina por sus efectos sobre la adaptación del individuo a una situación y por sus efectos a largo plazo (Lazarus y Folkman, 1991).

Modelo de Lazarus y Folkman. La función del afrontamiento tiene que ver con el objetivo que persigue cada estrategia; el resultado del afrontamiento está referido al efecto que cada estrategia tiene. Una estrategia puede tener una función determinada –por ejemplo, la evitación del problema– y fracasar en el intento. En resumen, las funciones del afrontamiento son independientes de sus resultados.

Lazarus y Folkman (1991) identifican dos métodos de afrontamiento: comportamental y cognoscitivo, y dos categorías de estrategias de afrontamiento: el afrontamiento dirigido al problema y el afrontamiento dirigido a la emoción. En el primero se busca manipular o alterar el problema y en el

segundo, regular la respuesta emocional que genera el problema. Estas dos funciones no son mutuamente excluyentes, pues el individuo utiliza indistintamente cada una de ellas, según su evaluación del suceso. De manera general, las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidades de aparecer cuando el resultado de la evaluación es que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno. Por otro lado, las formas de afrontamiento dirigidas al problema aparecen con más frecuencia cuando las condiciones son evaluadas como susceptibles de cambio.

Las formas de afrontamiento que regulan el trastorno emocional son procesos cognoscitivos que incluyen estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos de los acontecimientos negativos, así como el aumento de grado de trastorno emocional; hay individuos que necesitan sentirse verdaderamente mal para entonces tomar la decisión de actuar. Ciertas formas cognoscitivas de afrontamiento dirigido a la emoción modifican la forma de vivir y la situación, aunque sin que ésta cambie objetivamente; esto equivale a la reevaluación.

En cambio, en los modos de afrontamiento dirigido al problema, se realiza una búsqueda de soluciones alternativas, se consideran esas alternativas en función de su costo, beneficio, elección y aplicación.

La efectividad de los esfuerzos enfocados al problema depende, en gran medida, del éxito de los esfuerzos enfocados a la emoción; si las emociones son elevadas interferirán con la actividad cognoscitiva que se necesita para el afrontamiento enfocado al problema. La importancia de tener por lo menos algún control sobre las emociones propias cuando se está tratando de dominar o alterar una situación problemática es una razón por la cual se espera que el afrontamiento enfocado al problema vaya acompañado del afrontamiento enfocado a la emoción en la mayoría de los encuentros estresantes (Lazarus, 1991).

Por lo tanto el afrontamiento es un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias, se podría decir defensivas, y, en otros, con las que sirvan para resolver el problema, todo ello en la medida en que vaya cambiando su relación con el entorno (Lazarus, 1991).

En este sentido, Pestonjee (1992) comenta que el afrontamiento puede tomar la forma de evitación (estrategia reactiva), a la cual considera disfuncional, o enfocarse al problema (estrategia proactiva), lo que califica como funcional; difiere así de la teoría de Lazarus y Folkman, pues éstos no consideran disfuncional ninguna estrategia de afrontamiento, sino que las entienden como esfuerzos tendientes a la adaptación.

Modelo bidimensional de estrategias intrapsíquicas de Krohne. Krohne (1989) distingue dos tipos principales de estrategias de afrontamiento: vigilancia y evitación. La primera la explica como la intensificación de la búsqueda de información relevante por parte del sujeto, en tanto que la segunda es un repliegue de la información amenazante. Ambas estrategias las ubica en el nivel cognoscitivo, en donde transforman la representación subjetiva de los elementos relacionados con la situación amenazante.

Modelo multifactorial del control percibido de Bryant. Con este modelo Bryant (1989) plantea que las personas utilizan, principalmente, cuatro tipos de creencias de control: “evitación” (evitar los resultados negativos), “obtención” (lograr resultados positivos), “soporte” (soportar los resultados negativos) y “disfrute” (gozar los resultados positivos). Las creencias de “evitación” y “soporte” están involucradas con situaciones estresantes, ubicándose de esta manera en el plano cognoscitivo, ya que median en la apreciación subjetiva del estrés.

Modelo transaccional de las relaciones diádicas del apoyo de Schwarzer y Leppin. En este modelo Schwarzer y Leppin (1991) suponen que el apoyo social mediatiza los efectos del estrés, aunque también le otorgan mucha importancia a la habilidad social del sujeto para obtener este apoyo, así como al rasgo de personalidad que incluye aceptar ayuda sin sentirse inferior o con sentimientos de culpa.

A continuación se exponen las principales clasificaciones de las estrategias de afrontamiento (tabla 6).

Tabla 6
Estrategias de afrontamiento

Tipos de estrategias	Autores y años
• Enfocada en el problema	Folkman y Lazarus (1980)
• Enfocada en la emoción	Bachrach y Zautra (1985)
•	
• Enfocada en la evaluación	
• Enfocada en el problema	Billings y Moss (1982)
• Enfocada en la emoción	
•	
• Aproximación	Roth y Cohen (1986)
• Evitación	
•	
• Evitación	Suls y Fletcher (1985)
• No evitación	Krohne (1989)
•	
• Comportamental	Stephoe (1989)
• Cognoscitiva	
•	
• Solución de problemas	
• Autocrítica	
• Pensamientos ansiosos	Tobin, Holroyd, Reynolds y Wigal (1989)
• Evitación del problema	
• Búsqueda de soporte social	
• Reestructuración cognoscitiva	
• Expresión emocional	
•	
• Evitación	Bryant (1989)
• Soportar	
•	
• Autocontrol cognoscitivo	
• Evitación inefectiva	Rohde, Lewinsohn, Tilson y Seeley (1990)
• Búsqueda de consuelo	
•	
• Búsqueda de apoyo social	Dubow, Tisak, Causey, Hryshko y Reid (1991)
• Habilidad para solucionar problemas	
•	
• Búsqueda de apoyo social	Kendler, Kessler, Heath, Neale y Eaves (1991)
• Solución de problemas	
• Rechazo o negación	
•	
• Habilidad para obtener:	
A) apoyo cognoscitivo social	Schwarzer y Leppin (1991)
B) apoyo comportamental social	

Adaptado de Omar, 1995.



Si se considera la tabla anterior se encuentra que las clasificaciones comparten dos aspectos: o están enfocadas al problema o a la emoción. Por ejemplo, el caso de búsqueda de apoyo social o consuelo, que se encuentra en varias de las clasificaciones, se ubica como una estrategia enfocada a la emoción, así como soportar, evitar y expresar la emoción, en tanto que las estrategias de evaluación, aproximación, solución de problemas, comportamental y autocrítica se puede considerar que están enfocadas al problema y, por último, la reestructuración cognoscitiva y el autocontrol cognoscitivo se pueden ubicar en los dos enfoques.

Con base en el análisis anterior en esta investigación se siguió la clasificación de Folkman y Lazarus (1980), ya que engloban los aspectos mencionados anteriormente y cumplen, además, con el requisito de la parsimonia.

Recursos para el afrontamiento. Después de la evaluación cognoscitiva primaria del suceso se realiza su evaluación secundaria; en este momento es cuando el individuo se pregunta ¿qué puedo hacer?, como se ha dicho, la forma en que afronte la situación dependerá, principalmente, de los recursos con que disponga y de las limitaciones que dificulten el uso de tales recursos. Las principales categorías de recursos son los propios y los sociales.

Recursos propios. Salud y energía. Un individuo sano tendrá más capacidad de afrontamiento aunque eso no significa que el enfermo no lo logre, sino que al individuo sano se le facilitará. Creencias positivas. Se incluyen en esta categoría aquellas creencias generales y específicas que sirven de base para la esperanza y que favorecen el afrontamiento aun en condiciones adversas. Técnicas para la resolución del problema. Esta categoría incluye habilidades para conseguir información, analizar situaciones, examinar posibilidades alternativas, predecir opciones útiles para obtener los resultados deseados, así como elegir un plan de acción apropiado. En el contexto del enfermo crónico, estas habilidades tienen que ver con la habilidad para obtener información y para manejar adecuadamente emociones negativas como la ira, la ansiedad, el miedo y la preocupación. Habilidades sociales. Se refiere a la capacidad de comunicarse y relacionarse con los demás de manera socialmente efectiva (Lazarus y Folkman, 1991).

Recursos sociales. En esta categoría se incluye desde la relación con un amigo, padre o cónyuge hasta con instituciones, clubes e Iglesia que sean capaces de proporcionar atención o cuidado al individuo durante el suceso (Lazarus y Folkman, 1991).

Apoyo social. Se suelen definir tres modalidades de apoyo: a) apoyo emocional, en el que la persona se percibe estimada y aceptada, b) apoyo como consejo-guía, con el que proporciona información que ayuda al paciente a

definir, comprender y lidiar con las situaciones problemáticas, y c) apoyo instrumental, que proporciona ayuda financiera y fuentes materiales, así como los servicios requeridos. La ayuda material puede ayudar a reducir el estrés debido a que ayuda a la solución directa de los problemas. Este tipo de apoyo también es conocido como ayuda concreta o tangible (Cobb, 1976, citado en Lazarus y Folkman, 1991).

Se puede hablar de apoyo social cuando éste hace sentir al individuo que es querido y que alguien se preocupa por su bienestar; que es estimado y valorado por lo que es y que pertenece a una red interpersonal de comunicación y de obligaciones mutuas (Cohen y Will, 1985).

En este contexto Baron, Cutrona, Hicklin, Russell y Lubaroff (1990) relacionan seis componentes del apoyo social, que incluyen el emocional y el instrumental: a) creencia en que se puede contar con ayuda tangible cuando se necesite, b) consejo e información que origine confianza, c) percepción de las habilidades y aptitudes propias, d) adhesión: proximidad e intimidad que fomenten una sensación de seguridad, e) integración social: pertenencia a un grupo con intereses similares y f) sentimiento de que uno es necesario para otros.

Cohen y Will (1985) consideran que el apoyo social juega un doble papel en la relación entre el estrés y la psicopatología; primero, porque puede influir en

la evaluación cognoscitiva del suceso potencialmente estresante y, segundo, porque puede amortiguar el efecto estresante una vez que el sujeto lo experimenta.

En este sentido, Salgado de Snyder (1992), en una muestra mexicana de n=202 mujeres para investigar el efecto amortiguador del apoyo social en el estrés, encontró relaciones significativas en el apoyo económico del esposo y en el emocional de los hijos.

Consecuencias a corto y largo plazos

En el modelo transaccional de estrés los autores (Lazarus y Folkman) enfatizan que el proceso transaccional ante un suceso tiene consecuencias y que éstas influyen en la adaptación. De esta manera, consideran que las consecuencias del estrés se encuentran tanto a corto como a largo plazos.

Resultados a corto plazo. Los resultados a corto plazo de las situaciones estresantes son el funcionamiento social con el que se manejan eficazmente las demandas de una determinada situación, el estado moral, que hace referencia al estado de ánimo positivo o negativo que experimenta un individuo durante y después de la interacción estresante y la salud del organismo, referida a los cambios fisiológicos originados por una situación estresante.

Resultados a largo plazo. La mayoría de las teorías actuales ponen énfasis en el ajuste entre una estrategia de afrontamiento y el tipo de estresor, que es el determinante primario de un resultado adaptativo.

En la enfermedad crónica los resultados a corto y largo plazos tienen que ver con la adherencia al tratamiento y el control del padecimiento, que son los sucesos potencialmente estresantes y que en un momento dado son demandantes de un esfuerzo adicional por parte de los pacientes, requiriendo de ellos un ajuste a su estilo de vida que se reflejará en su salud y como consecuencia en la adaptación.

Adaptación

La adaptación desde una perspectiva biológica se define como “la capacidad de una especie y de un animal de sobrevivir y prosperar” (Lazarus y Folkman, 1991, p. 204) aunque los autores incluyen en su modelo además del aspecto biológico, el psicológico y el social. Ellos consideran tres tipos de consecuencias adaptativas el funcionamiento social, la moral, entendida como lo que sienten las personas sobre ellas mismas y sobre sus condiciones de vida, lo que guarda de cierta forma relación con la felicidad manifiesta y la salud, considerando a la salud como producto de la relación entre el estrés y la enfermedad. Por todo ello, en esta investigación, la adaptación comprendió las

variables nivel de estrés, funcionamiento social, depresión, ansiedad cognoscitiva y somática, calidad de vida y estilo de vida.

Con base en lo anterior, en este estudio se propone el siguiente modelo de estrés aplicado a la enfermedad crónico-degenerativa, basado en el modelo transaccional del estrés de Lazarus y Folkman.

Modelo transaccional del estrés de la enfermedad crónico-degenerativa

Se consideró la enfermedad crónica, la dieta y el ejercicio como sucesos potencialmente estresantes. Cuando una persona es diagnosticada con una enfermedad crónico-degenerativa (como diabetes tipo 2 o hipertensión arterial esencial) el enfermo inicia una evaluación cognoscitiva del padecimiento, que, como se ha dicho, se puede considerar amenazante o no; también concibe percepciones acerca de su control, genera algún tipo de *locus* de control, y alguna expectativa sobre su tratamiento médico; el sujeto, además, activa creencias acerca de las causas de su padecimiento y mide su capacidad de realizar las actividades que lo pueden controlar (factores personales). Al paciente se le informa sobre las conductas que tiene que modificar o iniciar (exámenes de laboratorio, toma de medicamentos, dieta, ejercicio y control de peso), información que será matizada por medio del nivel de conocimiento que el individuo tenga de su padecimiento (factores situacionales) y que estará relacionada con los recursos propios con que cuente, como habilidad para

obtener información y para el manejo de emociones negativas, influyendo así en la evaluación cognoscitiva; de esta manera, también se relaciona el nivel de educación proporcionado por la institución y el apoyo familiar y social que reciba el paciente. Lo anterior (la evaluación cognoscitiva, los recursos propios y los recursos sociales) influirán en el tipo de afrontamiento que el sujeto adopte hacia su padecimiento, el cual, a su vez, determinará las consecuencias a corto y largo plazos (figura 2).

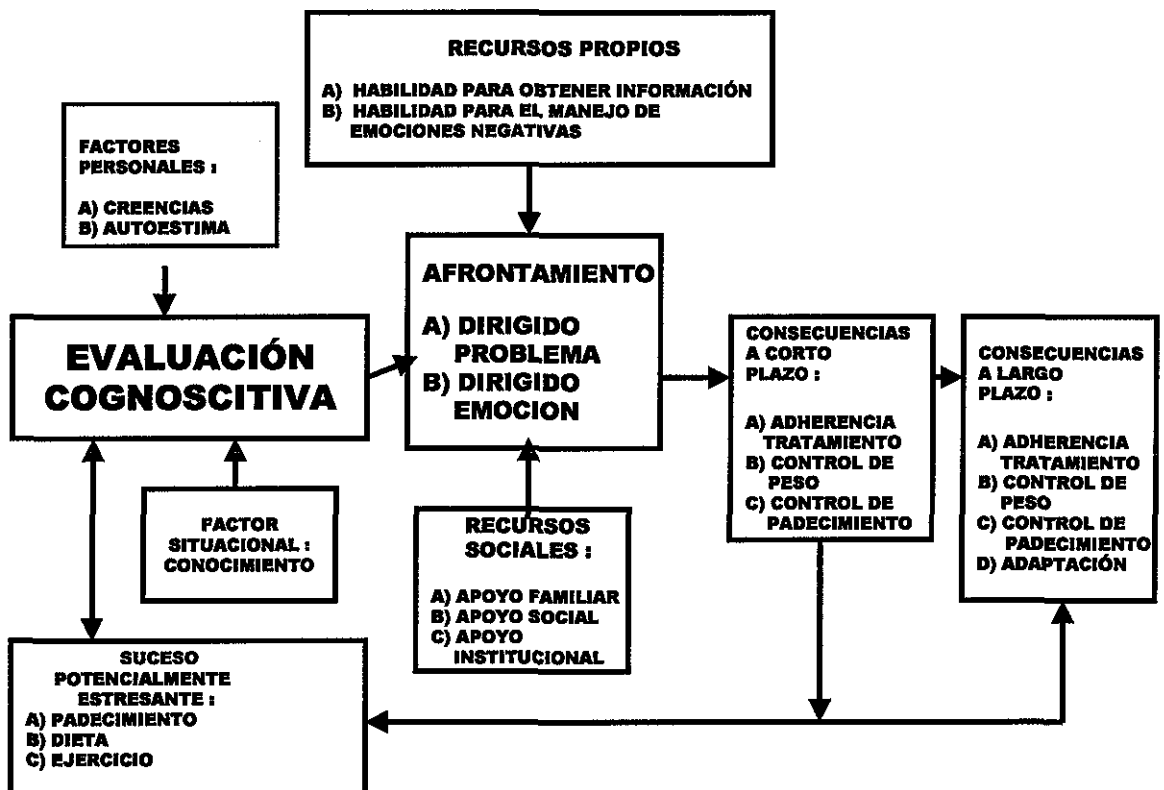


Figura 2 Modelo transaccional del estrés de la enfermedad crónico-degenerativa.

CAPITULO III

Fundamentos teóricos del programa de intervención psicológica

En este apartado se desarrollan los siguientes temas: grupos, educación, enfoque cognoscitivo-conductual, terapia racional emotiva, terapia de relajación cognoscitivo-conductual y autocontrol, los cuales conforman la base teórica del programa de intervención psicológica.

Grupo como mediador de cambio

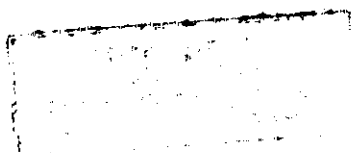
Psicología del proceso de grupo. Entre las distintas definiciones de grupo está la de Pichon-Riviere, citado en Bleger (1992), que considera al grupo como un conjunto de personas con un objetivo común que intentan abordar operando como un equipo. Kurt Lewin (1936), citado en Prada (1991), afirma que la interdependencia es el elemento esencial y específico de los grupos; mientras que Shaw (1983), citado en Prada (1991), lo define como dos o más personas que interactúan mutuamente, de tal modo que cada persona influye en las otras y es influida por ellas.

El grupo como técnica educativa y de investigación del comportamiento busca las siguientes metas: a) que los participantes comprendan y cambien sus conductas y b) que se investigue la dinámica del grupo. Lewin sostenía que las creencias y las actitudes

se pueden cambiar cuando el individuo es capaz de examinarlas y aceptar que no son satisfactorias (Cappon, 1984).

Características del grupo. Prada (1991) menciona como características principales del grupo a la percepción y la motivación. La primera consiste en que los miembros de un grupo son conscientes de su relación con los demás y la segunda es la creencia de los individuos de que se unen a un grupo porque satisfacen alguna necesidad. A la vez, considera que el objetivo del grupo es la existencia de una meta común y que la organización está representada por la aparición de roles, normas o reglas, diversos estatus e interrelaciones entre sí. Una característica más es la interacción, a la cual define como un concepto afín al de interdependencia. Se refiere, ante todo, a la comunicación y puede asumir muchas formas, como interacción verbal, física y emocional.

Cohesión del grupo. Existen diversos significados de la palabra cohesión del grupo. Unos la entienden como atracción hacia el grupo; otros, como moral, es decir, como el nivel de motivación que muestran los grupos, y otros, como coordinación de los esfuerzos de los miembros de un grupo. Pero la mayoría entiende por cohesión el grado de motivación de los miembros de un grupo para permanecer en él (Prada, 1991).



Para que la cohesión sea fuerte se debe fincar en los valores; el grupo debe permitir que éstos circulen, es decir, estar atento a la comunicación entre la vida y valores por medio de una reflexión comunitaria continua que ayude a sensibilizar, revitalizar y reactualizar lo que el grupo ha elegido como valor (Prada, 1991).

Funcionamiento del grupo. La esencia del grupo no la constituyen las estructuras externas (lugar, normas, economía), sino el flujo de comunicación que hay entre los diversos miembros, los diferentes niveles de comunicación que dan como resultado funciones distintas y objetivos variados. Las funciones principales de todo grupo son: a) de clarificación o nivel de contenido, b) de control o nivel de procedimiento y c) de facilitación o nivel socio-afectivo (Prada, 1991).

a) Función de clarificación. Corresponde al nivel de contenido y la pregunta que la identifica es: ¿cuáles son los objetivos de un grupo? El objetivo se puede definir como la meta o el ideal que pretende alcanzar el grupo. Se puede dividir en objetivo general y objetivos específicos. El objetivo primero es una formulación general que explicita a dónde se quiere llegar, mientras que los objetivos específicos son formulaciones particulares del objetivo general, del cual se derivan y con el cual son coherentes. No se trata de simples medios, puesto que tienen un fin ellos mismos, aunque dependan del objetivo general. Los objetivos específicos "operacionalizan" el objetivo general y pueden ser sometidos a "evaluación sistemática".

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

b) **Función de control.** Corresponde al nivel de procedimiento y la pregunta que la identifica es: ¿qué se debe estimular y qué se debe frenar en el proceso de un grupo? Por proceso de un grupo o procedimiento entendemos la forma en que se persiguen los objetivos y la organización de los recursos humanos. Se manifiesta en las normas del grupo, el lenguaje que se crea, los roles que aparecen, los mitos y tabúes que se transmiten y las técnicas que se adoptan.

c) **Función de facilitación.** Corresponde al nivel socio-afectivo y responde a la pregunta: ¿cuáles son las influencias psicológicas que circulan dentro de un grupo? Los factores socio-afectivos se definen como la suma de influencias psicológicas, conscientes o no, que intervienen en la relación de los miembros de un grupo. Del manejo de estos factores depende el ambiente de distensión, humor y optimismo del grupo (Prada, 1991).

Modalidad de grupo para individuos enfermos

Grupo de apoyo. Actualmente la gran demanda de atención a ciertos padecimientos en las instituciones públicas de salud ha ocasionado la implantación de grupos de ayuda o apoyo para pacientes y familiares, entre los que se encuentran los grupos de apoyo para patologías crónicas, como enfermedades neurológicas (enfermedad cerebrovascular, epilepsia), enfermedades terminales (cáncer, sida) y

enfermedades crónicas (asma, artritis reumatoide, diabetes, cardiopatías).

Los grupos de apoyo son una forma específica de intervención con objetivos bien definidos en la interacción entre sus miembros, así como en las dinámicas y las estrategias utilizadas por el coordinador.

Las características más importantes de los grupos de apoyo son:

- 1- Dar apoyo social, lo cual ayuda a disminuir la sensación de aislamiento y frustración ante un padecimiento de difícil manejo y evolución progresiva.
- 2- Fomentar el desarrollo de la responsabilidad personal para la solución de los problemas.
- 3- Proporcionar un sentimiento de autoestima positiva que modifique su autopercepción y mejore su autoconcepto.
- 4- Brindar información y apoyo con el fin de proteger al paciente y a los familiares de los efectos perjudiciales del estrés (García, Díaz y Rodríguez, 1994).

Juntas de familias. En un intento por lograr un tratamiento integral, que incluya el factor biopsicosocial, se realizan juntas de familias en las que participan familiares, pacientes y miembros del personal que se reúnen semanalmente y tratan de cubrir los siguientes objetivos:

- 1- Información. Se facilita el desenvolvimiento de las familias en los trámites administrativos, se eliminan mitos sobre el

tipo de tratamiento y se da información general sobre el funcionamiento de la clínica.

- 2- Educación. Se intenta provocar un cambio positivo en las conductas que impiden la adhesión al tratamiento.
- 3- Orientación. Se canalizan adecuadamente las iniciativas y se disipan dudas, tanto de los pacientes como de sus familiares.

Esta modalidad se utiliza en hospitales psiquiátricos para motivar a la familia a que participe en el cuidado del paciente (Lozano, Méndez y Lorenzo, 1990).

Educación

En 1983 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el término educación para la salud como “cualquier combinación de actividades de información y educación que conduzcan a una situación en que las personas deseen estar sanas, sepan cómo alcanzar la salud, hagan lo que puedan individual y colectivamente para mantenerla y busquen ayuda cuando la necesiten” (Trilla, Planas y Espluga, 1994, p. 378).

Según Green, citado en Morales, Chiwo y Velazco (1993), la educación para la salud es el conjunto de experiencias de aprendizaje

planificadas destinadas a facilitar cambios voluntarios hacia conductas saludables.

Cuando se habla de aprendizaje planificado se hace alusión a un proceso que comprende un diagnóstico sobre las necesidades de capacitación, un método bidireccional de información en el que el expositor facilita que los integrantes del grupo de aprendizaje participen en la exposición del tema y reflexionen sobre él, combinando técnicas didácticas con material informativo y propaganda (Morales, et al. 1993).

De acuerdo con lo anterior “el proceso enseñanza aprendizaje es inseparable y dialéctico. De esta forma la enseñanza no sólo se limita a la transmisión de información sino a la incorporación de los instrumentos de indagación y elaboración del objeto de conocimiento y el aprendizaje se considera como la modificación más o menos perdurable de las pautas de conducta” (Acosta, Arnaiz, Gómez, Ruvalcaba, Mercado y Chávez, 1995, p. 17).

Modelos de intervención en educación para la salud

Modelo biomédico, asistencial o tradicional. Se otorga información unidireccional, en una estrategia en la que el grupo de expertos determina la necesidad y la solución y el paciente es sólo receptor .

Modelo preventivo y crítico. Este modelo, además de la atención asistencial, conjunta la prevención en los grupos de riesgo y la influencia de factores sociales, ambientales, fisiológicos y de estilo de vida. En este tipo de intervención participan profesionales de áreas afines (trabajadoras sociales, enfermeras, sociólogos, publicistas, etc.), aunque los programas son diseñados únicamente por el personal sanitario.

Modelo comunitario. Fomenta el autocuidado y la responsabilidad del individuo y la comunidad en la promoción de la salud, ya que, conjuntamente (comunidad y personal sanitario), detectan la problemática, gestionan, planean, ejecutan y evalúan las estrategias de solución (Acosta, et al. 1995).

Objetivo de la educación. El objetivo final de la educación en salud es lograr el cambio o la modificación de los comportamientos nocivos y reforzar los saludables.

Método. Se clasifica en bidireccional y unidireccional. En el primero hay un intercambio activo, alternándose los roles de emisor y receptor, y se establece una retroalimentación; en el método unidireccional no hay intercambio activo. Los métodos bidireccionales son los más recomendables porque permiten una mayor participación del paciente y la interacción con el profesional (Acosta, et al. 1995).

Programas educativos integrales. De acuerdo con Acosta, et al. (1995), el programa educativo integral incide en cuatro áreas del ser humano: cognoscitiva, psicomotora, afectiva y de comportamiento, y tiene una orientación más formativa que informativa, ya que el usuario interactúa en el proceso de ejecutar un cambio y transformar su realidad.

Terapia cognoscitivo-conductual

Este enfoque está basado en la premisa de que es posible cambiar el comportamiento mediante la aplicación sistemática de principios de aprendizaje científicamente inferidos. Esta terapia pone énfasis en la evaluación y modificación de cogniciones inadaptadas e irracionales, esto es, formas de verse a uno mismo y al mundo (Smith, 1992).

La teoría cognoscitivo-conductual tradicionalmente no acepta el concepto psicodinámico de la resistencia del paciente y ha preferido conceptualizar el problema como disconformidad con el tratamiento. Esta problemática se ha abordado dando a los pacientes una base adecuada para cumplir el tratamiento y las tareas asignadas y ha desarrollado estas tareas en colaboración con el paciente (Safrán y Segal, 1994).

Esta teoría sostiene que la dificultad para lograr el acceso a ciertas clases de material cognoscitivo se explica mejor a partir de las limitaciones intrínsecas de la maquinaria cognoscitiva humana que a partir de concepciones motivacionales, por lo que propone que se trate la resistencia previendo las dificultades que pueden tener determinados pacientes con ciertas técnicas conductuales específicas y trabajando luego con el paciente para elaborar estrategias destinadas a enfrentarlas (Wilson, 1984, citado en Safrán y Segal, 1994).

Un autor clave en lo que se refiere a las ciencias cognoscitivas es Howard Gardner (1985), citado en Safrán y Segal (1994), que considera importante la representación mental como concepto explicativo: los aspectos ambientales son codificados y manipulados en la imaginación y luego, a partir de estos significados, se actúa.

En la terapia cognoscitivo-conductual se han empleado diversidad de procedimientos y orientaciones para generar un cambio cognoscitivo selectivo e intencional en el sujeto enfermo. Algunos buscan la reestructuración sistemática de cogniciones como objetivo principal del tratamiento. Los métodos conductuales encubiertos abarcan: desensibilización sistemática, sensibilización encubierta, modelamiento o ensayo encubierto y terapia implosiva. Estas aplicaciones suelen representar técnicas en las que se utilizan procesos cognoscitivos como vehículos para obtener el cambio, cuyo

objetivo final es el bienestar del cliente, un estado subjetivo e interno (Yost, Beutler, Corbishley y Allender, 1991).

Métodos de la terapia cognoscitivo-conductual. Se han desarrollado al menos tres métodos integrados encaminados a la reestructuración cognoscitiva:

- a) Terapia racional emotiva (A, B, C) de Albert Ellis, que postula que una situación (a la que designa con la letra A), activa ciertas creencias, interpretaciones y actitudes aprendidas, muchas veces distorsionadas (a esto lo denomina con la letra B), que producen sentimientos o conductas inadecuadas y a veces neuróticas (designándole a esta consecuencia la letra C) (Yost, et al. 1991).
- b) Método de Meichenbaum (1977), que intentó establecer las estructuras cognoscitivas que precipitan sentimientos de malestar y conductas inadecuadas (Yost, et al. 1991).
- c) Método de Beck (1979). Este autor supone que corregir actitudes, más que limitarse a generar estrategias de solución de problemas, es la clave para modificar sentimientos y conductas patológicos (Yost, et al. 1991).

La terapia de autoinstrucción de Meichenbaum es diferente a la de Ellis en lo que se refiere a la función que asume el terapeuta: mientras que Ellis considera su actuación como un crítico,

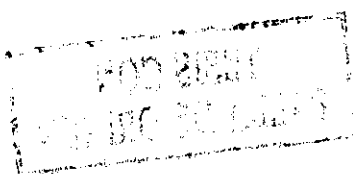
Meichenbaum opina que debe hacer las veces de defensor y maestro (Yost, et al. 1991).

Por su lado, la terapia de Beck supone corregir actitudes y no se limita a la generación de estrategias para solucionar problemas; además, define las estructuras básicas de los patrones cognoscitivos y hace una distinción entre intervenciones cognoscitivas y conductuales, aunque las considere integradas a un sistema (Yost, et al. 1991).

Terapia cognoscitivo-conductual en grupo. Se han propuesto distintos modelos para aplicar la terapia cognoscitiva en grupos. Algunos proponen módulos de tratamiento en secuencia para que los sujetos vayan adquiriendo diversas habilidades; en este modelo los pacientes son entrenados selectivamente en estrategias conductuales y relajación muscular y, posteriormente, en reestructuración cognoscitiva para luego, en sesiones posteriores, entrenarlos en asertividad y otras estrategias conductuales (Yost, et al. 1991).

Fases de la terapia en grupo. El tratamiento tiene una duración de 20 sesiones que, a su vez, pueden dividirse en cuatro fases de terapia activa.

- a) Fase de preparación. El terapeuta enfoca los problemas particulares y los patrones percibidos durante el proceso de



selección de clientes con el fin de poder explicarles lo que obtendrán de la terapia.

- b) Fase de identificación y colaboración. Su principal propósito es ayudar a los pacientes a identificar dificultades en su vida, de manera que posteriormente puedan generar un cambio.
- c) Fase de cambio. El paciente experimenta y practica varios métodos para transformar experiencias cognoscitivas, afectivas y conductuales.
- d) Etapa final. Surge de la anterior y es cuando el paciente consolida lo que ha aprendido y se dirige hacia la terminación y autosuficiencia (Yost, et al. 1991).

Elementos estructurales de las sesiones de la terapia. Orden del día. Se elabora al inicio de cada sesión y se adecua según la fase del proceso. Por ejemplo, en la etapa del cambio se da más importancia y, por lo tanto, se le destina más tiempo al trabajo del facilitador con un solo miembro del grupo. Trabajo de contacto. Se trabaja con uno de los pacientes alguna experiencia de su vida que requiera de cambio. Rondas. Se recogen las opiniones de cada uno de los miembros del grupo acerca de una experiencia o tema particular. Lecturas cortas. Se explican al grupo los conceptos de la terapia cognoscitiva mediante una breve lectura. Tareas. Parte integral de la terapia cognoscitiva es la asignación de tareas con las que los

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

pacientes transfieren su aprendizaje de la sesión a la práctica en situaciones reales (Yost, et al. 1991).

Terapia racional emotiva

Fundamentos. Consta de una nomenclatura, una teoría de personalidad, un sistema de filosofía y una técnica de tratamiento psicológico.

a) Nomenclatura. $ABC - DN + DP = E$, que significan: (A) = el ambiente, lugar, situación, lo que dijo o hizo que le causa el malestar al individuo, (B) = los pensamientos exactos que vienen a la mente en el momento mismo del malestar, (C) = los sentimientos del momento y las acciones tomadas como consecuencias de (B), (DN + DP) = discutir hasta clarificar las ideas incorrectas, donde DN significa disputar y neutralizar las ideas negativas y DP discutir y dominar las ideas proactivas positivas con una base de verdad, (E) = efectos emocionales y de acción que se promueven por haber disputado en DN + DP.

b) Teoría de la personalidad en la terapia racional emotiva (TRE). La TRE subraya la importancia de los valores humanos. Sostiene que lo que llamamos personalidad está formada, en gran parte, por nuestras creencias, fundamentos o actitudes; que los hombres y las mujeres tienden a actuar saludablemente cuando sus valores

se basan en la razón y la experiencia y que, cuando tienen metas y propósitos absolutistas y perfeccionistas, tienden a experimentar trastornos "emocionales". Gran cantidad de investigaciones recientes realizadas por psicólogos muestran que los valores influyen de modo significativo en el comportamiento y que modificar esos valores "causa" directamente el cambio de personalidad (Ellis y Abrahms, 1989).

c) Sistema de filosofía de la TRE. Este enfoque sostiene que, cuando las personas tienen consecuencias emocionales (C) después de una experiencia activante (A), ésta contribuye, aunque no directamente, a causar (C). Su sistema de creencias (B) conduce a (C) en gran parte. Así pues, si se sienten las personas deprimidas en (C) después de verse rechazadas por alguien en (A), el rechazo no las hace deprimidas, sino que sus creencias (B) acerca de este rechazo conducen directamente a los sentimientos de depresión (Ellis y Abrahms, 1989).

d) Técnica de tratamiento psicológico. Los terapeutas racionales emotivos afrontan y discuten las creencias que crean que producen trastornos en las personas en forma mucho más activa y enérgica que los terapeutas de otras escuelas. Cuando es el caso, procuran demostrar a sus pacientes que sus filosofías son irracionales y contraproducentes, cómo les pueden crear trastornos emocionales, cómo pueden atacarlas en terrenos lógicos y empíricos y, por último, cómo pueden desecharlas. Asimismo, los terapeutas de la TRE ayudan a sus pacientes a desarraigar sus irracionalidades

mediante ejercicios emotivos y tareas que ayuden a eliminar las ideas negativas. Además la TRE subraya especialmente la reestructuración cognoscitiva (Ellis y Abrahms, 1989).

Terapia racional emotiva y problemas relacionados con la salud.

Esta terapia intenta enseñar a los pacientes a poner en discusión sus ideas y su percepción sobre ellos mismos y sobre los demás, a descubrir lo que lleva a resultados “buenos” o positivos y a descartar lo que conduce a consecuencias “malas” o negativas. Por consiguiente uno de los objetivos fundamentales de la TRE es establecer cuáles son las creencias (o hipótesis) irracionales de una persona sobre sí misma y sobre los demás (B). Los problemas psicológicos surgen principalmente de percepciones y concepciones erróneas (B) acerca de lo que les sucede en los acontecimientos o experiencias activantes (A). Estos problemas también manifiestan reacciones emocionales insuficientes o excesivas a dichas experiencias (C) y pueden comprender patrones de comportamiento disfuncional, como adicciones o actos que afectan la salud (C) (Ellis y Abrahms, 1989).

Esta terapia parte del supuesto de que nuestras consecuencias o reacciones emocionales (C) proceden, principalmente, de nuestras ideas o creencias, conscientes o inconscientes (B), o de nuestras evaluaciones, interpretaciones y filosofías acerca de lo que nos ocurre en la experiencia activante (A). La TRE trabaja en las creencias

irracional (trabajo designado con la letra D) por medio de la discusión, el debate y la discriminación entre ellas, para al final obtener evidencia de lo irracional y ayudar a enfrentar racionalmente futuras contingencias (se le nombra a este momento con la letra E) (Ellis y Abrahms, 1989).

Técnicas emotivas para ayudar a individuos con problemas de salud. Imágenes racionales emotivas. Después de discutir la irracionalidad de las creencias respecto a procesos patológicos, fallas en la adherencia a la toma de medicamentos, dieta o ejercicio se induce al paciente a que elabore una serie de imágenes (imágenes racionales emotivas, IRE) en las que se visualice realizando, primero, el hábito negativo para que experimente las emociones negativas y, luego, el hábito positivo para que experimente las emociones positivas. En la práctica de este tipo de imágenes racionales también se debe considerar la posibilidad de fracasar y aceptar el fracaso como un aprendizaje para volver a intentarlo y lograr el éxito (Ellis y Abrahms, 1989).

Frases emotivas. En ocasiones los terapeutas de la TRE también emplean frases cargadas de emoción (frases emotivas) para hacer que las ideas lleguen vigorosamente a los pacientes. Repiten con ellos palabras y frases dándoles matices emocionales para que los pacientes las utilicen después en los intervalos entre una y otra sesión. Por ejemplo: “La diabetes sólo es inconveniente, no terrible.

No puede matarme si me cuido adecuadamente” (Ellis y Abrahms, 1989).

Técnica de relajación

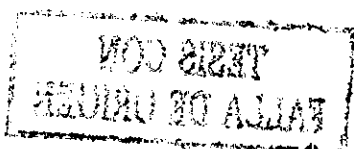
Modelo de reducción de la activación. A partir del creciente uso de la meditación trascendental los investigadores concluyeron que ésta produce una serie de cambios fisiológicos que indican una relajación como disminución de la tasa cardíaca, presión arterial, tasa respiratoria, actividad de las ondas cerebrales y del tono muscular (García-Trujillo y G. de Rivera, 1992). La idea subyacente en estos encuentros es que los humanos tienen un potencial heredado para la relajación, que es la antítesis de la respuesta de emergencia ante el estrés de afrontamiento o escape de Cannon. La respuesta de emergencia prepara automáticamente al organismo para responder ante la amenaza, en cambio, la respuesta de relajación, mediada principalmente por el sistema parasimpático, tiene automáticamente una reducción protectora de la activación (Smith, 1992).

Modelo cognoscitivo-conductual de relajación. Este modelo no resta importancia a la activación, sino que la coloca en perspectiva. La tarea central de este modelo de relajación es lograr que el paciente renuncie a las estructuras y al comportamiento incompatible con la relajación y adquiera y desarrolle estructuras que conduzcan a una relajación continua y cada vez más profunda (Smith, 1992).

- a) Procesos cognoscitivos. Un proceso cognoscitivo es la forma en que cada sujeto asimila la información. Los investigadores sobre el estrés se han centrado en el modo en que la gente busca la información selectivamente, le presta atención y la recuerda. Por otra parte, los clínicos cognoscitivo-conductuales han presentado diferentes procesos reestructuradores cognoscitivos, como explorar y probar la utilidad y veracidad de creencias, valores y compromisos no adaptativos (Bech, Ellis, Meichenbaum, 1985, citados en Smith, 1992). Existen tres procesos cognoscitivos básicos para la relajación: enfoque, la habilidad de identificar, diferenciar, mantener y reorientar la atención a estímulos simples durante un periodo extenso; pasividad, la habilidad de detener una actividad innecesaria dirigida a un objetivo y a una actividad analítica; receptividad, la habilidad de tolerar y aceptar experiencias que pueden ser inciertas, poco familiares o paradójicas (Smith, 1992).
- b) Estructuras cognoscitivas. Son las creencias, valores y compromisos que subyacen en el pensamiento, el habla y las acciones. Representan nuestras ideas perdurables relacionadas con lo que es real e importante, así como también nuestras elecciones relacionadas con varios cursos de acción. Las estructuras sirven para ayudarnos a identificar, categorizar e interpretar rápidamente los

estímulos, completar la información que falta, obtener más información, resolver un problema y alcanzar un objetivo (Markus, 1977, citado en Smith, 1992).

- c) **Objetivo.** El objetivo como proceso es incrementar la habilidad de enfoque, pasividad y receptividad, así como hacer que las estructuras de relajación sean abstractas, diferenciadas y generalizadas a todo el ámbito de la vida. De cualquier manera el objetivo último debe ser personalizado, de acuerdo con las creencias, los valores y los compromisos del individuo, siempre respetando el objetivo que cada quien haya descubierto.
- d) **Evaluación en la relajación.** Al comienzo del entrenamiento quizá sea más útil enfatizar la reducción de la activación, sin embargo, a medida que la persona adquiere control sobre la activación, el desarrollo de la capacidad de enfoque, pasividad y receptividad se va convirtiendo en un criterio más útil. Finalmente para una persona experta en la relajación la evaluación de la profundidad debe incluir el examen de las estructuras cognoscitivas, concretamente el grado de abstracción y diferenciación, así como su contenido y función. La evaluación estructural de la profundidad de la relajación debe, primero, determinar si un paciente ha articulado una metáfora diferenciada, trascendente. Si se encuentra, esta metáfora puede proporcionar su propia definición de lo que ocurre en la



relajación y sus propios criterios para la profundidad. Estas evaluaciones completan, pero no reemplazan, la valoración de la reducción de la activación y la maestría de la habilidad (Smith, 1992).

Técnica de relajación cognoscitivo-conductual (Guión de Sue, citado en Smith, 1992).

(Presión isométrica)

Pon tu mano derecha como un puño apretado.

Mantén la tensión . . .

Presta atención a las sensaciones de tensión . . .

Y suelta.

Deja que la tensión fluya. . .

(Pausa)

Imagínate que estás sentado(a) a orillas de un río de una montaña, con las piernas balanceándose en el agua.

Deja que la tensión se disuelva en el agua.

(Pausa)

Presta atención a las sensaciones de relajación. . .

(Pausa)

Húndete más y más profundamente en un agradable estado de relajación.

(Pausa)

Abre silenciosamente tus labios y deja fluir la tensión con cada respiración.

(Pausa)

Deja fluir la respiración tan suave como el fluir de un río de montaña.

(Pausa)

Pon los músculos de los pies y de los dedos de los pies en tensión . . .

Deja que la tensión crezca. . .

Y suéltala

Deja que la tensión se disuelva. . .

(Pausa)

Compara las sensaciones de tensión y relajación. . .

(Pausa)

De nuevo, abre los labios suavemente y deja salir gradualmente la tensión con cada respiración.

(Pausa)

Deja que tu respiración fluya tan suavemente como el río de montaña.

(Pausa)

(Respiración)



Respira profundamente, llenando tus pulmones completamente.
Exhala suavemente.

(Pausa)

Deja que el aire fluya por tus labios con cada respiración.

(Pausa)

Vete tranquilizándote cada vez más.

(Pausa de 10 segundos)

El único sonido que oyes es el silencioso fluir de la respiración y el silencioso río de una montaña.

(Pausa de 10 segundos)

(Imaginería)

Ahora, presta atención silenciosamente sólo a la imagen de estar sentado(a) a la orilla de un frío y refrescante río de una montaña.

Vete tranquilizándote cada vez más.

(Pausa)

Tus pies se mecen suavemente en el agua fresca, refrescante.

La tensión fluye bajando por cada pierna hasta la punta de los pies y se disuelve y el agua se la lleva.

(Pausa)

Abre silenciosamente tus labios y deja fluir la tensión con cada respiración.

Deja fluir la respiración tan suave como el fluir de un río de montaña.

(Pausa de 5 segundos)

Cada vez que expulses el aire suelta tus preocupaciones pasadas y futuras.

(Pausa)

Puedes ver el agua clara, brillante, oler su limpia pulverización y sentir el calor del sol en tu piel.

Tu mente se encuentra pacíficamente centrada.

El tiempo es como un río, cada crisis pasa y se olvida.

(Pausa de 20 segundos)

Relájate a tu propio paso; si tu mente divaga de vez en cuando, está bien. (Pausa)

Presta atención con todos tus sentidos a este bello, relajante momento.

(Pausa de 3 minutos)

(Meditación)

Presta atención silenciosamente al ir y venir del momento presente.

(Pausa)

Si estás distraído(a), está bien, simplemente vuelve a la relajación.

(Pausa de 5 segundos)

En este momento silencioso te das cuenta de que todas las cosas vienen y van.

Es un momento de paz y alegría interna profunda.

(Pausa de 5 minutos)

Respira profundamente.

(Pausa)

Y exhala.

Suavemente suelta todo aquello a lo que estás prestando atención.

(Pausa)

Con cada espiración deja que se vayan abriendo los ojos lentamente al mundo exterior.

(Pausa)

Con esto concluye la secuencia de relajación.

Autocontrol

Fundamentos. En psicología se habla de autocontrol en dos casos:

1. cuando alguien no ejecuta una determinada forma de comportamiento, aun cuando con ello experimentaría consecuencias agradables inmediatas (refuerzo) y 2. cuando alguien se expone a una situación desagradable (aversiva) incluso cuando no está obligado a ello. En ambos casos se reprime un comportamiento muy probable en favor de un comportamiento mucho menos probable. El objetivo del autocontrol es la disminución de la probabilidad de que aparezca una forma de comportamiento probable en su origen, que se desea controlar, mediante un comportamiento incompatible con el primero, que controla a éste (Huber, 1986).

El primer paso hacia el autocontrol es la autoobservación. En la cotidianidad no nos preocupamos por las cosas que hacemos rutinariamente; sólo se empieza a ponderar las cosas cuando otras personas valoran positiva o negativamente nuestro comportamiento; entonces surge la autoobservación y, posterior a ésta, la autovaloración. Alguien que observa su comportamiento general tiene una idea de lo que su entorno considera adecuado o inadecuado;

además de que suele poseer un criterio personal, de acuerdo con el cual valora su propio comportamiento. La autovaloración tiene como consecuencia una autorrecompensa o un autocastigo. De esta manera, los componentes principales del autocontrol son: autoobservación, autovaloración, autorrecompensa o autocastigo (Huber, 1986).

Autoobservación eficaz en el autocontrol. Los elementos principales en la autoobservación sistemática son:

- a) Momento.
- b) Condiciones que lo provocan.
- c) Lo que ha hecho.
- d) Duración.
- e) Actividades que se habían realizado al mismo tiempo.
- f) Intensidad.
- g) Consecuencias directas.

Esta observación sistemática del comportamiento tiene dos efectos: 1) el comportamiento se hace más importante, debido a la atención que se le otorga y 2) en el transcurso de la observación y el registro se notará un cambio de comportamiento. Las investigaciones más recientes han revelado que la autoobservación, que originalmente sólo recogía datos, puede ser suficiente para provocar cambios importantes en el comportamiento observado (Huber, 1986).

Programa de autocontrol en el caso de exceso de comida. Primer paso, información sobre los alimentos y las calorías; segundo paso, observación y registro del comportamiento alimentario, es importante hacer el registro antes de ingerir la comida; tercer paso, reducción de

las situaciones alimentarias, consiste en reducir ambientalmente los sitios donde se ingerirá la comida, definiendo un sólo lugar para comer; cuarto paso, reducción del tiempo dedicado a las comidas, se limitarán las comidas entre los horarios y además se limitará el tiempo destinado a comer; quinto paso, interrupción de la cadena de comportamientos "comida", es importante suspenderla poco antes del último paso; sexto paso, intensificación de formas de comportamiento incompatibles con la comida, como caminar, escribir, llamar por teléfono, etc. (Huber, 1986).

Resumen del fundamento teórico de la intervención psicológica.

Las principales ideas acerca de los temas desarrollados son las siguientes: el grupo es un medio para lograr un cambio de actitud en las personas; su característica principal es la cohesión de los miembros, la cual facilita e incrementa el aprendizaje y, por consiguiente, el cambio. El grupo como intermediario del cambio debe tener un objetivo general y éste, a su vez, se debe desglosar en objetivos específicos que puedan ser operacionalizados y sometidos a evaluación sistemática. Actualmente el grupo se ha utilizado en las instituciones de salud para optimizar los recursos y para que el beneficio de los programas llegue a una mayor cantidad de personas. Con ese objetivo han surgido los grupos de apoyo y las juntas de familias.

La educación es el principal método utilizado por las instituciones de salud para informar y orientar a la población. Este método se debe basar en un diagnóstico previo, ser bidireccional y combinar técnicas didácticas con material informativo y propaganda para que se pueda obtener un aprendizaje y lograr el objetivo final, que es el cambio o la modificación de los comportamientos nocivos y el refuerzo de los saludables.

Uno de los enfoques psicológicos orientado al cambio de las cogniciones y, por consiguiente, de las conductas es la terapia cognoscitiva-conductual. Este enfoque está basado en la teoría del aprendizaje y básicamente contempla la forma en que las creencias, los valores y los compromisos son utilizados por el individuo para interpretar su realidad y probar la utilidad y veracidad de aquéllos.

Una de las principales técnicas de este enfoque es la de Albert Ellis, que creó un método para identificar los procesos cognoscitivos, probarlos y resolver o adaptarse al problema. Este método se conoce como el ABC, en donde A = situación, B = creencias y C = emociones o consecuencias.

El enfoque cognoscitivo-conductual también se aplica a la técnica de relajación en busca no sólo de la reducción de la activación física, sino también de la reestructuración cognoscitiva, que utiliza tres procesos básicos: el enfoque, la pasividad y la receptividad, los

cuales se van desarrollando gradualmente para obtener, al mismo tiempo que la relajación, el cambio cognoscitivo.

El autocontrol es uno de los requisitos para lograr el cambio o la modificación de una conducta y su elemento principal es la autoobservación eficaz, la cual tiene que ser específica en lo siguiente: en el momento de realizarse, qué condiciones provoca o anteceden a la conducta, qué situación se originó y cuánto duró, qué actividades se realizaron al mismo tiempo, cuál fue su intensidad y cuáles fueron las consecuencias directas de la misma conducta.

De acuerdo con las bases teóricas expuestas anteriormente, se elaboró un programa de intervención multidisciplinario con los siguientes fundamentos.

Se consideró que la intervención fuera grupal para optimizar la actuación multidisciplinaria y porque, además, la cohesión que genera el grupo propiciaría el cambio de conductas. Este grupo de apoyo contó con un coordinador y se utilizó el método bidireccional, procurando incidir en las cuatro áreas del ser humano: cognoscitiva, psicomotora, afectiva y de comportamiento.

La intervención psicológica tomó como principal enfoque la teoría cognoscitivo-conductual, ya que ésta utiliza los principios del aprendizaje para cambiar el comportamiento; como técnicas complementadas entre sí se utilizaron la terapia racional emotiva de

Ellis, por contar con un modelo básico de cambio de creencias, y la técnica de relajación cognoscitivo-conductual, ya que utiliza los procesos cognoscitivos para el desarrollo de la relajación profunda; en lo que se refiere a la conducta de autocontrol, este programa utilizó el método de Huber, cuyos principios básicos son el autorregistro, la autovaloración, el autorrefuerzo y el autocastigo.

CAPÍTULO IV

PRIMERA ETAPA

Detección de los factores psicosociales relacionados con la adherencia al tratamiento

Objetivos. Los objetivos de la primera etapa fueron: a) identificar las variables psicosociales relacionadas con la adherencia al tratamiento en el paciente con enfermedad crónico-degenerativa, en una población de enfermos de diabetes tipo 2 e hipertensión arterial esencial y b) probar si estos padecimientos comparten las mismas variables psicosociales en la adhesión al tratamiento y el control del padecimiento, lo cual permitiría que se trataran conjuntamente para optimizar los recursos y potencializar los resultados.

Preguntas de investigación. 1) ¿Cuáles son los factores psicosociales que influyen en la adherencia al tratamiento y en el control del padecimiento? 2) ¿Qué factores psicosociales comparten los grupos de estudio?

Definición conceptual de las variables en estudio

Adherencia al tratamiento: Se define como el grado en que la conducta del paciente, en términos de ingesta de medicamentos, seguimiento de dietas o cambios de estilo de vida, coincide con la prescripción clínica (Gené-Badia y Font-Pous, 1994).

Control del padecimiento: Se considera controlado el padecimiento cuando el registro de la presión arterial se ubique en los niveles de 120-139/70-89 mmHg, (Rubio-Guerra, 1998); la glucosa sanguínea en los niveles de 80 a 110 mg/dl, el colesterol < 200 mg/dl y los triglicéridos < 150mg/dl (IMSS, 1999a).

Factores psicosociales: La influencia de las variables psicológicas y sociales en interacción con los procesos biológicos para explicar la salud y la enfermedad. (Llor, 1995).

Definición operacional de las variables en estudio

La definición operacional de cada una de las variables de este estudio se entienden como la medición que se hizo a través de las preguntas abiertas y/o escalas que se aplicaron a lo largo de entrevistas y cuestionarios, que se utilizaron para la recolección de datos.

METODO

Tipo de investigación. Exploratorio, de campo y correlacional.

Diseño. Transversal de una sola muestra.

Muestra. La muestra fue intencional, no probabilística con (N=350), obtenida de la población constituida por los derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar 24, en Tepic, Nayarit, que cursaran con padecimientos crónico-degenerativos.

Tamaño de la Muestra. Para obtenerse, se realizó un censo de pacientes con enfermedad crónico-degenerativa en la unidad sede, revisándose las formas de la consulta diaria (formato 4-30-6) de los médicos adscritos a esa unidad en el servicio de medicina familiar, durante 3 meses, obteniéndose un censo general de 3,682 pacientes crónicos degenerativos. De esta población se obtuvo el tamaño de la muestra adecuado (350 pacientes), con base a la siguiente fórmula:

$$n = \frac{(t^2)(s^2)}{E^2 + \frac{(t^2)(s^2)}{n}}$$

n = tamaño de la muestra.
 E = error de muestreo.
 t = t de student.
 s = desv. Est. (0,5)
 N = tamaño población.
 n = tamaño de la muestra.

Sujetos Derechohabientes con diagnóstico de diabetes tipo 2, e hipertensión arterial esencial.

Criterios de exclusión. Se definieron como criterios de exclusión estados de confusión, enfermedad psiquiátrica o limitación del habla.

Instrumentos y aparatos.

Instrumentos. Se diseñó un instrumento tratando de integrar todos los elementos que componen el modelo transaccional de estrés de Lazarus y Folkman, 1991, (ver figura 1 p. 60). Con este propósito la entrevista se elaboró de acuerdo con dos formatos: preguntas abiertas y preguntas cerradas, que exploran las siguientes áreas: **I. formato abierto:** a) datos sociodemográficos, b) datos sobre su padecimiento c) **factores personales:** creencias acerca del padecimiento, percepción del control del padecimiento, expectativa del tratamiento, d) **factores situacionales:** nivel de

conocimiento, e) **recursos sociales**: apoyo social f) datos sobre calidad de vida: funcionamiento social, evento estresante, g) estilo de vida: hábitos, h) **consecuencias a corto y largo plazos**: control del padecimiento (promedio de las cifras de presión arterial, resultados de laboratorio de glucosa, colesterol y triglicéridos de las tres últimas consultas). **II formato cerrado**: **estrés y afrontamiento**: evaluación cognoscitiva sobre su padecimiento en el momento del diagnóstico y en el momento de la entrevista, evaluación cognoscitiva de los estresores potenciales del padecimiento (dieta, ejercicio, síntomas, consulta, toma de medicamentos, exámenes de laboratorio, asistencia a pláticas educativas, limitaciones físicas, dependencia, disfunción sexual), afrontamiento sobre el padecimiento y estresores del mismo); **cuestionarios con formato de opción múltiple y dicotómica** elaborados ex profeso para este estudio que miden: a) nivel de estrés con relación a los estresores potenciales del padecimiento, b) adherencia al tratamiento: cumplimiento con la dieta, ejercicio, control de peso (Índice de Masa Corporal $IMC = Kg / m^2$ e Índice Cintura Cadera $ICC = C/C$), asistencia a pláticas educativas y toma de medicamentos), c) relación médico paciente, y d) percepción de locus de control. Esta escala se elaboró con 38 reactivos, que fueron presentados a jueces para someterlos a su consideración y emitieran su juicio acerca de si los contenidos de los mismos contemplaban los aspectos de la adherencia al tratamiento. Los resultados indicaron que de 13 médicos encuestados, 11 (84%) consideraron que la escala contenía los elementos de la adherencia al tratamiento. **III formato cerrado**: cuestionarios y escalas con preguntas de opción múltiple de los siguientes autores: a) autoestima (Rosenberg, versión adaptada por Walker y Greene, 1986, citada

en Rivera, 1996), b) ansiedad cognoscitiva y somática (Zchwart, versión traducida y adaptada por Domínguez y Valderrama, 1994), c) depresión (Zung citada en Martina-Casullo, 1996) y d) calidad de vida (Flanagan, 1978) (Véase anexo 1).

Aparatos. La medición del peso y talla se obtuvo con una báscula "Torino" pesa persona de 160 Kg. Se utilizaron cintas métricas flexibles en las medidas de la cintura y cadera

PROCEDIMIENTO

a) Descripción del estudio piloto

Objetivo. Como un primer paso en el desarrollo de la presente investigación se llevó a cabo un estudio piloto con los siguientes objetivos: adecuar los reactivos a la muestra, valorar el tiempo de aplicación y considerar la optimización del mismo, así como categorizar y codificar las respuestas abiertas para afinar el formato de la entrevista. **Muestra.** La muestra fue intencional no probabilística (N=170), de pacientes con los diagnósticos de diabetes tipo 2 e hipertensión arterial esencial. **Procedimiento.** Una vez que fue autorizado el proyecto de investigación en la unidad de Medicina Familiar 24 IMSS, se hizo la presentación al personal médico, trabajadoras sociales y asistentes médicas, obteniéndose el compromiso de su participación. A continuación, se entrenó a los ayudantes de la investigación (pasantes de psicología) durante una semana, con el objetivo de estandarizar la aplicación de la entrevista con respecto a las lecturas y registro de las respuestas dadas, así como, en relación con la medición y registros confiables de los valores antropométricos del peso, de la talla de acuerdo a Huesca, (1995); y

la técnica de Conejo-Navarro (1996) para la medición de la cintura y cadera. La entrevista fue aplicada a los pacientes enviados por los médicos familiares, que presentaban los diagnósticos objeto de estudio, a quienes también, se les pesó y midió. Se procedió a la revisión de los expedientes clínicos con el propósito de obtener el último registro de la medición de la presión arterial y los resultados de laboratorio de la glucosa, colesterol y triglicéridos en sangre de cada uno de los pacientes de la muestra de estudio.

Resultados. 1. Descripción de la muestra: De la muestra (N=170), el 30% correspondió al sexo masculino y el 70% al sexo femenino. La distribución por padecimientos quedó formada por 29% de pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2, 47% con hipertensión arterial esencial, 18% con ambos padecimientos: diabetes tipo 2 e hipertensión arterial esencial y el 6% con tres padecimientos: diabetes tipo 2, hipertensión arterial esencial y cardiopatía isquémica (véase anexo 2 tabla I y II).

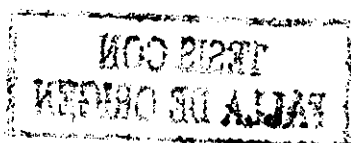
2. Categorización de las respuestas de las evaluaciones cognoscitivas del padecimiento y estresores potenciales del padecimiento. Se procedió a la categorización de las respuestas de cada uno de los reactivos con formato abierto, que corresponden a la primera parte de la entrevista (véase anexo 1 áreas: II a la VIII) que miden la evaluación cognoscitiva del paciente acerca de su padecimiento y de los estresores potenciales del padecimiento así como datos acerca de su estilo de vida. El procedimiento de categorización se realizó de acuerdo con las siguientes categorías: a) **sin importancia o irrelevante:** se tomaron en cuenta las respuestas que denotaban que no representaba el estresor ninguna consecuencia en el estado de ánimo del paciente; b) **positivo:** respuestas que contenían expresiones favorables u

optimistas hacia el evento; c) **pérdida**: respuestas que significaban una pérdida física o sentimiento de tristeza; d) **daño**: respuestas que se referían a daño físico, enfermedad o sentirse mal; e) **amenaza**: las respuestas que mencionaban preocupación, alarma, susto, miedo a morir y peligro; f) **reto**: respuestas que denotaban conductas de adherencia al tratamiento o control del padecimiento; g) **negación**: incluye respuestas en las que el entrevistado no aceptaba estar enfermo; h) **adaptación**: respuestas que significaban costumbre y resignación. Es importante señalar que estas dos últimas categorías resultaron específicas de esta muestra. De acuerdo a la teoría de Lazarus y Folkman (1991), las categorías de pérdida, daño y amenaza son consideradas estresantes, por lo que en la versión final de la entrevista se conjuntaron en la categoría de amenaza, resultando finalmente seis categorías. La confiabilidad entre examinadores fue de 0.89 a 0.94. En el anexo 1, se expone un cuadro con un ejemplo de la categorización de las respuestas.

3. Categorización de las respuestas de afrontamiento al padecimiento y a los estresores. Respecto a la categorización de las preguntas abiertas que evaluaron el tipo de afrontamiento, se categorizaron en dos tipos: afrontamiento dirigido a la emoción y afrontamiento dirigido al problema. El primer tipo de afrontamiento fueron respuestas que estuvieran relacionadas con algún sentimiento o emoción, en tanto que el segundo tipo de afrontamiento las respuestas denotaban adherencia al tratamiento o conductas adaptativas hacia el mismo. De esta manera se obtuvo una entrevista más fina, rápida y comprensible de acuerdo al nivel cultural de los respondientes (véase anexo 1).

Evaluación cognoscitiva del padecimiento y estresores potenciales.

Como se observa en la figura 3, el porcentaje mayoritario en la evaluación cognoscitiva del padecimiento en el momento del diagnóstico fue para la categoría de amenazante con un 67% en tanto que en el momento de la entrevista fue para la categoría de costumbre con un 50%, correspondiendo este porcentaje a los pacientes con un tiempo de evolución de uno a seis años. Así mismo, en el caso de los estresores: síntomas, limitaciones físicas y disfunción sexual obtuvieron (88%, 40% y 21% respectivamente) en la categoría de amenazante, porcentajes que también fueron mayores que la categoría de irrelevante. Es importante mencionar que en el caso de los estresores limitaciones físicas y disfunción sexual se encontraron porcentajes mayores de pacientes que no los presentaban (55% y 71% respectivamente). Unicamente el estresor dependencia obtuvo un porcentaje menor en la categoría de amenazante (12%) con relación a la categoría de irrelevante que obtuvo un 16% obteniendo además un alto porcentaje de pacientes que no presentaban dependencia (71%).



¿Qué significa para usted . . . ?

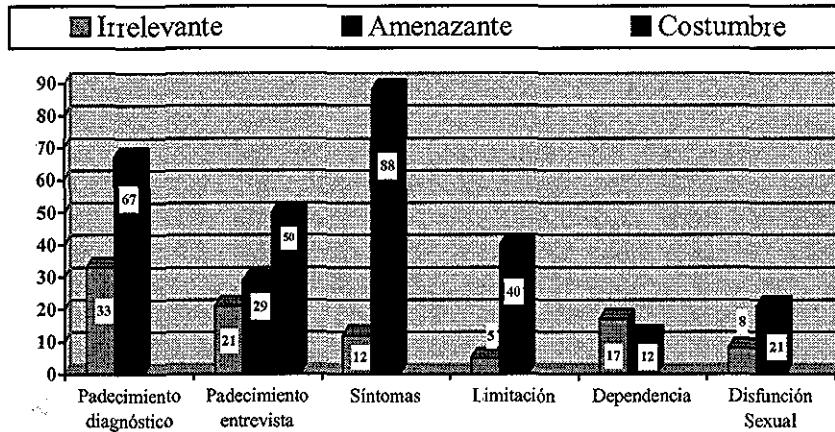


Figura 3. Evaluación cognoscitiva del padecimiento y de los estresores del mismo.

Evaluación cognoscitiva de los estresores potenciales que forman la adherencia al tratamiento. En la figura 4 observamos que los porcentajes minoritarios se ubicaron en la categoría "irrelevante" en todas las variables, en tanto que los mayoritarios en la categoría de "positivo" en las variables ejercicio, consulta, pláticas educativas y exámenes de laboratorio, con un 61%, 50%, 46% y 38% respectivamente. En tanto que, en las variables dieta y medicamentos el porcentaje mayor fue para la categoría "amenazante" (37% y 26%). Puede verse que en todas las variables hubo pacientes que ubicaron sus respuestas en la categoría "reto" y que la categoría "costumbre", se presentó en un alto porcentaje (25%) en la variable medicamentos.

¿Qué significa para usted . . . ?

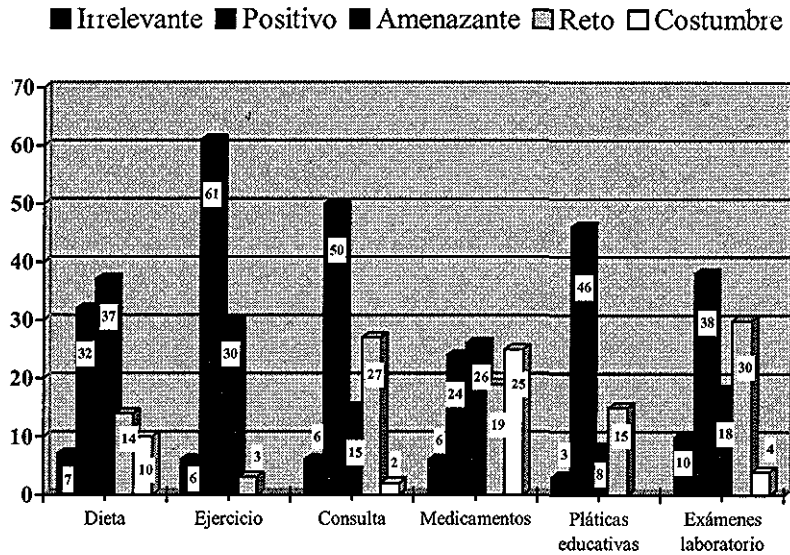


Figura 4. Evaluación cognoscitiva de los estresores potenciales. Variables que componen la adherencia al tratamiento.

3. Afrontamiento de los estresores potenciales.

El afrontamiento ante los estresores potenciales dieta, ejercicio, consulta, toma de medicamento, exámenes de laboratorio asistencia a pláticas educativas, dieta, síntomas, limitaciones físicas, dependencia y disfunción sexual, fue considerado en dos categorías: afrontamiento dirigido al problema y afrontamiento dirigido a la emoción. El primero englobó las respuestas que indicaban una actividad física de adhesión o resolución del problema, en tanto que en el segundo fueron incluidas las respuestas que denotaban alguna emoción.

De esta manera, se encontró que el 65% (n=228) hace dieta, “afrentamiento dirigido al problema”, aunque de este porcentaje sólo el 9% reporta llevar una dieta total elaborada por el nutriólogo, mientras que el seguimiento de dieta parcial se refiere a disminución de la cantidad de ingestión de alimentos (figura 6); el resto 35% no hace dieta por considerarla un “sacrificio” o considerar “no tener dinero suficiente para realizarla” “afrentamiento dirigido a la emoción”. En cuanto al ejercicio el 49% lo realiza; “afrentamiento dirigido al problema”, el resto 51% refiere “no tener tiempo” o que si lo hace “sus síntomas se agravan”, “afrentamiento dirigido a la emoción” (figura 5).

¿Qué hace cuando tiene que . . .

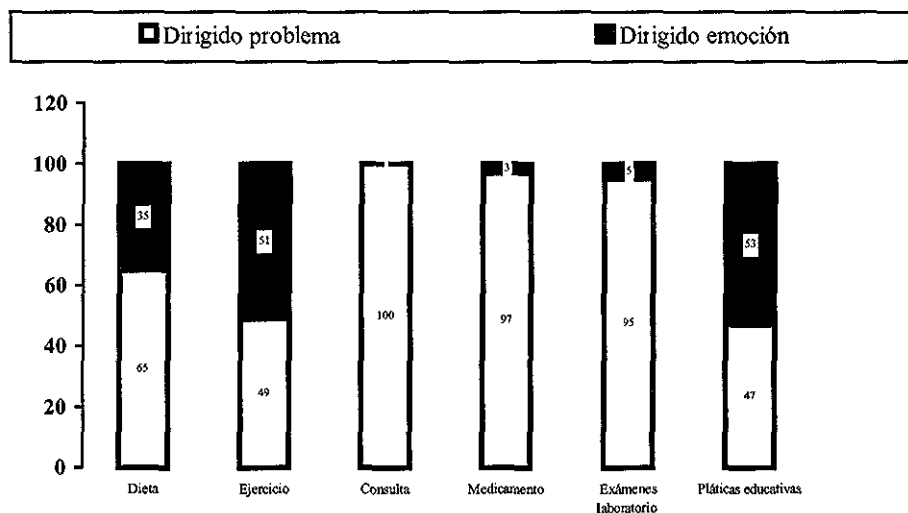


Figura 5. Afrontamiento de las variables que componen la adherencia al tratamiento.

El 100% de la muestra asiste a consulta médica, el 97% toma su medicamento, el resto 3% lo considera “un enfado, una molestia o innecesario” “afrentamiento dirigido a la emoción”; en tanto que 95% asiste a

exámenes de laboratorio, el resto 5% refieren “sentir miedo o creer que no es necesario realizarlos” “afrentamiento dirigido a la emoción”, mientras que en el rubro de la asistencia a pláticas educativas el 47% asiste, el resto 53% refiere no asistir porque “siempre les dicen lo mismo o por considerar no tener tiempo” “afrentamiento dirigido a la emoción” (figura 5).

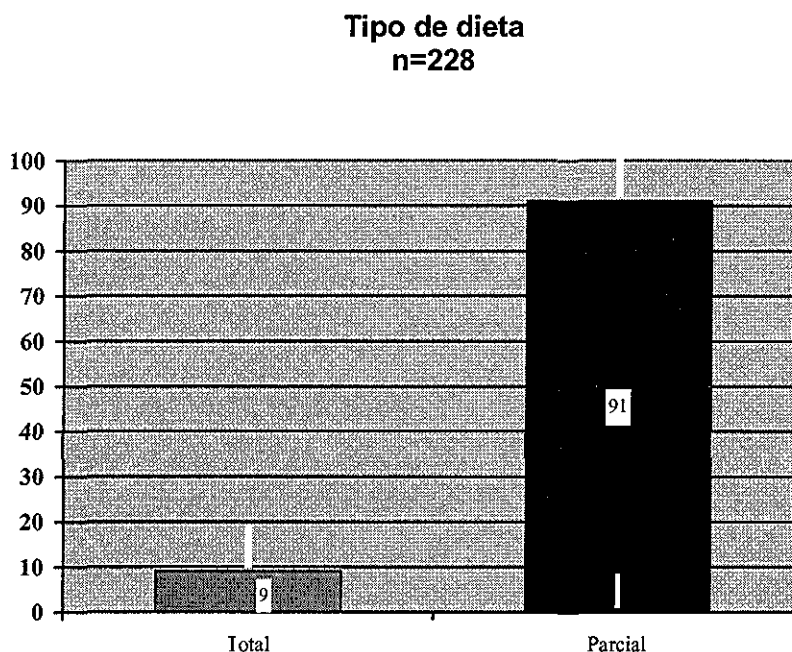


Figura 6. Distribución porcentual del tipo de dieta

Con relación a la variable ejercicio, de los pacientes que reportan realizarlo (49% n=172) “afrentamiento dirigido al problema”, el 56% (n=96) realiza una actividad moderada que consiste en movimientos de brazos o piernas; y el 44% (n=76) el indicado por el médico: caminata de tres a cinco veces por semana durante 30 minutos (figura 7).

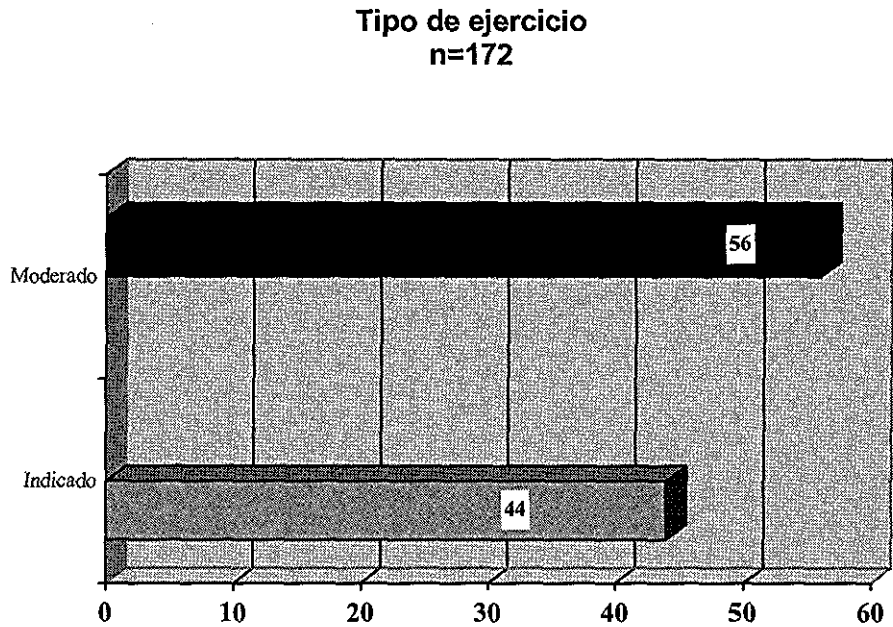


Figura 7. Distribución porcentual del tipo de ejercicio

Respecto a la variable asistencia a las pláticas, tenemos que del 47% que sí asiste (n=165) "enfrentamiento dirigido al problema", el 92% lo hace cuando va a consulta médica, el resto (8%) sí lo realiza como una actividad propositiva para ese fin, organizando sus actividades para lograr asistir a la plática, aunque ese día no asista a consulta médica (figura 8).

Afrontamiento a pláticas educativas
n=165

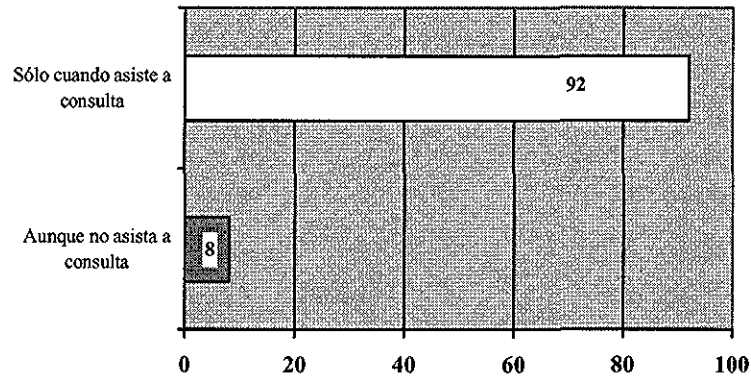


Figura 8. Distribución porcentual del afrontamiento a la variable asistencia a pláticas educativas.

En cuanto al afrontamiento a los estresores del padecimiento, tenemos que en la variable síntomas de la enfermedad el 34% realiza un afrontamiento dirigido al problema, (consulta al médico o toma medicamento); en un 45% está dirigido a la emoción, (se resigna, tiene miedo o se preocupa); y un 21% reportan no tener síntomas. Así mismo, en la variable limitaciones físicas un 14 % consulta un médico o toma medicamento (afrontamiento dirigido al problema); un 18% se resigna, se entristece o se enoja (afrontamiento dirigido a la emoción); y un 68% refiere no presentar limitaciones físicas. Respecto a la variable dependencia, un 4% solicita ayuda a los familiares o el paciente apoya económicamente a la familia para que lo atiendan (afrontamiento dirigido al problema); un 13% se resigna o se entristece (afrontamiento dirigido a la emoción) y un 83% reportan que no son

dependientes a causa de su enfermedad. En relación a la variable disfunción sexual se encontró que el 5% consulta a un médico o lo platica con su pareja (afrentamiento dirigido al problema); un 10 % se resigna, lo realiza a fuerza o lo evita (afrentamiento dirigido a la emoción) y un 85 % reportan no presentar este problema (figura 9).

¿Qué hace usted cuando . . .

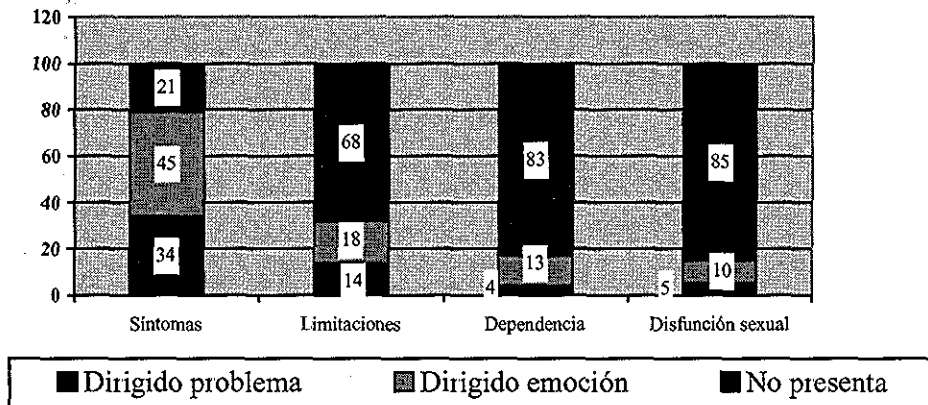


Figura 9. Distribución porcentual del tipo de afrontamiento a los estresores potenciales del padecimiento.

4. Factores personales. Creencias acerca del padecimiento.

Las creencias que se midieron respecto al padecimiento fueron acerca de la causa de su enfermedad, del control general sobre la enfermedad, de la autoeficacia sobre el padecimiento, las expectativas que tenían acerca del tratamiento médico, la autoeficacia para llevar dieta y hacer ejercicio, del tipo de locus de control, del nivel de conocimiento acerca del padecimiento y del conocimiento sobre el control del mismo.

Creencias acerca de las causas del padecimiento. De acuerdo con la figura 10, la principal causa del padecimiento la atribuyen a las mortificaciones (emoción negativa) con un porcentaje del 55 %, a las causas fatales (destino, mala suerte, dios) con un 19%; y a los hábitos y a la herencia les atribuyen el mismo porcentaje (13%).

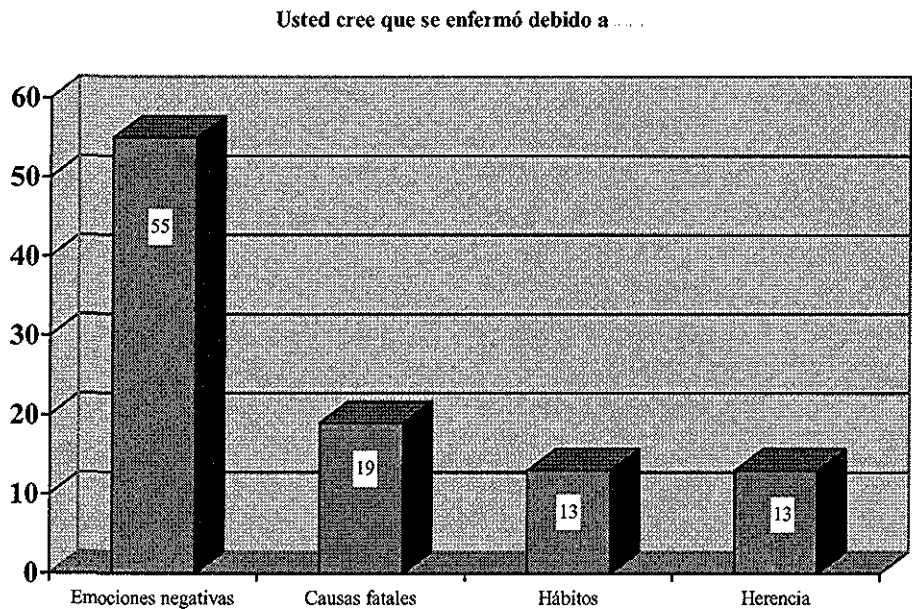


Figura 10. Distribución porcentual de las creencias acerca de la causa del padecimiento.

Percepción del control general del padecimiento. En cuanto a las creencias acerca de la percepción del control general de su padecimiento se encontró que el 69% considera que con el medicamento se controla su enfermedad; el 18% con dieta, el 3% con ejercicio y el 10% asistiendo a consulta médica (figura 11).

¿Cree usted que su enfermedad se pueda controlar? ¿De qué manera?

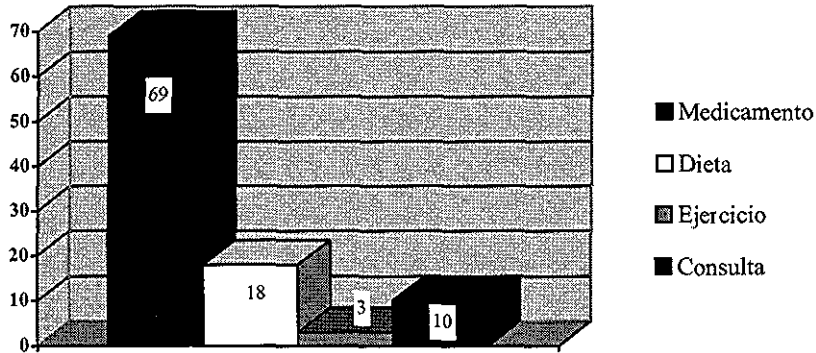


Figura 11. Distribución porcentual de la percepción del control general del padecimiento.

Percepción de autoeficacia en el control del padecimiento. Respecto a la variable autoeficacia en el control del padecimiento los resultados mostraron que el 69% acepta que puede tomar medicamentos, el 14% que puede hacer dieta, el 1% hacer ejercicio y el 16% asistir a consulta (figura 12).

¿Cree usted que pueda hacer algo para controlar su enfermedad?

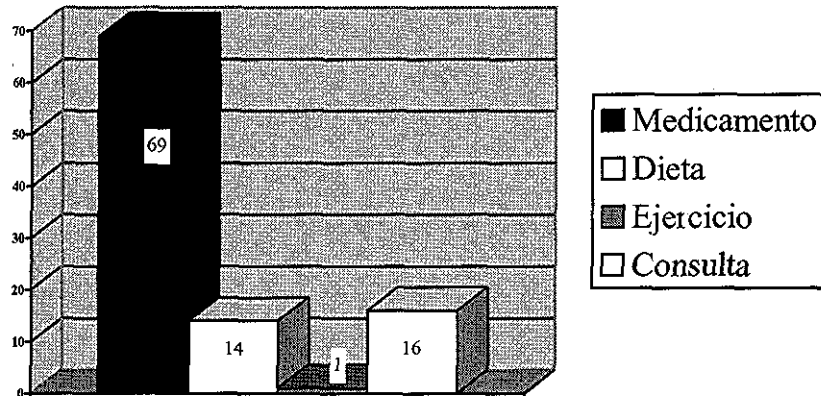


Figura 12. Distribución porcentual de autoeficacia en el control del padecimiento

Percepción de expectativa del tratamiento. Con relación a la variable expectativa del tratamiento se encontró que el 50% espera estar sin

síntomas, el 28% curarse, el 18% sentir una mejora y el 4% no espera nada del tratamiento médico (figura 13).

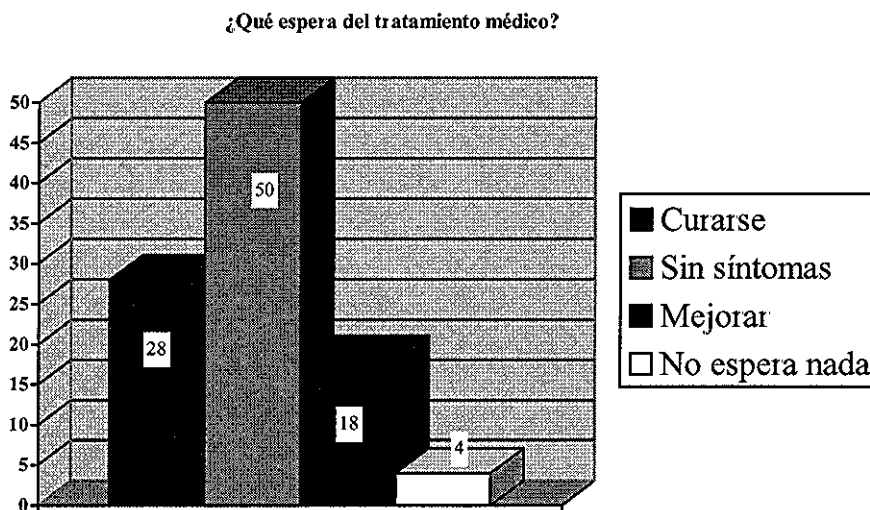
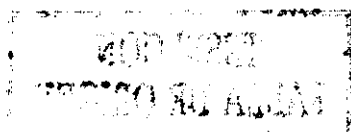


Figura 13. Distribución porcentual de la expectativa del tratamiento médico.

Percepción de autoeficacia en la adherencia al tratamiento. Continuando con la descripción de creencias, en seguida se muestran las relacionadas con la autoeficacia para hacer dieta y ejercicio, obteniéndose los siguientes resultados: el 65% de los participantes se creen capaces de llevar dieta y del 35% restante (n=122), que no se cree capaz de llevarla, aducen como principal explicación que es “por razones económicas” con un 68%; y atribuyen tanto a la creencia de enfermarse como a la creencia de que es un sacrificio un 16% respectivamente (figuras 14 y 15).



¿Cree usted ser capaz de llevar una dieta?

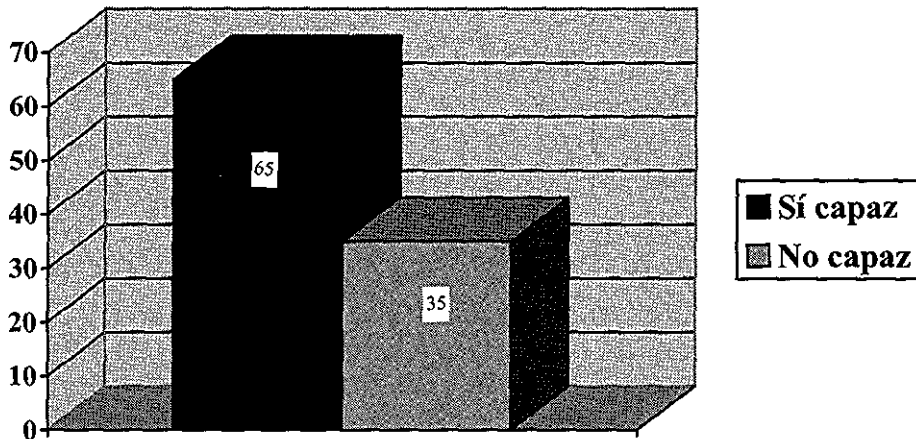


Figura 14. Distribución porcentual de la autoeficacia para llevar dieta

¿Por qué no se cree capaz?
n=122

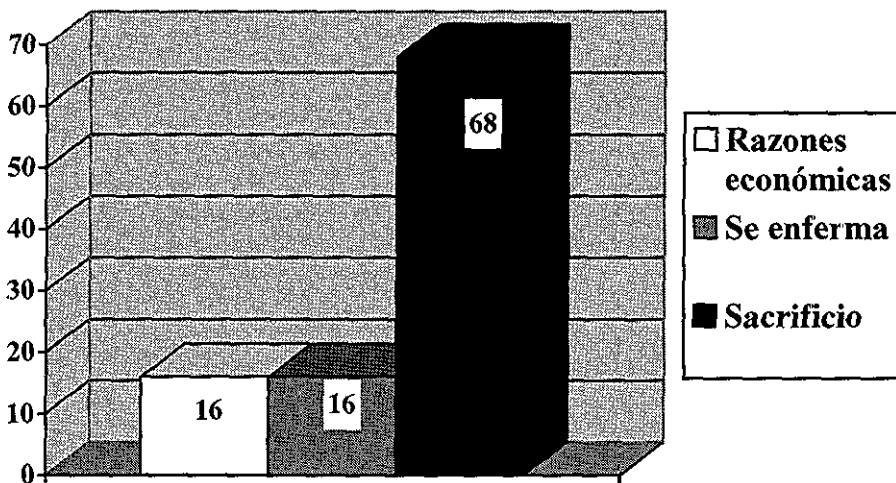


Figura 15. Distribución porcentual de la no autoeficacia para llevar dieta

En tanto que en la variable ejercicio los resultados indican que respecto a la autoeficacia para hacerlo el 51% sí se cree capaz y del resto 49% (n=172), que no se siente capaz, la explicación principal de no realizar ejercicio lo atribuye a que presenta síntomas de su padecimiento que impiden hacerlo con un 64%, un 17% opina que "le falta tiempo" y un 19% que "no se lo propone" (figuras 16 y 17).

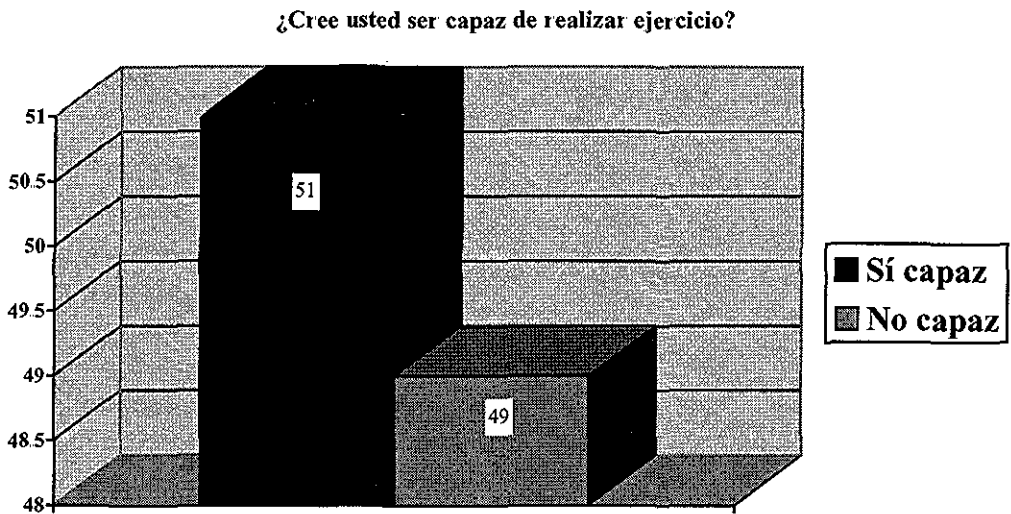


Figura 16. Distribución porcentual de autoeficacia para realizar ejercicio

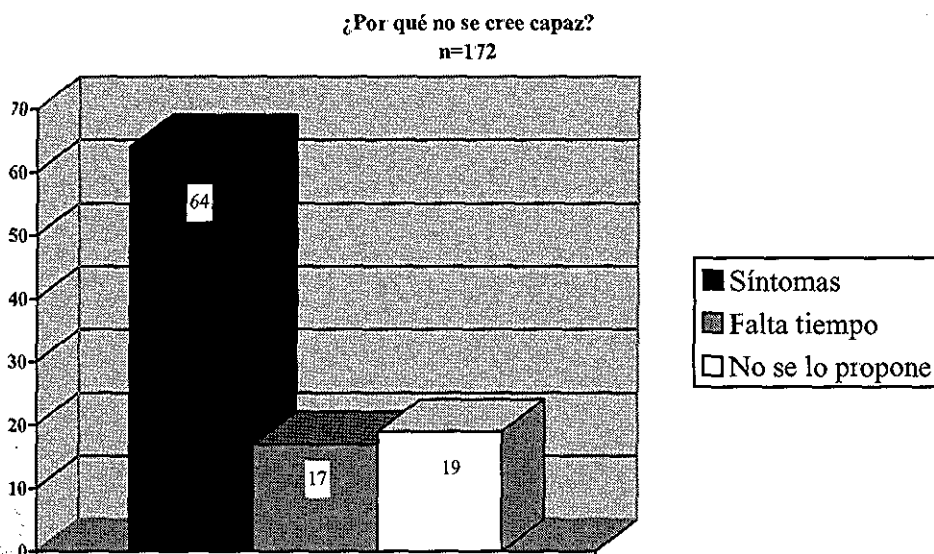


Figura 17. Distribución porcentual de la no autoeficacia para realizar ejercicio

Percepción del locus de control. La percepción del locus de control se midió con una escala elaborada ex profeso para este estudio. La versión final de esta escala cuenta con 38 reactivos tipo Likert, con cinco opciones de respuesta. Las afirmaciones favorables se codificaron 1=completamente en desacuerdo, 2= desacuerdo, 3= ni de acuerdo, ni en desacuerdo, 4= de acuerdo, 5= completamente de acuerdo; en tanto que en las afirmaciones desfavorables al locus de control interno la codificación se invirtió de tal manera que un puntaje alto se interpretaba como favorable (locus de control interno) y uno bajo como desfavorable (locus de control externo) (ver anexo 1). Se obtuvo una \bar{X} 1.84 con D.E 0.29, por lo que esta muestra se ubica dentro del locus de control externo. La consistencia interna de esta escala fue: Alpha de Cronbach= 0.83.

Autoestima. Para explorar la autoestima de la muestra de estudio se aplicó el cuestionario modificado de Rosenberg, el cual es una versión adaptada de Walker y Greene, 1986, citada en Rivera-Sánchez, 1996, que consta de 6 afirmaciones a las cuales el sujeto indica qué tanto el ítem describe sus sentimientos. Los ítems son tipo Likert cuyos rangos van del 1 al 5, siendo para las afirmaciones favorables: 1=nunca cierto, 2=rara vez cierto, 3= algunas veces cierto 4=frecuentemente cierto y 5= casi siempre cierto; los ítems desfavorables 3 y 5 se califican en sentido inverso, de tal manera que a mayor puntuación mejor autoestima (ver entrevista anexo 1). Se obtuvieron los siguientes resultados: una \bar{X} de 4.04 con D. E. = 0.58 y un coeficiente Alpha= 0.74; por lo que esta muestra alcanza un puntaje correspondiente a buena autoestima.

5. Factores situacionales. Conocimiento sobre el padecimiento.

Esta variable fue medida por medio de las preguntas hechas a los pacientes acerca de los cuidados y tratamientos indicados por el médico al diagnosticarle su padecimiento. Se preguntaba sobre las cifras normales de la variable fisiológica de su padecimiento y sobre cómo sabían cuando estaba controlada su enfermedad. La categorización produjo doce variables a considerar: información sobre disminución de bebidas alcohólicas, pláticas educativas, eliminación de obesidad, control emocional, cuidados higiénicos, dieta, ejercicio, toma de medicamento, nivel normal de la variable, resultados de laboratorio, resultados de mediciones y conocimiento acerca de cómo sabían que tenían controlado su padecimiento. En cuanto a los aspectos en

los que mejor estaban informados fueron: con relación a la dieta (80 %), al medicamento (49 %), al ejercicio (47 %) y al control emocional (45 %) en ese orden. En menores porcentajes tenían conocimiento de: control de peso un 36%, de los resultados de las mediciones de presión arterial o de glucosa un 28%, del conocimiento acerca del nivel normal de la variable presión arterial o glucosa un 19%, de asistir a pláticas educativas un 18%, del conocimiento acerca de cómo percibían el control del padecimiento 18%, de la necesidad de disminuir bebidas alcohólicas y café un 17% de cuidados higiénicos un 16% y de los resultados de laboratorio un 10% (figura 18).

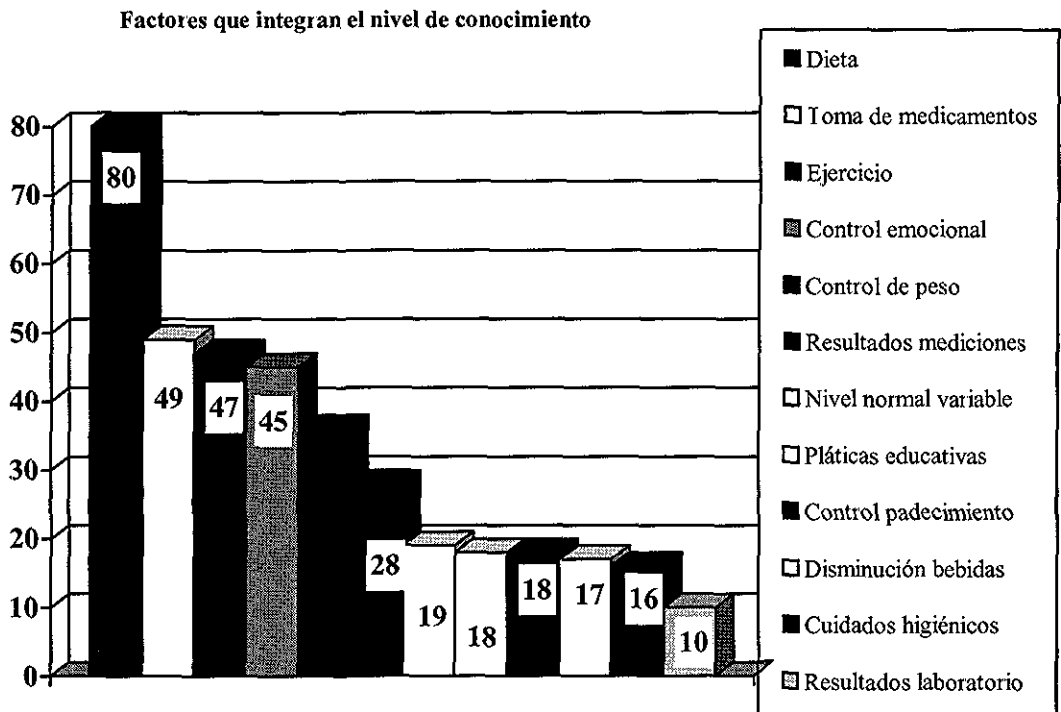


Figura 18. Distribución porcentual del conocimiento acerca del padecimiento y su control.

Respecto a cómo sabían que tenían controlado su padecimiento el porcentaje mayoritario fue el no presentar síntomas (64%), con el control de la variable (nivel normal de la presión arterial o de la glucosa) un 18%, experimentando una emoción positiva (deseos de trabajar, tranquilidad) un 8% y un 10% reportó ignorarlo (figura 19).

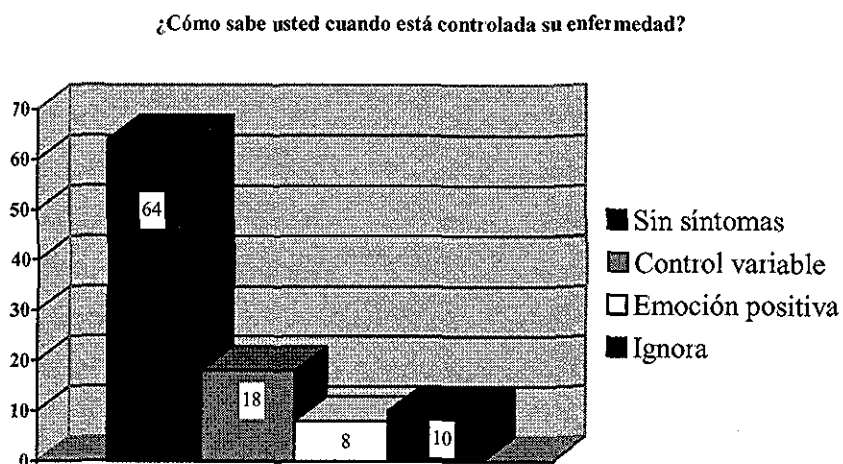
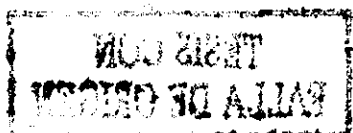


Figura 19. Distribución porcentual del conocimiento acerca del control del padecimiento.

Para efecto del análisis cada variable se calificó con un punto cuando la respuesta fue acertada, siendo la puntuación del 1 al 12; a mayor puntuación mayor nivel de conocimiento. Para efecto de facilitar la interpretación la puntuación total se subdividió en 3 categorías: 1 a 4 nivel bajo, 5 a 8 nivel medio y 9 a 12 nivel alto. Como se observa en la figura 20, el



56% se encontró en un nivel bajo de conocimiento, el 38% en nivel medio y el 6% en nivel alto.

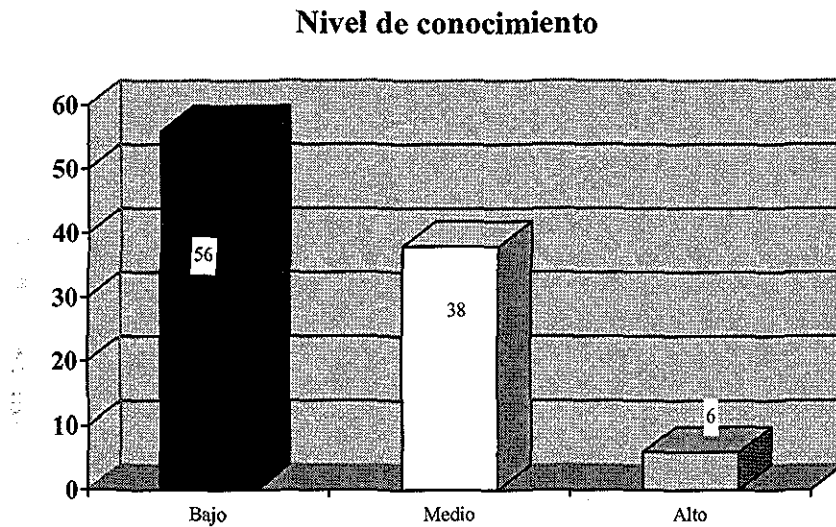


Figura 20. Distribución porcentual del nivel de conocimiento.

6. Recursos sociales. Apoyo social.

Para medir esta variable se realizaron siete preguntas que investigaban acerca de quién o quiénes eran la o las personas más importantes en la vida del paciente, si esa persona lo apoyaba en el padecimiento, de qué manera; y si el paciente pertenecía a algún grupo (ver anexo 1). Se encontró que el 73% mencionaba que las personas más importantes eran sus hijos y el 27% su cónyuge (figura 21). En cuanto a quién los apoyaba en el cuidado del padecimiento, el porcentaje mayoritario (34%) fue para el cónyuge; el 21% reportó que sus hermanos; y el 12% sus

amistades; y un 33% respondió que no recibía esta clase de apoyo (figura 22). Del total de los que respondieron que sí recibían apoyo (67% n=234) el 45% reporta que es con cuidados en su padecimiento, como por ejemplo “llevarlos a la cita médica” “recordarles el horario de los medicamentos” “prepararles dieta especial” así como “recordarles lo que no deben comer”; el 12 % económico, el que consistía en proporcionarles el dinero para sus gastos y el 43 % emocional, apoyo que tiene que ver con proporcionar consuelo, afecto y cariño (figura 23).

En este momento de su vida ¿Qué persona o personas son las más importantes para usted?

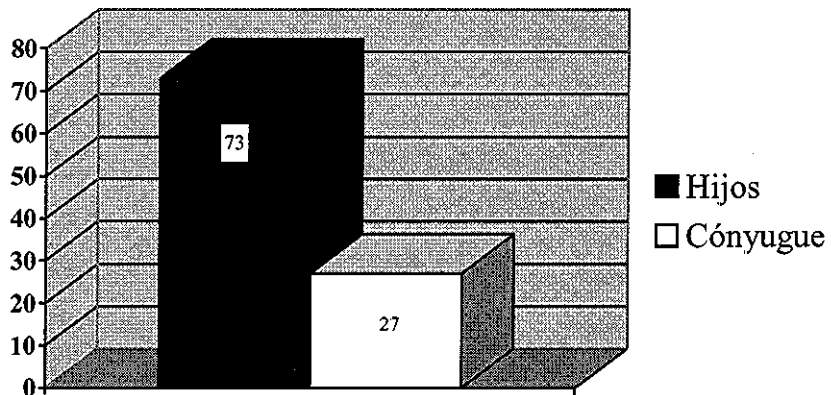


Figura 21. Distribución porcentual de la persona más importante.

¿Recibe apoyo en el cuidado de su padecimiento? ¿de quién?

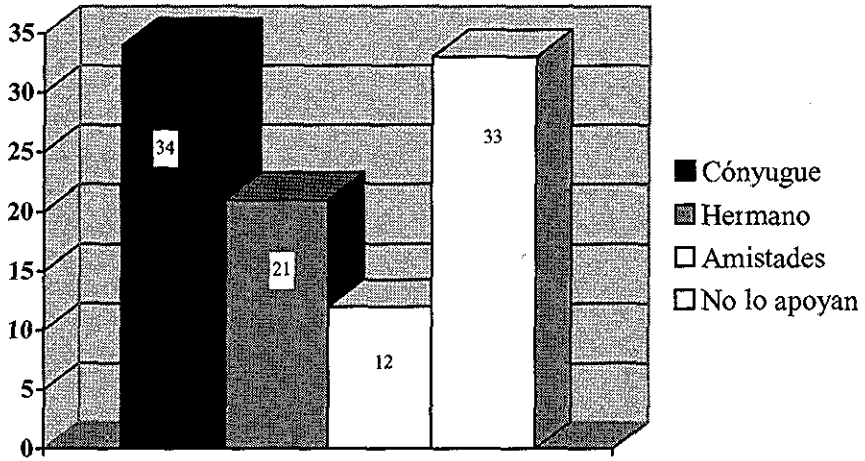


Figura 22. Distribución porcentual de la persona que más apoya en el cuidado del padecimiento

¿De qué manera recibe apoyo?
n=234

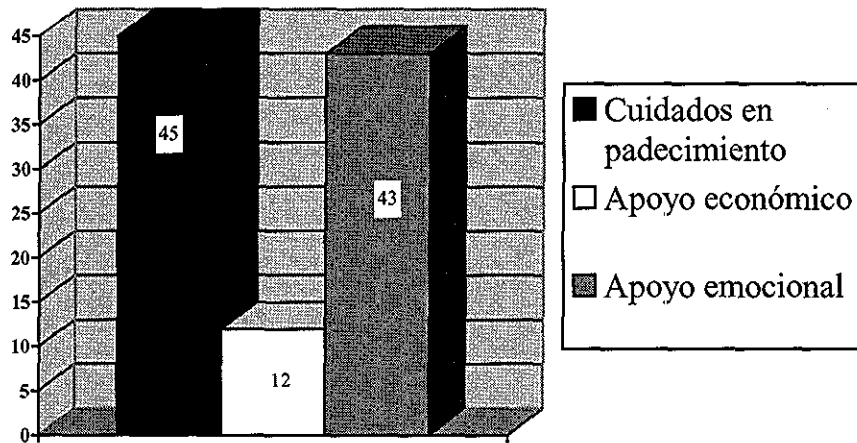


Figura 23. Distribución porcentual del tipo de apoyo

En cuanto al grupo de pertenencia, el 35% respondió afirmativamente, de ellos el 88% pertenecía a grupos religiosos y el 12% a grupos sindicales (figura 24).

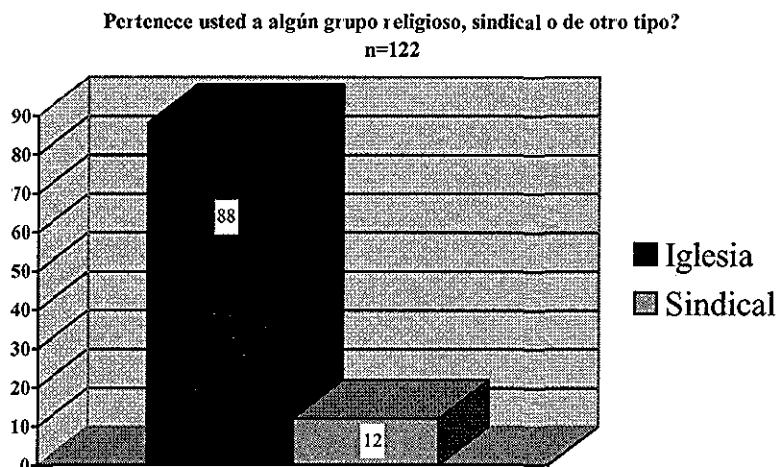


Figura 24. Distribución porcentual del tipo de grupo al que pertenecen

Relación médico paciente. La relación médico paciente se midió con nueve preguntas (elaboradas ex profeso para esta investigación por el médico participante en el estudio) con tres opciones de respuesta, en donde 1=nunca, 2= a veces y 3= siempre. Las preguntas estaban formuladas con relación al trato cortés, atento y de respeto del médico hacia el paciente, así como con la calidad de atención indispensable en una entrevista médica, por ejemplo: “el trato del médico es respetuoso cuando lo consulta y examina”; “cuando el médico le explica algo sobre su enfermedad lo hace con términos o palabras que Ud. Entiende” (ver entrevista anexo 1). De esta manera a mayor puntaje mejor relación médico paciente. Se obtuvo un coeficiente Alpha= 0.87 y una mediana=2.51 percentil²⁵=1.50 percentil⁷⁵=2.64. De

acuerdo con el resultado obtenido, la muestra mostró tener una buena relación médico paciente.

7. Consecuencias a corto y largo plazos.

Adherencia al tratamiento. Para la medición de la variable adherencia al tratamiento, se tomaron en cuenta los siguientes aspectos: dieta, ejercicio, asistencia a pláticas educativas, toma de medicamento y control de peso. Para este rubro se pesó y midió a cada uno de los participantes y se tomaron las medidas de cintura y cadera, obteniéndose así los índices de masa corporal ($IMC=Kg/m^2$) y de cintura y cadera ($ICC=C/C$). Se aplicaron los siguientes criterios. Punto de corte: para los hombres un $IMC \geq 27$ = obesidad; y para las mujeres $IMC \geq 25$ = obesidad, Garrow, citado en Cano y Trilla (1994). Los resultados porcentuales son los siguientes: no cumplen: a) con la dieta el 94%; b) con el ejercicio el 56 %; c) con la asistencia a las pláticas educativas el 53%; d) con la toma del medicamento el 2%; y e) con el control de peso el 85% (figura 25).

Adherencia al tratamiento

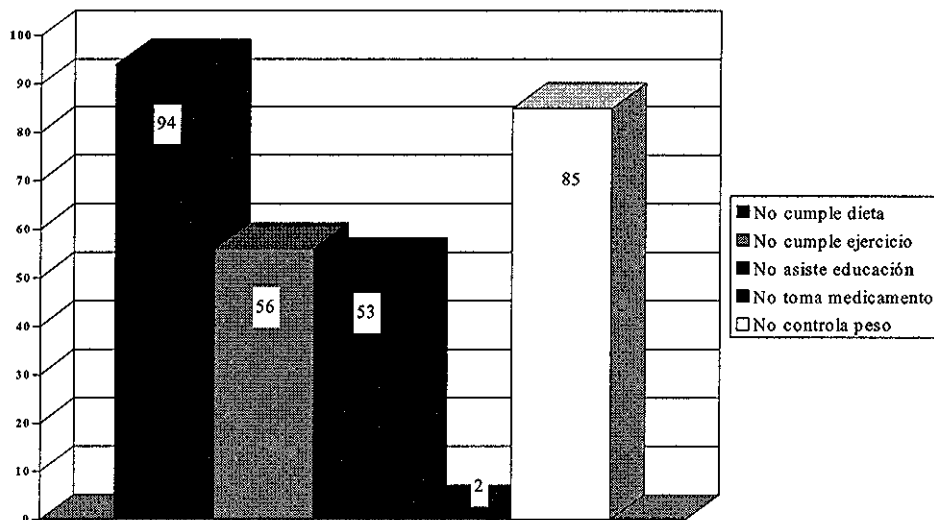


Figura 25. Distribución porcentual de la adherencia al tratamiento

Control del padecimiento. La obtención de los datos de la variable control del padecimiento se obtuvo directamente de los expedientes de los pacientes que participaron en el estudio. Se procedió a la obtención del promedio de las cifras de los tres últimos resultados de laboratorio de glucosa, colesterol y triglicéridos, también se obtuvo el promedio de las tres últimas cifras de la presión arterial. Además, se investigó, si en los expedientes aparecía registrado el síntoma de dolor precordial, tomando en cuenta los seis meses anteriores a la entrevista. Los criterios para determinar que había control del padecimiento fueron los siguientes: para la variable glucosa se consideró normal de 80 a 110 mg/dl y descontrol (hiperglucemia) >110 mg/dl; para la variable colesterol el criterio de normalidad fue de 115 a 200 mg/dl y descontrol (hipercolesterolemia) > 200 mg/dl; respecto a la variable triglicéridos el nivel normal fue en el rango de 48 a 200 mg/dl y descontrol

(hipertrigliceridemia) >200 mg/dl; en cuanto a la presión arterial el rango de normalidad para la presión sistólica fue de 120 a 139 mmHg y descontrol (hipertensión sistólica) > 140 mmHg; para la presión arterial diastólica el rango normal fue de 80 a 89 mmHg y descontrol hipertensión diastólica > 90 mmHg. Como se muestra en la figura 26 se encontró que el 51% de la muestra presentaba hipertensión sistólica, el 32% hipertensión diastólica, el 28% hiperglucemia, el 25% hipercolesterolemia, el 14% hipertrigliceridemia y el 5% el síntoma de dolor precordial. Cabe mencionar que hubo expedientes que no tenían resultados de laboratorio ni registros de presión arterial. Así tenemos sin registro de: presión arterial (4%); glucosa (48%); colesterol (62%); y triglicéridos (66%).

Control del padecimiento

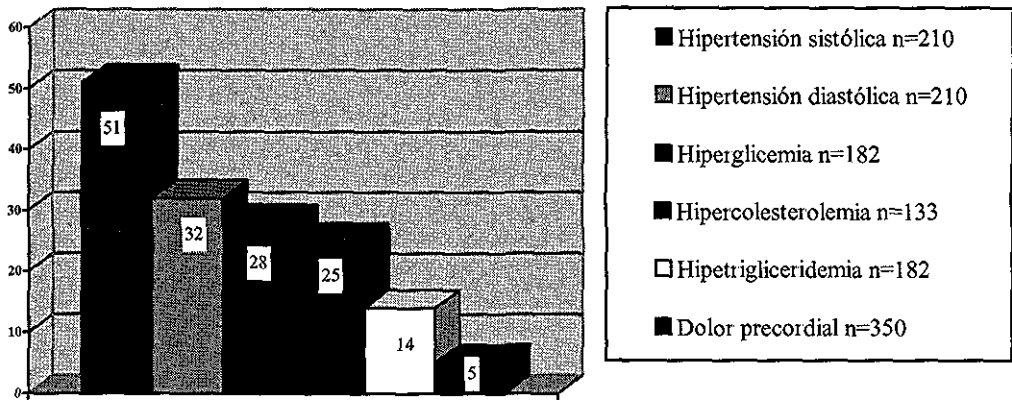


Figura 26. Distribución porcentual de las variables que forman el control del padecimiento.

8. Adaptación.

Nivel de estrés. Esta variable fue medida con un cuestionario elaborado ex profeso para esta investigación que consta de 11 preguntas acerca de cómo afectaban emocionalmente a los pacientes los eventos relacionados con el

padecimiento que se convierten en estresores potenciales. Estas preguntas son de respuesta cerrada y con 5 opciones, que van desde 1=nada, 2=poco, 3=regular, 4=mucho y 5=muchísimo, a mayor puntaje mayor estrés; así como tres preguntas abiertas acerca de algún evento que consideraran particularmente estresante y si tenían presión familiar y por qué; y cuánto les afectaban emocionalmente estos hechos, utilizando la misma escala de las preguntas cerradas (véase entrevista en anexo 1).

En cuanto a la escala de estrés compuesta por preguntas cerradas, arrojó un coeficiente Alpha= 0.77 y una \bar{X} de 1.76 con D.E. 0.52, que ubica a la muestra entre las respuestas 1=nada y 2=poco, lo que indica que las variables medidas les afectan poco. El principal evento estresante fue la muerte de familiares con un 28%, mortificación por complicación de su enfermedad con un 9%, conflicto de pareja 8%, problemas con hijos 13%, problemas económicos 3% y un 39% reportó no haber tenido eventos estresantes (figura 27).

A partir de que se enfermó ¿le ha sucedido a usted ó a su familia alguna situación que considere muy dolorosa?

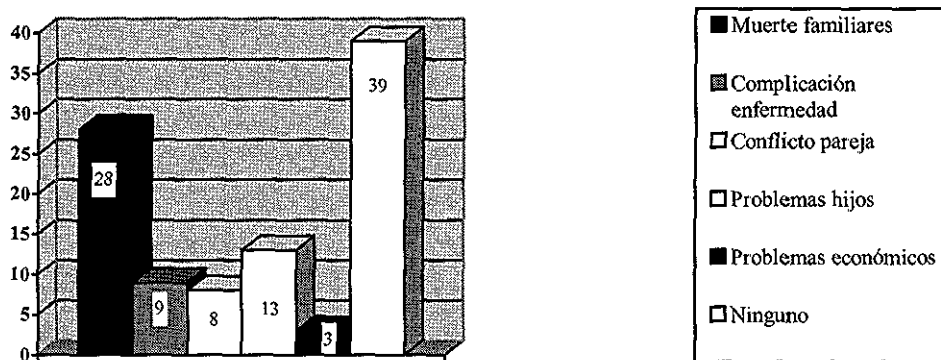


Figura 27. Distribución porcentual de eventos estresantes.

Solamente el 15% de los participantes consideró que su familia le presionaba, de ellos el 10% reportó ser presionado por conflicto con su pareja, el 4% conflicto con los hijos y un 1% informó que lo presionaba su familia con los cuidados de su padecimiento (figura 28).

¿De qué manera le presiona su familia?

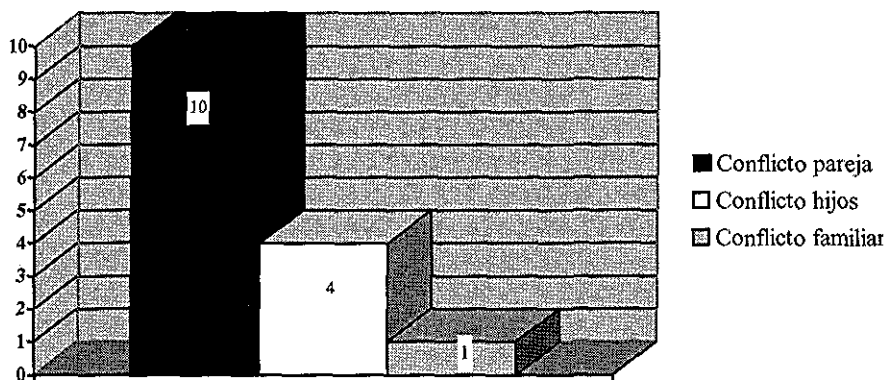


Figura 28. Distribución porcentual del tipo de presión familiar.

Funcionamiento social. Esta variable fue medida a través de 9 preguntas abiertas que indagaban varios aspectos de la vida del paciente relacionados con su padecimiento; desde si tenían limitaciones físicas por los síntomas de su padecimiento, problemas en su relación sexual, dependencia física por su padecimiento, complicaciones del mismo, autocuidado (capacidad para vestirse, asearse o comer), impedimento para caminar, capacidad para salir a arreglar asuntos personales, asistir a reuniones familiares o sociales y capacidad para asistir a reuniones religiosas (véase entrevista en anexo 1).

La distribución porcentual de estos aspectos es como sigue: la limitación física con mayor porcentaje fueron los síntomas del padecimiento con un 23%; un 6% reportó complicaciones del mismo; el 22% informó que tiene un problema sexual; el 18% manifestó que depende de alguien; sólo el 1% no puede realizar conductas de autocuidado; el 21% tiene una limitación para caminar, el 10 % no sale a arreglar sus asuntos; y el mismo porcentaje (47%) no asiste a reuniones familiares y religiosas (figura 29).

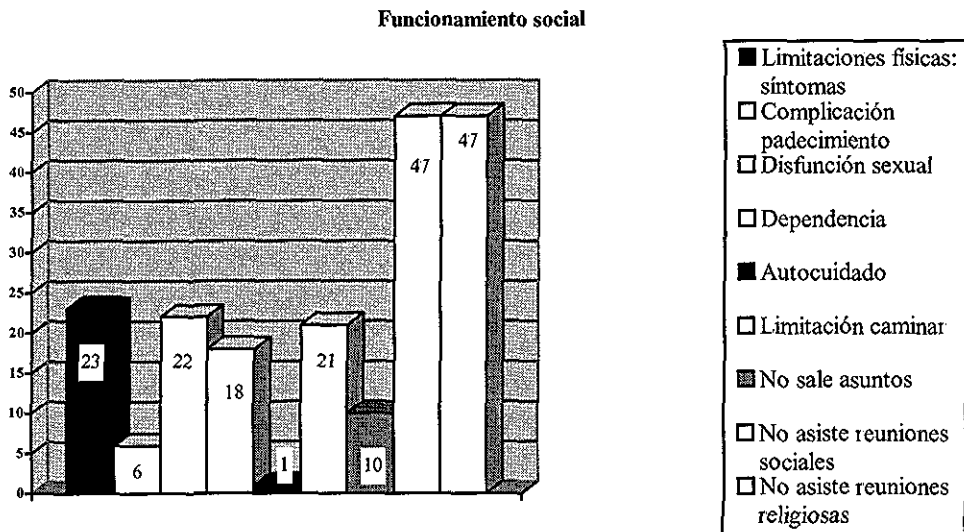


Figura 29. Distribución porcentual de las categorías de funcionamiento social

Con el objetivo de identificar a la muestra en un nivel de funcionamiento social, las variables antes descritas se codificaron como sigue: con 1 si tenían problemas o limitaciones físicas y con 0 si no los tenían, por lo que se obtuvo una escala del 1 al 9, siendo a mayor valor menor nivel de funcionamiento. En los análisis se obtuvo una mediana= 2.00 percentil ²⁵= 1.00 percentil ⁷⁵=4.00. Para obtener el nivel de funcionamiento social el puntaje total se subdividió en las siguientes categorías: de 1 a 3 = buen funcionamiento, de 4 a 6 regular funcionamiento; de 7 a 9, mal funcionamiento. Los resultados mostraron que el mayor porcentaje correspondió a la categoría de buen funcionamiento con un 85%, siguiéndole

la de regular funcionamiento con un 13% y solamente un 2% en la categoría de mal funcionamiento (figura 30).

Nivel de funcionamiento social

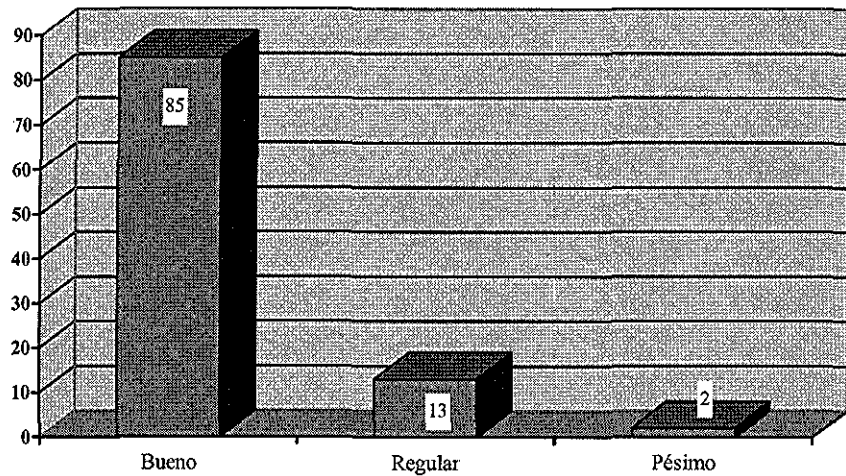


Figura 30. Distribución porcentual del nivel de funcionamiento social.

Depresión. Para medir esta variable se utilizó la escala de depresión de Zung, citada en Martina-Casullo, 1996, que cuenta con 20 reactivos los cuales miden síntomas de depresión. Las respuestas son de opción múltiple del 1 al 5 donde se califican: 1= nunca, 2= muy pocas veces, 3= algunas veces, 4= la mayor parte del tiempo, 5= continuamente, de tal manera que se interpreta a mayor puntaje mayor depresión. Los resultados mostraron un coeficiente Alpha= 0.80 y una media de \bar{X} = 1.89, D.E.= 0.40, por lo que mostraron un nivel de depresión mínimo.

Ansiedad cognoscitiva somática. La variable ansiedad cognoscitiva somática se midió con el cuestionario de Schwart, Davison y Goleman, (1978), traducido, adaptado, validado y confiabilizado por Domínguez-Trejo y Valderrama-Iturbe (1994). El cuestionario está compuesto por 14 reactivos, de los cuales 7 exploran el aspecto cognoscitivo y 7 el somático. Cada uno de los reactivos, es contestado de acuerdo con una escala de tipo Likert del 1 al 5 donde 1= nada, 2=poco, 3=regular, 4=mucho y 5= bastante. Siendo a mayor puntaje mayor nivel de ansiedad. Los resultados arrojaron un coeficiente Alpha = 0.90 y una \bar{X} = 2.46, D.E.= 0.85. De acuerdo con la media puede decirse que los pacientes de este estudio mostraron tener poca ansiedad.

Nivel de calidad de vida. Esta escala fue elaborada por Flanagan (1978) y mide 15 aspectos de la vida con dos subescalas : importancia y satisfacción. Contiene respuestas de opción múltiple donde 1= nada importante , nada satisfecho; 2=poco importante, poco satisfecho, 3=moderadamente importante, moderadamente satisfecho, 4= importante, satisfecho y 5= muy importante, muy satisfecho. Los puntajes se interpretan de tal manera que a mayor puntaje mayor importancia y satisfacción. Para obtener el nivel de calidad de vida se restó el puntaje de importancia al de satisfacción en cada reactivo, los puntajes se interpretan como sigue: -5,+5= nada de calidad; -4,+4= muy baja calidad; -3,+3= poca calidad; -2,+2= regular calidad; -1,+1= buena calidad; 0= óptima calidad. Se obtuvo un Alpha = 0.89 y una \bar{X} .000 con D.E.= .426 lo que indica que la muestra de estudio se encuentra en el nivel de óptima calidad de vida.

Estilo de vida. En la exploración del estilo de vida se preguntaba por la presencia de ciertos hábitos, tales como fumar y beber, así como por la condición del apetito y formas de diversión. Un pequeño porcentaje de los pacientes fumaba (7%) y el 16 % tomaba bebidas alcohólicas. El 18% dijo tener disminuído su apetito. Por otra parte el 77% se divierte diariamente, de ellos el 61% lo hace con la actividad pasiva “ver televisión” (figura 31).

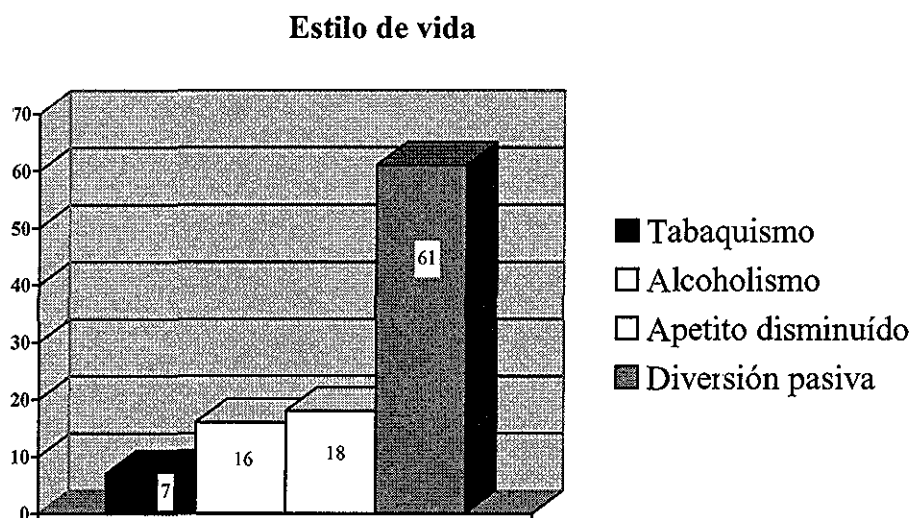


Figura 31 Distribución porcentual de las variables relacionadas con el estilo de vida.

II. Análisis inferenciales.

1.Comparación de medias. Se realizaron análisis de comparación de medias con la prueba de Kruskal-Wallis, cuando se tomó la variable padecimiento como variable independiente y Prueba de Mann-Whitney, cuando la variable sexo fue la variable de clasificación. El resto de las variables se consideraron como dependientes: variables sociodemográficas

(cinco); variables relacionadas con el padecimiento (dos); medidas antropométricas (dos); evaluaciones cognoscitivas de los estresores potenciales del padecimiento (doce); afrontamiento de los estresores potenciales (once); creencias acerca del padecimiento (nueve); apoyo social (cuatro); evento estresante (dos); nivel de estrés; nivel de funcionamiento social; adherencia al tratamiento (cinco); control del padecimiento (seis); variables relacionadas con el estilo de vida (cuatro); relación médico paciente; nivel de autoestima; nivel de calidad de vida; ansiedad cognoscitiva y somática y nivel de depresión. Fueron en total 69 variables dependientes.

Los resultados obtenidos con la prueba de Kruskal-Wallis, (variable de clasificación: tipo de padecimiento) mostraron diferencias significativas únicamente en la variable: tipo de grupo de pertenencia ($X^2= 9,406$ gl 2 $p= .009$), la diferencia se mostró porque los diabéticos acudían en mayor porcentaje al grupo religioso (86%) en comparación con los hipertensos que acudían casi en la misma proporción tanto a grupos religiosos (54%) como a grupos sindicales (46%).

En el caso de la prueba de Mann-Whitney U, (variable de clasificación: sexo) se encontraron diferencias significativas en las variables consideradas dependientes: evaluación cognoscitiva del padecimiento en el momento del diagnóstico, ya que hubo un mayor porcentaje de mujeres (68%) que consideraron "amenazante" el diagnóstico del padecimiento, en comparación con los hombres (52%); nivel de conocimiento debido a que los hombres resultaron con un mayor porcentaje (62%) en el nivel de conocimiento "bajo",

en comparación con las mujeres (54%); tipo de grupo de pertenencia la diferencia se dio en el sentido de que las mujeres acuden más a grupos religiosos (72%) y los hombres a grupos sindicales (54%) (tabla 7).

Tabla 7

Distribución porcentual y prueba de Mann-Whitney U de las variables evaluación cognoscitiva del padecimiento en el momento del diagnóstico, nivel de conocimiento y tipo de grupo

	HOMBRES	MUJERES	
Categorías	%	%	Mann-Whitney U
Evaluación cognoscitiva del padecimiento en el momento del diagnóstico	52	68	Z= -2.933 p=0.003
Nivel de conocimiento	62	54	Z= -2,096 p=0.036
Tipo de grupo	54	72	Z= -2,664 p=0.008

Así también, se encontraron diferencias significativas en tres cuestionarios que midieron la ansiedad cognoscitiva y somática, depresión y estrés, resultando que las medias de la submuestra hombres fueron menor en comparación con las obtenidas por la submuestra mujeres (tabla 8). Como se observa, aunque se encontraron diferencias significativas en la comparación de medias, tanto en la submuestra de hombres como en la de mujeres las medias no se ubicaron en niveles de patología.

Tabla 8
Medias y Prueba de Mann-Whitney U de los cuestionarios de Ansiedad cognoscitiva y somática, Depresión y Estrés.

Cuestionarios	Hombres		Mujeres		Mann-Whitney U
	\bar{X}	D.E.	\bar{X}	D.E.	
Ansiedad cognoscitiva y somática. Puntajes del 1 al 5. A mayor puntaje mayor ansiedad.	2.12	0.79	2.59	0.83	Z= -4,943 p=0.000
Depresión. Puntajes del 1 al 5. A mayor puntaje mayor depresión.	1.80	0.38	1.92	0.40	Z= -1,988 p=0.047
Estrés Puntajes del 1 al 5. A mayor puntaje mayor estrés.	1.59	0.51	1.82	0.51	Z= -4,077 p= 0.000

2. Análisis de Regresión Logística.

Se efectuaron análisis de regresión logística tomando como variables dependientes las que componen la adherencia al tratamiento: asistencia a pláticas educativas, toma de medicamentos, cumplimiento en el ejercicio, dieta y control de peso y como variables independientes: evaluaciones cognoscitivas de los estresores potenciales, creencias acerca del padecimiento, nivel de conocimiento, nivel de estrés, apoyo social, funcionamiento social, afrontamiento a los estresores potenciales, escalas de ansiedad, depresión, autoestima, percepción de locus de control, relación

médico paciente y calidad de vida. Se obtuvieron los siguientes resultados: para la adherencia en el cumplimiento del ejercicio, resultaron significativas las variables autoeficacia $OR=13.56$ CI 95 % (3.7969-48.4388); locus de control externo $OR= -.31$ CI 95 % (.1241-7732) y significado del ejercicio "amenazante" $OR= -.12$ CI 95 % (.0167-.7516). En el caso del cumplimiento de la dieta, las variables predictoras fueron: calidad de vida "óptima" $OR=4.30$ CI 95% (1.1213-16.5127), depresión "sin depresión" $OR= 4.40$ CI 95 % (1.2164-15.9306) y la variable autoestima "nivel bueno" $OR= 3.97$ CI 95 % (1.3159-11.9812). Respecto al control de peso, las variables significativas fueron: apoyo familiar $OR= 1.43$ CI 95 % (1.0582-1.9541) y el significado de la dieta "reto" $OR= 2.81$ CI 95 % (1.4132-5.6009) (figura 32).

Posterior a este análisis de Regresión Logística las variables: asistencia a las pláticas educativas, toma de medicamento, cumplimiento con la dieta, con el ejercicio y con el control de peso fueron tomadas como probables factores predictivos en un nuevo análisis, donde las variables dependientes fueron las que componen el control del padecimiento (presión sistólica, diastólica, nivel de glucosa, colesterol y triglicéridos).

En el caso del control del padecimiento, los factores predictores fueron como sigue: para el control de la presión arterial sistólica, la variable significado de la dieta "reto" $OR= 1.74$ CI 95 % (1.0229-2.9841); para el control de la presión arterial diastólica las variables predictoras que aumentan la probabilidad de controlarla fueron: cumplimiento con el ejercicio $OR= 1.33$ CI 95 % (1.0417-1.6992), significado de la dieta "reto" $OR= 1.77$ CI 95 %

(1.0142-3.1121), cumplimiento con la dieta OR=1.84 CI 95 % (1.1371-2.9924), control de peso OR=2.09 CI 95 % (1.3220-3.3273) y relación médico-paciente OR=2.18 CI 95 % (1.1212-4.2391), para el control del nivel de glucosa, la variable predictora fue el control de peso OR=2.88 CI 95 % (1.1747-7.0753), para el control del colesterol el factor predictor fue el control de peso OR=3.00 CI 95 % (1.1909-7.5575) y por último para el control de los triglicéridos el factor predictor fue cumplir con la dieta OR=1.43 CI 95 % (.9945-2.0777) (Figura 32).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

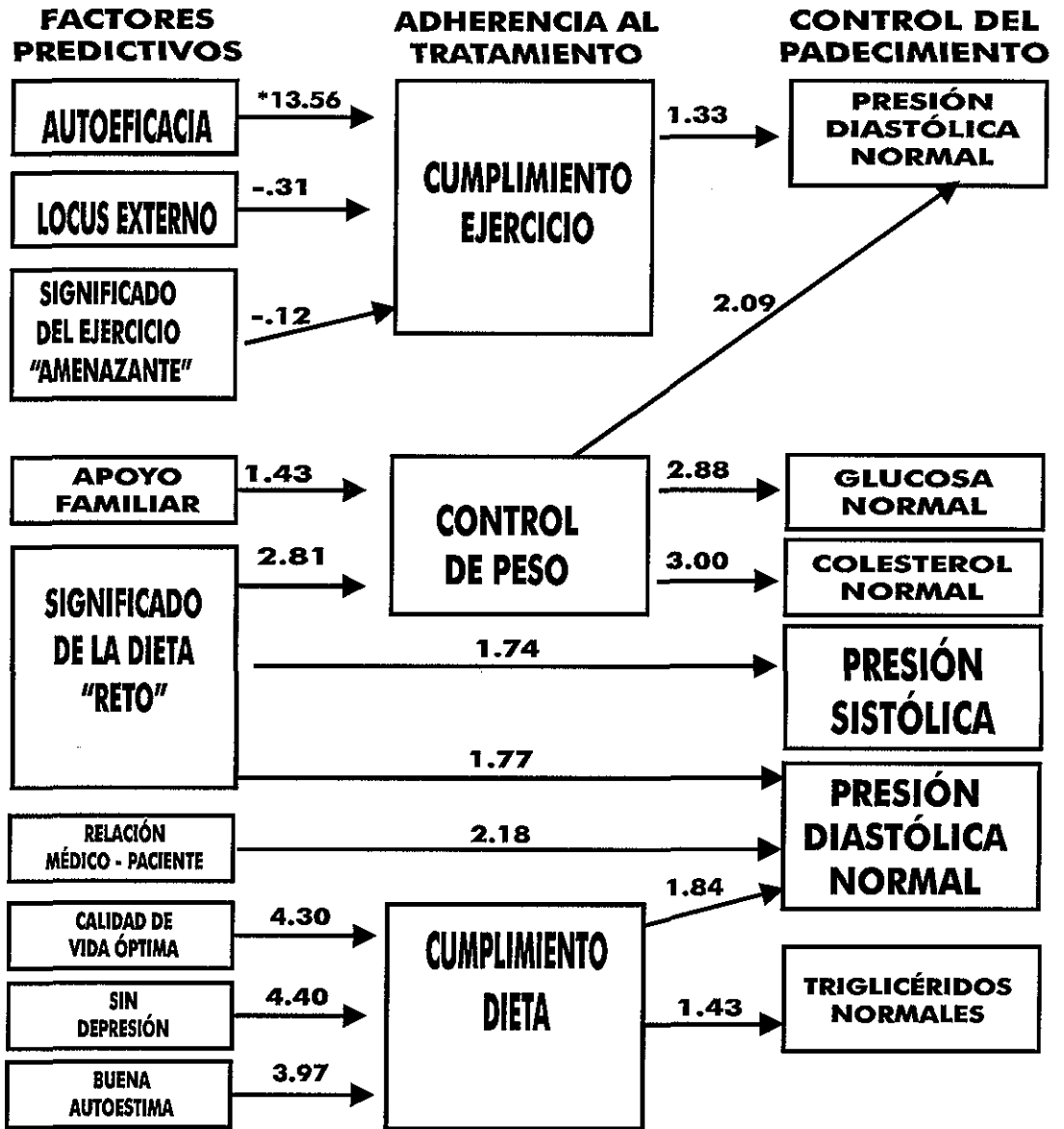


Figura 32. Factores predictivos de la adherencia al tratamiento y del control del padecimiento. Puntajes=OR= Razón de predominio

DISCUSIÓN PRIMERA ETAPA

El propósito del presente estudio fue identificar los factores psicosociales que influyeran en la adherencia al tratamiento y en el control del padecimiento, en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial esencial. Los resultados se interpretan de acuerdo al modelo transaccional del estrés de la enfermedad crónico-degenerativa (figura 2 p. 90) el que está basado en la teoría de Lazarus y Folkman (1991). En este modelo la evaluación cognoscitiva (significado) de un suceso potencialmente estresante como por ejemplo: el padecimiento, la dieta y el ejercicio, es determinante en la forma en que el paciente lo afronte y, por ende, de superarlo o adaptarse a él.

La adaptación es un concepto que ha tenido diferentes significados a través de la historia, en este trabajo se consideraron dos definiciones principales: "la capacidad de una especie y de un animal de sobrevivir y prosperar" (Lazarus y Folkman, 1991, p. 204) y "la capacidad o incapacidad de la gente para modificar su conducta, como respuesta a las cambiantes exigencias del medio ambiente" (Sarason y Sarason, 1988, p. 18). De estas definiciones se aplicó al contexto del paciente crónico degenerativo las palabras capacidad, sobrevivir, prosperar, modificar su conducta y exigencias del medio ambiente, para conceptualizar que la adaptación a los padecimientos crónico degenerativos tiene que ver con adquirir la capacidad para modificar las conductas inadecuadas que les causaron la enfermedad, para sobrevivir y prosperar de acuerdo a las exigencias del medio ambiente.

En razón de los resultados, la población estudiada se consideró con una inadecuada adaptación hacia su padecimiento, ya que la mayoría no mostró adherencia al tratamiento, no llevaba dieta ni realizaba ejercicio, lo que se reflejó en la obesidad encontrada en la mayoría de los participantes, además de que no asistía a las pláticas educativas proporcionadas por la institución (IMSS), favoreciendo todo esto, el descontrol encontrado en ambos padecimientos.

Uno de los primeros elementos del modelo transaccional del estrés de la enfermedad crónico-degenerativa que es necesario analizar es la evaluación que los participantes hicieron del padecimiento en el momento de ser informados de su diagnóstico médico. La mayoría lo percibió como “amenazante”, de tal forma que éste se convirtió en un estresor, ocasionando emociones negativas como miedo y angustia y afrontándolo con los factores personales, recursos propios y recursos sociales con los que contaban.

En el caso de los factores personales, las creencias encontradas en ellos, fueron irracionales en porcentajes mayoritarios. Por ejemplo, la creencia acerca de la causa del padecimiento. La mayoría creyó que su padecimiento fue causado por una situación “angustiosa, mortificante, por un susto o por un coraje” (emociones negativas) o por causas fatales como el destino, Dios o la suerte. Estas creencias no son acertadas, porque los factores de riesgo para la hipertensión arterial esencial y la diabetes tipo 2, son el sedentarismo (falta de actividad física), la obesidad y una dieta rica en

grasas (Fernández-Barros, 2002, Isles, 1999, Jung, 1998, Lara-Esqueda, 2002, Torres-Rodríguez, 2002).

En la no adherencia terapéutica encontrada una de las influencias importantes fue la evaluación "amenazante" hacia la indicación médica de realizar una dieta especial, significado que también les provocó emociones negativas como miedo, angustia y ansiedad, por lo que su afrontamiento fue dirigido a la emoción. Para ello, los pacientes sólo se concretaban a disminuir periódicamente la cantidad de algún tipo de alimento como la tortilla o el pan y no realizaban la dieta implementada por el nutriólogo, aunque ellos se consideraron "capaces de llevarla" influyó más el significado "amenazante" hacia ella. Los que respondieron no sentirse capaces de realizar la dieta, argumentaron que no la llevaban por "razones económicas" o por evaluarla como "un sacrificio".

La otra influencia importante fue la relacionada con la indicación médica de realizar ejercicio físico. En este sentido, hubo resultados contradictorios, porque a pesar de que los pacientes lo evaluaron en su mayoría como "positivo" y se "creían capaces de realizarlo", sólo una minoría informó que sí cumplía con esta indicación, el resto argumentó "no tener tiempo" o que si lo hacía "sus síntomas se agravaban". Del porcentaje que reportó hacerlo (49%), el 56% (n=96) realizaba una actividad moderada que consistía en movimientos de brazos o piernas y solo el 44% (n=76) reportó realizar el indicado por el médico.

Otra creencia equivocada que mostraron, fue en relación con el control del padecimiento, ya que opinaron que se puede controlar únicamente con la toma del medicamento prescrito y consideraron además, que ésta es la única acción de la que se creen capaces para controlarlo. Estas creencias en el caso de estos padecimientos son completamente falsas, porque es necesario que además se adhieran a la dieta y al ejercicio para controlarlo (Camacho, 2001; Díaz-Díaz, 2001).

Un elemento adicional que contribuyó a que los factores personales influyeran en la no adherencia terapéutica, fue la expectativa irreal de los pacientes que esperaban que con el tratamiento médico se eliminaran los síntomas o se curaran de su enfermedad. Estas creencias son equivocadas porque en el caso de estos padecimientos, la ausencia de síntomas no siempre está relacionada con el control del mismo. Es decir, los pacientes pueden no sentir sintomatología física, como mareos y dolor de cabeza en el caso de la hipertensión y presentar cifras patológicas de ella; de igual manera, en el caso de la diabetes, los pacientes pueden presentar cifras de hiperglucemia y no percibir síntomas físicos específicos de la enfermedad. En relación con la esperanza de los pacientes de curarse, es sabido que sólo se pueden controlar. Por lo que la expectativa del tratamiento acertada, es lograr el control del padecimiento manteniendo las cifras de la presión arterial y de la glicemia en niveles normales.

Dentro de los factores personales otra de las creencias importantes que se encuentran relacionadas con un afrontamiento adaptativo es el locus

de control interno, que fue otra de las carencias encontradas en esta muestra ya que en promedio se encontró un locus de control externo, adjudicando tanto el padecimiento como el control del mismo a situaciones externas como a la institución, a los médicos, a la familia, a Dios, al destino o la suerte.

Los factores situacionales medidos fueron los relacionados con el conocimiento acerca del padecimiento. Se obtuvieron porcentajes mayoritarios de conocimiento acerca de la dieta, del ejercicio, del medicamento y del control emocional. También se detectó que un número reducido de pacientes no habían recibido la orientación, indicación o información médica de control de peso, asistencia a pláticas educativas, supresión de alcohol y café, medidas higiénicas y resultados de las cifras de glucosa y presión arterial detectadas en los últimos seis meses, lo que limitó la posibilidad de que los pacientes pudieran interpretar el control del padecimiento.

¿Cuáles fueron los factores identificados como determinantes en este bajo nivel de conocimiento encontrado? Es claro que la información inadecuada por parte del equipo médico, jugó un papel importante, ya que si los pacientes no asistían en su mayoría a las pláticas educativas fue porque no fueron derivados e integrados a ellas, así, al no recibir educación adecuada, el desconocimiento y las creencias equivocadas persistieron en ellos. Por lo tanto, el recurso social del apoyo institucional fue ineficaz e inoportuno, aún cuando la percepción de la relación médico-paciente referida por ellos fue "buena", ya que esta opinión fue evaluada con un cuestionario

cuyo contenido incluía sólo preguntas en relación con el trato amable, cordial y respetuoso hacia el paciente y el interés acerca de los síntomas que les aquejaban, pero no incluía reactivos que midieran una argumentación eficaz para lograr la adherencia terapéutica.

En cambio, la muestra contó con el recurso social de apoyo familiar en relación con el cuidado de su enfermedad de dos diferentes formas: con cuidados específicos como la alimentación y toma de medicamentos y con apoyo emocional. Aún así, este apoyo familiar es cuestionable si tomamos en cuenta el objetivo de la adherencia terapéutica, ya que si el paciente no contaba con la información adecuada y mantenía creencias equivocadas en relación con el padecimiento, es de esperarse que el familiar estuviera en la misma condición lo que finalmente propició una adherencia terapéutica parcial e inconstante. Cabe mencionar que en esta muestra no fueron indagados los recursos propios que de acuerdo a Lazarus y Folkman (1991), tienen que ver con la habilidad de obtener información así como con el manejo adecuado de emociones negativas, pero es obvio que no contaban con ellos, debido a que obtuvieron un nivel bajo de conocimiento en relación con el padecimiento.

Es importante mencionar como ejemplo claro de cómo la evaluación cognoscitiva (significado) y las creencias influyen en la conducta de los pacientes, los resultados obtenidos con la indicación de los medicamentos prescritos, ya que el 97% aceptó tomarlos, influyendo en ello varias creencias: la creencia de que sólo con la toma de medicamentos se controla

el padecimiento, la de que esperan “no presentar síntomas” con el tratamiento médico y las evaluaciones de los pacientes hacia el medicamento (74%) en las categorías de “positivo”, “costumbre”, “reto” e “irrelevante”, con sólo un reducido porcentaje de ellos (26%) en la de “amenazante”.

Después de analizar los aspectos básicos del modelo transaccional del estrés de la enfermedad crónico-degenerativa, es obligado considerar las consecuencias a corto y largo plazos. Estas consecuencias tienen que ver con la adherencia al tratamiento y el control del padecimiento. Observándose que el 94% no cumplieron con la dieta, el 51% con el ejercicio, el 53% con la asistencia a las pláticas educativas, el 85% presentaron sobrepeso y obesidad, el 51% hipertensión sistólica, el 32% hipertensión diastólica, el 28% hiperglucemia, el 25% hipercolesterolemia, el 14% hipertrigliceridemia y el 5% el síntoma de dolor precordial. Es preciso comentar que las cifras de descontrol de los padecimientos pudieran ser más elevadas, ya que como se comentó al describir los resultados, estos datos se tomaron de los expedientes clínicos y un porcentaje alto de ellos, carecían de registros de cifras de la presión arterial, de exámenes de laboratorio de glicemia, colesterol y triglicéridos. Lo que puede interpretarse como una desviación a la normatividad institucional establecida para el seguimiento y control de estos padecimientos.

Otra de las consecuencias a corto y largo plazos es la adaptación de los pacientes hacia su padecimiento. La muestra presentó un nivel mínimo de estrés, de depresión y de ansiedad, un porcentaje mayoritario de pacientes

con buen funcionamiento social y en promedio la muestra reportó un nivel óptimo de calidad de vida. Estos resultados implican la reflexión de que los pacientes estaban adaptados a vivir con diabetes e hipertensión, lo que se corrobora con los resultados de la evaluación cognoscitiva del padecimiento en el momento de la entrevista, cuando ya no era “amenazante” la enfermedad sino que ya “estaban acostumbrados o resignados” a padecerla, no así a controlarla con adherencia a la dieta y al ejercicio. Concluyéndose que una “adaptación emocional” al padecimiento, no necesariamente implica una adaptación al control del mismo, que requiere de modificaciones en el estilo de vida y que como se explicó antes es a estas modificaciones a las que los pacientes no se adhieren completamente o lo hacen de manera parcial. El estilo de vida inadecuado también fue demostrado al reportar los pacientes en su mayoría una forma de divertirse “sedentaria” (ver televisión), pasatiempo que fomenta el sedentarismo y evita el adherirse al cumplimiento en el ejercicio.

Resumiendo, estos pacientes tuvieron factores desfavorables como creencias equivocadas con relación a su padecimiento, evaluaron de manera negativa la dieta, tenían una idea equivocada del tipo de ejercicio que deberían hacer, carecían de conocimientos científicos en relación a su padecimiento, no tenían adherencia hacia la dieta y el ejercicio y presentaron descontrol del padecimiento, lo que los colocó en riesgo de sufrir complicaciones y adquirir patologías mayores.

Para precisar cual de todos los factores medidos influyen en la adherencia al tratamiento, se obtuvo un primer modelo predictivo con análisis de regresión logística, el que muestra que el creerse capaz de realizar el ejercicio aumenta la probabilidad de hacerlo y la disminuye el que el paciente presente un locus de control externo y evalúe el ejercicio como “amenazante”. Evaluarse con calidad de vida óptima, sin depresión y una buena autoestima son los factores predictivos para cumplir con la dieta. El apoyo familiar y evaluar la dieta como un “reto” son variables predictivas del control de peso. La evaluación de la dieta como un “reto” predice el control de la presión arterial sistólica. El cumplir con el ejercicio, evaluar la dieta como un “reto”, cumplir con la dieta, controlar el peso y una buena relación médico-paciente aumentan la probabilidad del control de la presión arterial diastólica. El controlar el peso es predictivo del control de la glucosa y del colesterol. El cumplir con la dieta aumenta la probabilidad de mantener el control de los triglicéridos (figura 32 p. 164).

Así podemos observar, que tomando en cuenta estos factores la muestra contaba con la mayoría de ellos a excepción de los siguientes: locus de control interno, evaluación de la dieta como reto, cumplimiento con la dieta y el control de peso. Es importante mencionar que en este primer modelo aunque el factor conocimiento no resultó predictivo, es básico para una comprensión del padecimiento y por lo tanto de la adherencia terapéutica.

El segundo objetivo en este estudio fue identificar si los grupos de padecimientos compartían o no factores psicosociales. De acuerdo con los

resultados la respuesta fue afirmativa, ya que prácticamente no hubo diferencias significativas a excepción del tipo de grupo de pertenencia que no forma parte de las que influyeron en las variables dependientes.

Los hallazgos principales fueron un modelo de factores predictivos de la adherencia al tratamiento y el comprobar que los pacientes de ambas patologías comparten factores psicosociales por lo que pueden ser tratados conjuntamente desde la perspectiva psicológica.

Con base en lo anterior, se consideró que es factible influir en la adherencia al tratamiento al modificar la evaluación cognoscitiva “amenazante” acerca de la dieta, así como las creencias respecto al locus de control, autoeficacia, percepción del manejo del padecimiento y proporcionar conocimiento y habilidades necesarias para las conductas de autocuidado, por lo que es oportuna y justificada la utilización del modelo predictivo identificado para someterlo a prueba y verificar estos hallazgos.

Con este fin, se generó un programa de intervención que contempló el aspecto educativo acerca del padecimiento, el entrenamiento en el manejo de creencias, sobre todo en relación con la dieta, el ejercicio y el control de peso, el manejo de las emociones y la adquisición de las habilidades necesarias para el control del padecimiento. Se decidió que el programa se aplicaría de manera conjunta a la población con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial esencial, al demostrar que ambas patologías son homogéneas en cuanto a los factores psicosociales incluidos en esta investigación.

CAPITULO V

SEGUNDA ETAPA

Programa de intervención multidisciplinaria “Mejora de la calidad de vida en el paciente crónico-degenerativo”

Objetivos El objetivo de este estudio fue el de que los pacientes se adhirieran al tratamiento (en el tipo de dieta y ejercicio indicado) con el propósito de que esta adhesión ejerciera control sobre el padecimiento.

Pregunta de investigación ¿Se encontrarán diferencias en la adherencia al tratamiento y en el control del padecimiento entre los grupos experimental y control al término de la intervención multidisciplinaria?

Definición de las variables en estudio

Definición conceptual. Adherencia al tratamiento: Se define como el grado en que la conducta del paciente, en términos de ingesta de medicamentos, seguimiento de dietas o cambios de estilo de vida, coincide con la prescripción clínica (Gené-Badia y Font-Pous, 1994).

Definición operacional. Adherencia al tratamiento: Se considera que se cumple con el criterio de adherencia al tratamiento si el paciente asiste al grupo correspondiente del tratamiento (experimental o control), lleva dieta, realiza ejercicio y mantiene el índice de masa corporal dentro del rango normal.

Definición conceptual. Control del padecimiento: Se considera controlado el padecimiento cuando el registro de la presión arterial se ubique en los niveles de 120-139/70-89 mmHg, (Rubio-Guerra, 1998); la glucosa sanguínea en los niveles de 80 a 110 mg/dl, el colesterol < 200 mg/dl y los triglicéridos < 150 mg/dl (IMSS, 1999a).

Definición operacional. Control del padecimiento: Registro semanal de la presión arterial y la glucosa capilar a los integrantes de los grupos.

Definición conceptual. Conductas de autocuidado: También llamadas conductas de autocontrol, autovigilancia, autoanálisis y automonitoreo. Consisten en promover la responsabilidad y autonomía de los pacientes en el tratamiento y control de su enfermedad a través de autoanálisis, autoregistros, control de peso, llevar dieta y realizar ejercicio. (Cano-Pérez, 1994)

Definición operacional. Conductas de autocuidado: Registro diario de la medición realizada por los pacientes de la presión arterial, práctica de las técnicas

de control emocional y de relajación; y registro semanal de la medición de la glucosa capilar.

Definición conceptual. Intervención multidisciplinaria. Es la colaboración de distintas personas, de origen formativo y perfil profesional diferente, en actividades de atención de salud, con un enfoque integral. (Martín-Zurro, 1994)

Definición operacional. Intervención multidisciplinaria. Se define como la aplicación a pacientes crónico degenerativos de los subprogramas: a) educativo a cargo de la disciplina médica b) cognoscitivo conductual a cargo de la disciplina psicológica y c) monitoreo a cargo del médico interno y las pasantes de psicología (véase contenido en la figura 33).

Definición conceptual. Subprograma cognoscitivo-conductual. Se define como la intervención psicológica con enfoque cognoscitivo conductual, que combina las técnicas tradicionales de modificación de conducta con las orientaciones cognoscitivas, con el objetivo de conocer, modificar y/o mantener creencias positivas en relación con el padecimiento, así como el entrenamiento en las conductas de autocuidado del padecimiento (Beneit-Medina, 1994).

Definición operacional. Subprograma cognoscitivo-conductual. El programa se desarrolla a través de la aplicación de la terapia racional emotiva (TRE) de

Albert Ellis, que tiene como propósito modificar creencias de salud; y de la técnica de relajación cognoscitivo conductual para el manejo de emociones; del entrenamiento en la adquisición de las habilidades relacionadas con una adecuada nutrición y del entrenamiento físico, así como, entrenamiento en el autoregistro de la toma de presión arterial y de la glucemia capilar (véase contenido en las tablas 10, 11, 12 y 13).

Definición conceptual. Subprograma educativo. Información teórico práctica para la modificación de hábitos en los pacientes crónicos y su participación activa en el tratamiento y control de su enfermedad (Trilla, Planas y Espluga, 1994).

Definición operacional. Subprograma educativo. Se refiere a la exposición participativa de 24 temas relacionados con los padecimientos objeto de estudio.

Hipótesis de trabajo. Al concluir el programa de intervención el grupo experimental presentará una mayor adherencia al tratamiento así como un mejor control del padecimiento al compararlo con el grupo control.

METODO

Tipo y diseño de investigación. La investigación desarrollada para efectos del segundo estudio es de carácter confirmatorio y longitudinal, con un diseño de dos grupos, experimental y control, con mediciones dependientes (antes y después) e

independientes (intergrupos) y registro y medición de dos seguimientos llevados a cabo, a los cuatro meses el primero y el segundo a los nueve meses después de la intervención.

Muestra. La muestra intencional no probabilística con una N=110 sujetos, se subdividió asignando los pacientes al azar al grupo experimental (n=55) y al grupo control (n=55).

Sujetos. La muestra estuvo formada por pacientes ambulatorios con diagnóstico establecido de diabetes tipo 2 e hipertensión arterial esencial.

Asignación a grupos. Los pacientes diagnosticados con los padecimientos objeto de estudio (diabetes tipo 2, e hipertensión arterial esencial) fueron enviados por el médico familiar al departamento de trabajo social en donde se les entrevistó y se les dio a conocer los objetivos y duración del programa y se les pidió que firmaran la forma de consentimiento en caso de aceptar participar. El personal de trabajo social registró a los pacientes que aceptaron y con base en este registro, los pacientes fueron asignados al azar a los grupos experimental y control.

Instrumentos. Se utilizó para la recolección de datos un instrumento compuesto por cuatro secciones:

- a) **Cuestionario de evaluación cognoscitiva y afrontamiento al padecimiento y a los estresores potenciales dieta y ejercicio.** Compuesto por ocho preguntas abiertas. (véase anexo 3)
- b) **Cuestionario de creencias hacia la enfermedad.** Compuesto por una pregunta cerrada y cinco preguntas con formato abierto. (véase anexo 3)
- c) **Cuestionario de conductas de autocuidado.** Compuesto por cinco preguntas con formato abierto. (véase anexo 3)
- d) **Cuestionario de percepción de locus de control del paciente crónico degenerativo.** Este cuestionario se elaboró específicamente para este estudio, cuenta con 38 afirmaciones tipo Likert con cinco opciones de respuesta. (véase anexo 3). Inicialmente se realizó un estudio de jueces con el propósito de determinar si los reactivos contemplaban los principales aspectos de la adherencia al tratamiento. Once de los 13 médicos entrevistados respondieron afirmativamente. Posterior a esto fue aplicado a una muestra de $n=170$ (estudio piloto), para conocer si los reactivos eran comprensibles y para determinar su consistencia interna, la que fue de Alpha $.77$. Para efectos del análisis estadístico los puntajes asignados a las afirmaciones favorables (con locus de control interno) fueron de: completamente de acuerdo = 5; de acuerdo = 4; ni de acuerdo ni en desacuerdo =3; en desacuerdo = 2; y completamente en desacuerdo =1 y fueron invertidos en las afirmaciones desfavorables (con locus de control externo). De esta manera un puntaje alto se interpreta como indicador de locus de control interno, mientras que uno bajo

como locus de control externo (ver anexo 3). En la presente investigación se analizó la consistencia interna del cuestionario Antes y Después de la Intervención y en las sesiones de Seguimiento (primero y segundo) encontrándose en la primera medición un Alpha de Cronbach de .90, mientras que en la segunda, tercera y cuarta medición el resultado fue un Alpha de Cronbach de .86 en cada uno. El estudio de Validez de constructo y validez relevante se reporta en el anexo 4. Las preguntas abiertas que componen los tres cuestionarios descritos fueron categorizadas por dos pasantes de psicología, resultando la confiabilidad entre examinadores del 89%.

Aparatos. Proyector de acetatos y diapositivas marca "Kodak", videocasetera y grabadora marca "Phillips" , caset de música instrumental, báscula "Torino" pesa persona de 160 Kg, cintas métricas flexibles, dos esfignomanómetros, marca "Sunmark" y marca "Labtton", dos estetoscopios marca "Adex", un equipo de dextrostix con tiras reactivas y un reloj con segundero.

PROCEDIMIENTO

1) Estudio piloto. Programa de intervención psicológica.

Objetivos. Se realizó un estudio piloto del programa de intervención psicológica con un grupo de pacientes con los padecimientos ya mencionados, con el objetivo

de conocer la funcionalidad de las técnicas psicológicas y didácticas que se utilizarían para promover la adherencia y también para probar la factibilidad de formar grupos en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Estos objetivos eran de especial importancia, tomando en cuenta la edad y la baja escolaridad de los pacientes que formarían la muestra de estudio en la investigación propiamente dicha. **Sujetos.** El programa de intervención psicológica "Mejora de la calidad de vida en el paciente con enfermedad crónico degenerativa" se aplicó a un grupo de 42 pacientes, durante tres meses y medio (catorce sesiones semanales). Este programa abarcó los siguientes módulos: **I Modificación de creencias, II Manejo de las emociones y III Entrenamiento en habilidades.** Del total de pacientes (n=42) el 50 % asistió a todas las sesiones (constantes) y el 50 % asistió a un promedio de 2 a 5 sesiones (inconstantes). La distribución de la muestra por padecimiento fue la siguiente: submuestra diabéticos n=13 (31%); submuestra hipertensos n=23 (54%) y submuestra con el diagnóstico tanto de diabetes tipo 2 como de hipertensión n=6 (14%); el 28% de la muestra total fue del sexo masculino y el 71 % del sexo femenino, con un rango de edad de 31 a 80 años, encontrándose el porcentaje mayoritario en el rango de 50 a 60 años; en cuanto al tiempo de evolución del padecimiento, el porcentaje más alto se encontró en el rango de 6 a 10 años. **Resultados.** Los análisis se realizaron tomando en cuenta la primera medición y la última de cada una de las variables, encontrándose que en el análisis de medias intergrupales hubo diferencia significativa en la variable ICC al finalizar la intervención, mientras que en el

análisis de medias intragrupal se observa que en el grupo de constantes hubo diferencia significativa en las medias grupales en las variables, (IMC= $\text{Peso}/\text{talla}^2$, ICC= cintura/cadera, PRESION DIASTOLICA Y GLUCOSA), mientras que en el grupo de los inconstantes solo hubo en términos de tendencia, diferencias significativas en la variable PRESION SISTOLICA (ver anexo 2 tablas V y VI).

Conclusiones. Con base en estos resultados se concluyó que las técnicas psicológicas (terapia racional emotiva y técnica de relajación) eran fáciles de aplicar en los grupos de pacientes con enfermedad crónico degenerativa (mencionadas anteriormente) con edades promedio de 53 años y escolaridad baja, y que mostraban ser adecuadas a los propósitos establecidos (adherencia al tratamiento y control del padecimiento), se demostró la factibilidad de formar y trabajar con grupos en instituciones como el IMSS y además, se conoció la probabilidad de pérdida de sujetos, determinándose la necesidad de implementar estrategias que permitieran la permanencia de sujetos en el programa.

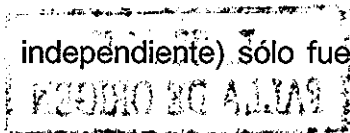
2) Sensibilización del personal de la Institución a las necesidades y beneficios del programa de intervención

Posterior a la intervención piloto, se organizó una sesión con el personal médico, asistentes, enfermeras y trabajadoras sociales para darles a conocer los resultados de la investigación hasta entonces realizados: los del primer estudio (identificación de variables relacionadas con la adherencia al tratamiento y control del padecimiento), así como los del estudio piloto del programa de intervención

psicológica. El objeto de proporcionarles dicha información era el de sensibilizarlos mostrándoles los beneficios potenciales de la aplicación de un Programa de Intervención Multidisciplinario a los pacientes con diagnósticos de diabetes tipo 2 e hipertensión. Al personal médico se le pidió, además, su colaboración solicitándoles por un lado que remitieran a los pacientes diagnosticados con los padecimientos en cuestión a trabajo social y por el otro invitándolos a que participaran como ponentes en las pláticas educativas. De esta manera en esta sesión se formó el equipo de profesionales que participaría en el programa de intervención el cual quedó compuesto por un médico titular, un médico interno, dos trabajadoras sociales, una enfermera, dos pasantes de psicología y la autora como psicóloga responsable del programa.

3) Primera etapa: Intervención. Programa “Mejora de la calidad de vida en el paciente crónico degenerativo”

El programa se realizó en dos etapas la primera que es la de intervención contempló tres subprogramas: el subprograma educativo impartido por el médico, el subprograma cognoscitivo-conductual conducido por los profesionales de psicología y el subprograma de monitoreo realizado por el médico interno, la enfermera y los pasantes de psicología. El subprograma educativo se aplicó a los dos grupos (experimental y control) durante 24 sesiones semanales con una hora de duración; mientras que el subprograma cognoscitivo-conductual (variable independiente) sólo fue aplicado al grupo experimental el cual tuvo una duración



de 24 sesiones semanales, con una hora de duración. Este grupo recibió de manera simultánea los dos subprogramas: el subprograma educativo y el subprograma cognoscitivo-conductual. Ambos grupos durante las sesiones de intervención participaron en el subprograma de monitoreo, donde fueron medidas las variables dependientes (medidas antropométricas, nivel de glucosa capilar y presión arterial). Este monitoreo continuó en ambos grupos después del programa de intervención, por 15 sesiones semanales más. La segunda etapa fue de Seguimiento, que se efectuó de la siguiente manera: después de la última sesión de monitoreo se obtuvo una última medición a los cuatro meses después de la última sesión del subprograma educativo, considerándose como la sesión del primer seguimiento. Para la segunda medición de seguimiento realizada a los nueve meses, después de la última sesión del subprograma educativo, se envió a los pacientes una invitación por medio de un servicio postal privado (Figura 33).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

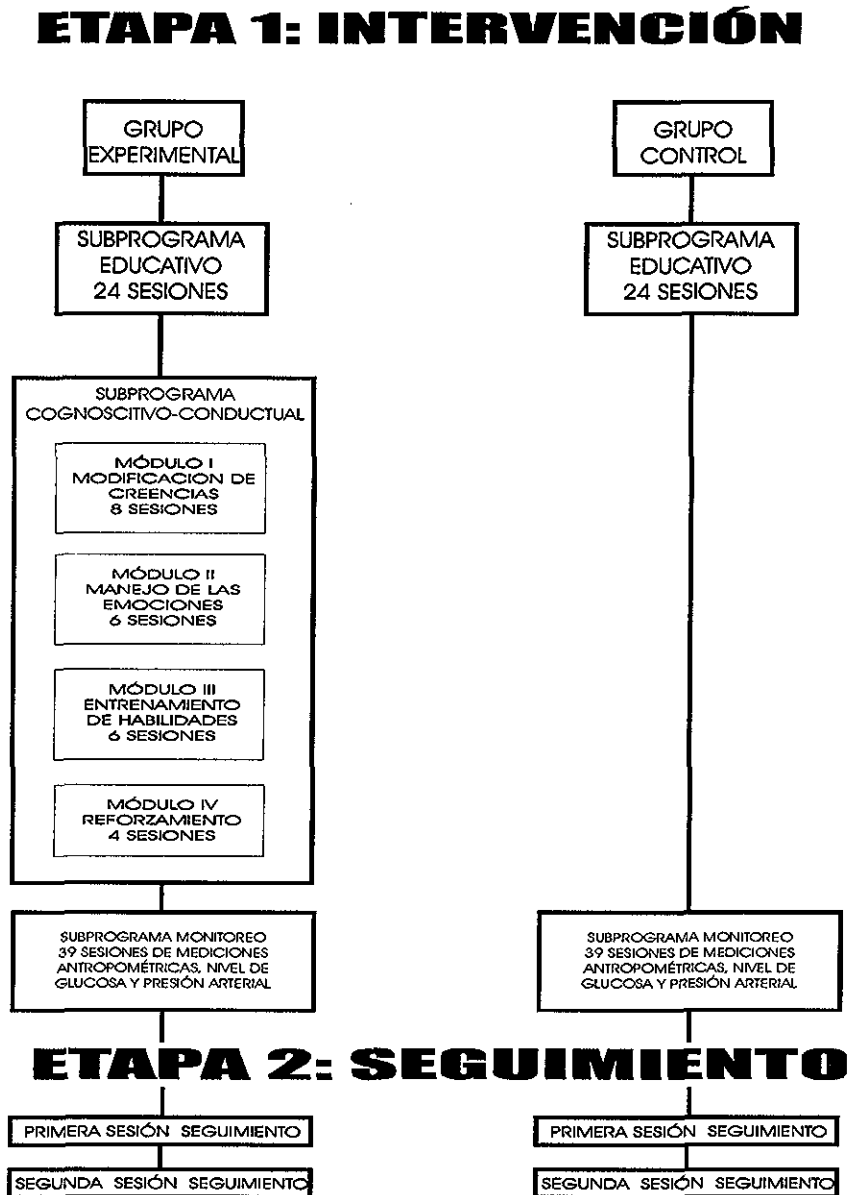


Figura 33. Programa de intervención multidisciplinaria “Mejora de la calidad de vida del paciente crónico degenerativo”

Descripción de los contenidos del diagrama. (figura 33)

a) Subprograma educativo: grupo experimental y control.

Objetivo general: Proporcionar conocimientos teóricos y prácticos (cuidados, tipo de dieta y ejercicio) e información acerca de la naturaleza de los padecimientos de diabetes tipo 2 e hipertensión arterial esencial.

Sesiones: Este subprograma fue aplicado a los dos grupos (experimental y control) durante 24 sesiones semanales de 40 minutos de duración y el responsable del mismo fue el médico integrante del equipo (tabla9).

Tabla 9

Subprograma educativo. Grupo experimental y control

SESIONES	TEMA	TECNICA
PRIMERA	HISTORIA NATURAL DE LA DIABETES: CONCEPTO EPIDEMIOLOGIA ETIOLOGIA FACTORES DE RIESGO SINTOMAS COMPLICACIONES	EXPOSITIVA -PARTICIPATIVA
SEGUNDA	HISTORIA NATURAL DE LA HIPERTENSION CONCEPTO EPIDEMIOLOGIA ETIOLOGIA FACTORES DE RIESGO SINTOMAS COMPLICACIONES	EXPOSITIVA -PARTICIPATIVA
TERCERA	HISTORIA NATURAL DE LA CARDIOPATIA ISQUEMICA: CONCEPTO EPIDEMIOLOGIA ETIOLOGIA FACTORES DE RIESGO SINTOMAS COMPLICACIONES	EXPOSITIVA -PARTICIPATIVA
CUARTA	CONTROL DE LA DIABETES CLASIFICACION DE LA DIABETES TRATAMIENTO FARMACOLOGICO TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO (DIETA, EJERCICIO Y CONTROL EMOCIONAL)	EXPOSITIVA-PARTICIPATIVA
QUINTA	CONTROL DE LA HIPERTENSION CLASIFICACION DE LA HIPERTENSION TRATAMIENTO FARMACOLOGICO TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO (DIETA, EJERCICIO Y CONTROL EMOCIONAL)	EXPOSITIVA-PARTICIPATIVA
SEXTA	CONTROL DE LA CARDIOPATIA ISQUEMICA. CLASIFICACION DE LA CARDIOPATIA ISQUEMICA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO (DIETA,	EXPOSITIVA-PARTICIPATIVA

	EJERCICIO Y CONTROL EMOCIONAL)	
SEPTIMA	CUIDADOS HIGIENICOS DEL PACIENTE CRONICO DEGENERATIVO	EXPOSITIVA-PARTICIPATIVA
OCTAVA	NUTRICION Y PLAN DE ALIMENTACION PARA EL PACIENTE DIABETICO	EXPOSITIVA-PARTICIPATIVA
NOVENA	NUTRICION Y PLAN DE ALIMENTACION PARA EL PACIENTE HIPERTENSO	EXPOSITIVA-PARTICIPATIVA
DECIMA	NUTRICION Y PLAN DE ALIMENTACION PARA EL PACIENTE CARDIOPATA	EXPOSITIVA-PARTICIPATIVA
DECIMA PRIMERA	BENEFICIOS DEL EJERCICIO	EXPOSITIVA-PARTICIPATIVA
DECIMA SEGUNDA	PLAN DE EJERCICIO PARA EL PACIENTE CRONICO DEGENERATIVO	EXPOSITIVA-PARTICIPATIVA
DECIMA TERCERA	OBESIDAD ETIOLOGIA EPIDEMIOLOGIA PADECIMIENTOS CONCOMITANTES	EXPOSITIVA-PARTICIPATIVA
DECIMA CUARTA	HIPERLIPIDEMIAS ETIOLOGIA EPIDEMIOLOGIA PADECIMIENTOS CONCOMITANTES	EXPOSITIVA-PARTICIPATIVA
DECIMA QUINTA	MENOPAUSIA CONCEPTO SINTOMAS TRATAMIENTO	EXPOSITIVA-PARTICIPATIVA
DECIMA SEXTA A VIGESIMA CUARTA	SE REPITIERON LOS CONTENIDOS DE LA PRIMERA A LA NOVENA SESION.	EXPOSITIVA-PARTICIPATIVA

b) Subprograma cognoscitivo conductual. Grupo experimental.

Objetivo general: Propiciar los mecanismos necesarios para la modificación de creencias, la adquisición de autoeficacia, conductas de autocontrol de las emociones y conductas de automonitoreo del padecimiento y promover que sean incorporadas en la vida diaria del paciente.

Sesiones: Este subprograma fue aplicado sólo al grupo experimental y estuvo formado por cuatro módulos (I Modificación de creencias; II, Manejo de emociones; III Entrenamiento en conductas de autocuidado y IV, Reforzamiento de las habilidades); los que fueron impartidos en 24 sesiones de una hora de duración semanal. Este grupo recibió de manera simultánea los dos subprogramas, en la primera hora el subprograma educativo y en la segunda hora el subprograma cognoscitivo-conductual. Los profesionales participantes en el subprograma cognoscitivo fueron las pasantes de psicología y la psicóloga responsable del programa. (tablas 10, 11,12 y 13)

Módulo I Modificación de creencias.

Objetivos específicos: a) Propiciar la adquisición de la creencia de que la propia conducta logra el control o el descontrol del padecimiento, b) propiciar la adquisición de autoeficacia para la dieta y el ejercicio y c) propiciar la adquisición de creencias positivas acerca del padecimiento, de la dieta, el ejercicio y control de peso.

Sesiones: ocho sesiones semanales de una hora de duración.

Tabla 10
Módulo I Modificación de creencias.

SESION	OBJETIVOS	TECNICAS	TIEMPO
	QUE EL PACIENTE ADQUIERA CREENCIAS Y EVALUACIONES POSITIVAS ACERCA DE SU PADECIMIENTO, DIETA, EJERCICIO Y CONTROL DE PESO.		
PRIMERA	Informar el plan del programa. Propiciar la integración de los miembros del grupo	1.-Expositiva-participativa 2.-Dinámicas de rompehielos 3.-Facilitación	15' 30' 15'

SEGUNDA	Propiciar la identificación de los objetivos comunes en los miembros del grupo	1.-Expositiva-participativa 2.-Dinámica "Mi experiencia" 3.-Facilitación	15' 30' 15'
TERCERA	Que el paciente concientice que el control de su padecimiento depende del control de la variable fisiológica alterada y no sólo de la ausencia de síntomas. (conocimiento) Que el paciente adquiera la creencia de que se puede ejercer un control directo sobre la enfermedad mediante conductas de autocuidado como dieta, ejercicio y manejo emocional. (autoeficacia) Que el paciente adquiera la creencia de que el descontrol del padecimiento puede ocasionar complicaciones del mismo. (vulnerabilidad ante la enfermedad)	1.-Aplicación de los cuestionarios evaluación cognoscitiva y afrontamiento de los estresores potenciales; creencias acerca de su enfermedad y percepción de locus de control 2 -Expositiva-participativa. 3 -Ejercicio "ZEN" 4.-Facilitación 5.-Dinámica por equipos de elección de creencias. "sopa de frases"	15' 10' 10' 10' 15'
CUARTA	Identificar las creencias, evaluaciones y mitos acerca de la dieta Clarificar cuales son positivas y cuales negativas Eliminación de mitos.	1.-Expositiva-participativa 2.-Facilitación 3.-Dinámica por equipos "Mis gustos en la alimentación" 4.-Reestructuración cognoscitiva (Terapia racional emotiva) 5.-Empleo de imágenes racionales emotivas (IRE)	15' 15' 15' 15'
QUINTA	Identificar las creencias, evaluaciones y mitos acerca del ejercicio Clarificar cuales son positivas y cuales negativas Eliminar mitos.	1 -Expositiva-participativa 2.-Facilitación 3.-Dinámica por equipos "Tipos de ejercicios" 4.-Reestructuración cognoscitiva (Terapia racional emotiva) 5.-Empleo de imágenes racionales emotivas (IRE)	15' 15' 15' 15'
SEXTA	Identificar las creencias, evaluaciones y mitos acerca del control de peso Clarificar cuales son positivos y cuales negativos Eliminación de mitos	1.-Expositiva-participativa 2.-Facilitación 3.-Dinámica por equipos "Mi experiencia en el control de peso" 4 -Reestructuración cognoscitiva (Terapia racional emotiva) 5.-Empleo de imágenes racionales emotivas (IRE)	15' 15' 15' 15'
SEPTIMA	a) Conocer el impacto grupal de las sesiones anteriores.	1.- Dinámica por equipos de elaboración de una obra de teatro en relación con su experiencia de enfermedad "antes y después" 2.- Representación por parte de voluntarios	30' 30'
OCTAVA	a) Filmación de la obra de teatro "Manejo de Creencias en el paciente crónico degenerativo"	1 -Actuación por parte de los voluntarios	60'

Módulo II. Manejo de las emociones.

Objetivos específicos: a) propiciar los mecanismos necesarios para la adquisición de conductas de autocontrol de la ira, angustia y preocupación, b) propiciar los mecanismos necesarios para la adquisición de conductas de relajación.

Sesiones: seis sesiones semanales de una hora de duración .

Tabla 11
Módulo II Manejo de las emociones.

SESION	OBJETIVOS	TECNICAS	TIEMPO
PRIMERA	<p>1.-CONCIENTIZACION Y DETECCION DE LAS EMOCIONES Detección de situaciones amenazantes cotidianas procedentes del entorno</p> <p>b) Detección de las emociones negativas en situaciones amenazantes</p> <p>c) Detección de los tipos de afrontamiento de situaciones de amenaza</p> <p>d) Clarificación de afrontamiento positivo y negativo</p>	<p>1.-Ejercicio grupal de verbalización de experiencias amenazantes, emociones y afrontamiento</p> <p>2.-Facilitación</p> <p>3.-Clarificación del afrontamiento negativo y positivo</p> <p>4.-Dinámica el color de las emociones</p> <p>5.-Dinámica por equipos "mis emociones y yo"</p>	<p>20'</p> <p>15'</p> <p>10'</p> <p>15'</p>
SEGUNDA	<p>1.-ADQUISICION DE LA TECNICA "MANEJO DE LA IRA"</p> <p>a) Detección de situaciones que provocan Ira en la vida cotidiana</p> <p>b) Detección de los tipos de afrontamiento ante la Ira</p> <p>c) Clarificación de afrontamiento positivo y negativo</p>	<p>1.-Exposición del tema "manejo de la ira"</p> <p>2.-Ejercicio grupal de verbalización de experiencias de ira y afrontamiento</p> <p>3.-Reestructuración cognoscitiva (Terapia racional emotiva)</p> <p>4.-Dinámica por equipos de práctica de terapia racional emotiva</p>	<p>10'</p> <p>20'</p> <p>15'</p> <p>15'</p>
TERCERA	<p>1 -ADQUISICION DE LA TECNICA "MANEJO DE LA ANGUSTIA Y PREOCUPACION"</p> <p>Propiciar el conocimiento de la base teórica de la ansiedad</p> <p>Detección de situaciones que provocan ansiedad y preocupación</p> <p>Detección de los tipos de afrontamiento ante situaciones de ansiedad y preocupación</p> <p>Clarificación de afrontamiento positivo y negativo</p>	<p>1.-Exposición del tema "manejo de la ansiedad y preocupación"</p> <p>2.-Ejercicio grupal de verbalización de experiencias de ansiedad y preocupación</p> <p>3.-Reestructuración cognoscitiva (Terapia racional emotiva)</p> <p>4.-Dinámica por equipos de práctica de terapia racional emotiva</p>	<p>10'</p> <p>20'</p> <p>15'</p> <p>15'</p>
CUARTA	<p>1.- REAFIRMAR EL CONOCIMIENTO DE LAS TECNICAS MANEJO DE LA IRA, ANGUSTIA Y PREOCUPACION.</p>	<p>1.-Ejercicio grupal de verbalización de experiencias con relación a las emociones de ira, ansiedad y preocupación</p> <p>2.-Facilitación</p> <p>3.-Reestructuración cognoscitiva</p>	<p>20'</p> <p>25'</p>

		(Terapia racional emotiva) 3.-Dinámica por equipos de análisis sobre las emociones cotidianas	15'
QUINTA	1 -ADQUISICION DE LA TECNICA DE RELAJACION Concientización de la tensión-relajación Práctica en respiración abdominal Entrenamiento autógeno Imaginería Implante de pensamientos motivacionales de adhesión al tratamiento	1.- Aplicación de la técnica de relajación 2.- Práctica grupal	30' 30'
SEXTA	1 -REAFIRMACION DE LA TECNICA DE RELAJACION	1.-Aplicación de la técnica de relajación 2.-Grabación de un "cassette"	UNA HORA

Módulo III Adquisición de habilidades de automonitoreo y control.

Objetivos específicos: a) propiciar la adquisición de hábitos cotidianos por parte del paciente con relación a la elección de alimentos y ejercicio acordes con las demandas del régimen terapéutico y la capacidad de automonitoreo de la presión arterial y la glucosa en sangre capilar.

Sesiones: seis sesiones semanales de una hora de duración.

Tabla 12

Módulo III Adquisición de habilidades para el autocontrol del padecimiento

SESION	OBJETIVOS	TECNICAS	TIEMPO
PRIMERA	1.-PROPICIAR LA ADQUISICION DE LA HABILIDAD DE ELECCION DE ALIMENTOS DE ACUERDO CON LA DIETA Propiciar el entendimiento de la hoja de dieta Propiciar el conocimiento del peso ideal y calorías necesarias para cada participante así como de la hoja de registros Propiciar el autocontrol con la hoja de registros	1.-Expositiva-participativa	15'
		2.-Ejercicios de autocontrol-conductual	15'
		3.-Práctica por equipos de elección de menú de acuerdo a las calorías necesarias en la hoja de dieta y de la hoja de registros	30'
SEGUNDA	1.-PROPICIAR LA ADQUISICION DE LA HABILIDAD DE LA PRACTICA DEL EJERCICIO Propiciar el conocimiento sobre los beneficios del ejercicio	1.-Expositiva-participativa	15'
		2.-Expositiva y entrega de un escrito con los lineamientos para la	15'

	Propiciar el conocimiento del entrenamiento gradual en el ejercicio de caminata. Propiciar el conocimiento de ejercicios de calentamiento Propiciar la motivación hacia el ejercicio	caminata gradual 3.-Práctica grupal de los ejercicios 4.-Entrega de frases motivadoras 5.-Dinámica grupal "organización de mi tiempo para incluir el ejercicio diario"	15' 15'
TERCERA	1.-PROPICIAR LA ADQUISICION DE LA HABILIDAD DE LA TOMA DE PRESION ARTERIAL Propiciar el entendimiento en el manejo del estetoscopio y baumanómetro Propiciar el entendimiento en la técnica de la toma de presión Propiciar la práctica de esta técnica	1.-Expositiva-Demostrativa 2.-Expositiva-Demostrativa 3.-Práctica por parejas de la toma de la presión.	10' 10' 40'
CUARTA	1.-PROPICIAR LA ADQUISICION DE LA HABILIDAD PARA LA DETECCION DE GLUCOSA EN SANGRE CAPILAR "DEXTROSTIX" Propiciar el entendimiento de la técnica de detección de glucosa en sangre capilar Propiciar la práctica de esta técnica	1 - Expositiva-Demostrativa 2 - Práctica por parejas de la detección de glucosa	10' 50'
QUINTA	1.-PROPICIAR LA PRACTICA EN LA TOMA DE LA PRESION ARTERIAL	1.-Práctica por parejas de la toma de la presión	UNA HORA
SEXTA	1.-PROPICIAR LA PRACTICA DE LA DETECCION DE GLUCOSA EN SANGRE CAPILAR	1.-Práctica por parejas de la detección de glucosa en sangre capilar	UNA HORA

Módulo IV. Refuerzo de las habilidades.

Objetivos específicos: a) propiciar refuerzo verbal por parte del grupo, de los avances conductuales en la implantación de hábitos saludables de cada paciente, b) propiciar práctica de la elección de alimentos y ejercicio c) propiciar práctica de la técnica de relajación d) propiciar el reforzamiento de creencias positivas con relación a la dieta, ejercicio y control de peso e) reportes verbales del tipo de dieta, ejercicio, técnica de relajación y situaciones emocionales vividas.

SESIONES: Cuatro sesiones semanales de una hora de duración.

Tabla 13
Módulo IV Refuerzo de las habilidades.

SESION	OBJETIVOS	TECNICAS	TIEMPO
PRIMERA	1.-PROPICIAR LA MOTIVACION EN EL MANTENIMIENTO DE LA DIETA.	1.-Facilitación de verbalizaciones sobre las experiencias en su dieta 2.-Dinámica por parejas "Mi compromiso ante el grupo"	30' 30'
SEGUNDA	1.-PROPICIAR LA MOTIVACION EN EL MANTENIMIENTO DEL EJERCICIO	1.-Facilitación de verbalizaciones sobre las experiencias en el ejercicio 2.-Dinámica por parejas "Mi compromiso ante el grupo"	30' 30'
TERCERA	1 -PROPICIAR LA MOTIVACION EN LA PRACTICA DE LA TECNICA DE RELAJACION	1.-Facilitación de verbalizaciones sobre las experiencias en la técnica de relajación 2.-Dinámica por parejas "Mi compromiso ante el grupo"	30' 30'
CUARTA	1.-PROPICIAR EL REFUERZO DE CREENCIAS POSITIVAS PARA LA DIETA, EJERCICIO Y RELAJACION	1.-Facilitación de verbalizaciones sobre la experiencia de padecer diabetes tipo II, hipertensión esencial y cardiopatía 2.-Aplicación de los cuestionarios evaluación cognoscitiva y afrontamiento de los estresores potenciales; creencias acerca de su padecimiento y percepción de locus de control.	45' 15'

c) Subprograma de monitoreo. Grupos experimental y control.

Objetivo general. Observación de los hábitos alimentarios, del ejercicio físico y del control emocional, por medio de la medición de las variables dependientes : nivel de glucosa capilar, presión arterial, peso e índice cintura/cadera; y de las variables conductuales de autocuidado: manejo de las emociones, práctica de técnicas de relajación y automonitoreo de la variable fisiológica.

Objetivos específicos. a) Que los pacientes se familiarizaran con el autocuidado y la autoobservación de los niveles de sus variables fisiológicas con lo que lograrían vigilar el control de su padecimiento, b) que los participantes continuaran asistiendo al programa hasta la sesión del seguimiento, c) que los familiares participaran en el conocimiento y habilidades necesarias para la adhesión a la dieta y el ejercicio de los pacientes así como en el monitoreo de la variable fisiológica. Con el propósito de proporcionar apoyo motivacional a los pacientes así como un manejo preventivo de estos padecimientos en los familiares sin estos padecimientos.

Sesiones. 24 sesiones semanales de una hora de duración en ambos grupos durante la aplicación del subprograma educativo. En cada sesión los participantes fueron pesados y medidos por las pasantes de psicología, utilizando la técnica específica de la medición antropométrica para la medición del peso y talla de acuerdo a Huesca (1995) y la técnica de Conejo-Navarro (1996) para la medición de la cintura y cadera; la presión arterial fue tomada por el médico interno y la medición de la glucosa capilar estuvo a cargo de la enfermera en salud pública, los registros fueron realizados por las trabajadoras sociales, continuando por 15 sesiones semanales posteriores a la intervención con el procedimiento ya descrito. Total de sesiones 39.

4. Segunda etapa. Seguimiento

Primera sesión de seguimiento. Esta sesión tuvo lugar a los 120 días (cuatro meses) después de la última sesión del programa de intervención, la estrategia utilizada para que los pacientes asistieran fue la invitación a las sesiones de monitoreo, así como recordatorios al asistir a su cita médica, por parte del personal de trabajo social. En esta sesión se realizó la misma dinámica en ambos grupos: (medición del peso, cintura y cadera, presión arterial y glucosa capilar) sólo que en el caso del grupo experimental además se aplicó la tercera medición de los siguientes cuestionarios: Cuestionario de Evaluación Cognoscitiva y afrontamiento del padecimiento y los estresores potenciales, Cuestionario de Creencias hacia la enfermedad, Cuestionario de conductas de autocuidado y Cuestionario de Percepción de Locus de Control del Paciente Crónico Degenerativo. La asistencia a esta primera sesión de seguimiento fue como sigue: del grupo experimental asistieron 42% (23 pacientes de n=55); y del grupo control 18% (10 pacientes de n=55).

Segunda sesión de seguimiento. Esta sesión tuvo lugar cinco meses después de la fecha en la que se realizó el primer seguimiento y a los 270 días después de la última sesión del sub programa educativo. A los pacientes de la muestra de estudio se les envió una invitación a través de un servicio postal privado. Las personas que no asistieron (tres) fueron visitadas por el personal del equipo multidisciplinario (pasante de psicología, médico interno y trabajadora social). Se



realizó la misma dinámica en ambos grupos: (medición del peso, cintura y cadera, presión arterial y glucosa capilar) sólo que en el caso del grupo experimental se llevó a cabo además la cuarta aplicación de los siguientes cuestionarios: Evaluación Cognoscitiva y afrontamiento del padecimiento y los estresores potenciales, Creencias hacia la enfermedad, Conductas de autocuidado y Percepción de Locus de Control del Paciente Crónico Degenerativo. En esta sesión participaron 36 pacientes (66%) del grupo experimental y 39 (72%) del grupo control. 19 pacientes (34%) del grupo experimental y 16 (28%) del grupo control no fueron localizados por cambio de domicilio y/o baja como derechohabientes de la Institución.

RESULTADOS

En este apartado se describe el procedimiento del análisis de las variables de estudio, que se desarrolló en siete pasos: 1) En el primer paso se efectuaron análisis descriptivos de las variables para conocer si los participantes de ambos grupos se encontraban con niveles de patología lo que justificaría la intervención programada; 2) posterior a este análisis se probó la existencia de homogeneidad de los grupos (experimental y control) en el **pre tratamiento**; se realizaron contrastes para rechazar o confirmar la $H_0 : \bar{X}_{\text{experimental}} = \bar{X}_{\text{control}} = 0$. 3) El siguiente análisis se efectuó con el propósito de investigar el impacto del programa de intervención, realizando contrastes intragrupal, para rechazar o confirmar la hipótesis: $H_0 : \bar{X}_{\text{pre tratamiento}} = \bar{X}_{\text{post tratamiento}} = 0$. 4)

Posterior a éste, se realizaron contrastes intergrupales para rechazar o confirmar la hipótesis $H_0: \bar{X}_{\text{experimental post tratamiento}} = \bar{X}_{\text{control post tratamiento}} = 0$. 5) Se procedió a evaluar el mantenimiento del impacto del tratamiento. Para esto se realizaron dos mediciones: (**primero y segundo seguimiento**) la primera a los cuatro meses de haber finalizado la intervención y la segunda a los nueve meses, es decir cinco meses después del primer seguimiento. Se encontró que durante la evaluación del primer seguimiento disminuyeron las (ns) de ambos grupos, mientras que en el segundo se incrementaron. La disminución de las ns, en el primer seguimiento impidió la utilización del análisis multivariado de medidas repetidas MANOVA, debido a dos problemas centrales: 1. no se puede probar la hipótesis de esfericidad de Mauchly's y se imposibilita el ajuste épsilon que en otros casos (con ns más grandes) puede hacerse. 2. No se cumple el criterio de normalidad multivariada (conjunta). En función de estas violaciones de los supuestos del MANOVA de medidas repetidas, se procedió como sigue: se aplicó un análisis de antes-después, del primero y segundo seguimiento, sólo a aquellos resultados que fueron significativos en la prueba del impacto del tratamiento. La hipótesis que se probó fue: $H_0: \bar{X}_{\text{primer seguimiento}} = \bar{X}_{\text{segundo seguimiento}} = 0$, y se plantearon como hipótesis alternativas probables las siguientes: $H_1: \bar{X}_{\text{primer seguimiento}} < \bar{X}_{\text{segundo seguimiento}}$; $H_1: \bar{X}_{\text{primer seguimiento}} > \bar{X}_{\text{segundo seguimiento}}$; 6) Se procedió a la aplicación de un ANCOVA con las variables dependientes del estudio (índice de Masa Corporal [IMC], índice de cintura y cadera [ICC], presión

sistólica [SIS], presión diastólica [DIAS] y glucosa [GLUC]) y con las variables sexo como factor y edad como covariable; y por último 7) se realizaron análisis de regresión logística con el objetivo de conocer los factores predictivos de la adherencia al tratamiento y el control del padecimiento (figura 34).

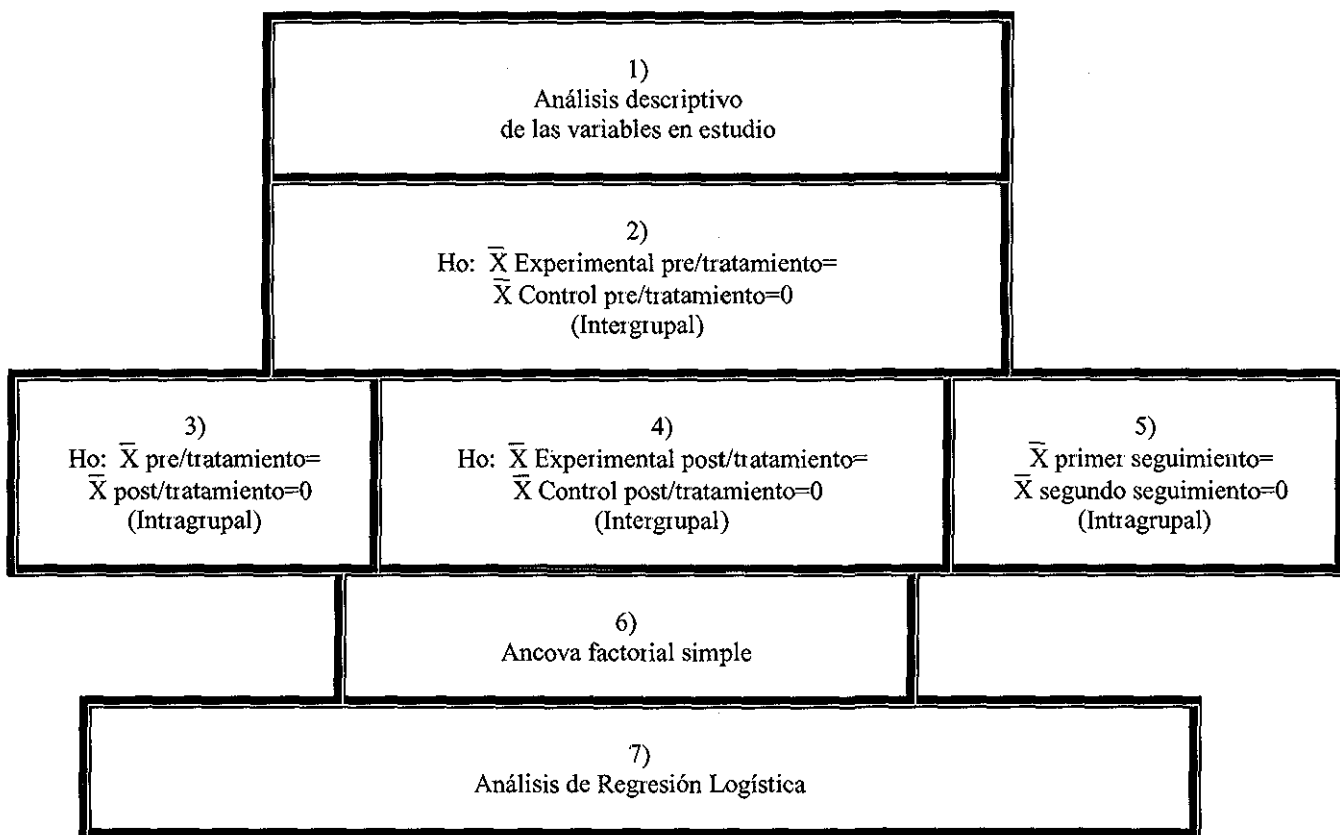


Figura 34. Diseño del Análisis.

Como puede verse con el procedimiento seguido no se violó el supuesto de independencia de las medias que exige la prueba t, y para evitar el incremento del error tipo I, las medias del análisis **pre tratamiento** y **post tratamiento** con respecto al impacto del tratamiento, no se vuelven a tomar para el análisis del mantenimiento del impacto (**primer seguimiento** y **segundo seguimiento**).

1. Descripción de la muestra.

Las características de los pacientes del grupo experimental fueron las siguientes: hombres (29%) y mujeres (71%), con un rango de edad de 30 a 76 años y con una \bar{X} 53.89± D.E. 9.93; el 91% de los pacientes eran casados. En relación con la distribución por padecimiento se encontró que el 25% cursaba con diabetes tipo 2; el 51% con hipertensión arterial esencial; el 22% con diabetes tipo 2 + hipertensión arterial esencial y el 2% con tres padecimientos (diabetes tipo 2, hipertensión arterial esencial y cardiopatía isquémica); en cuanto al tiempo de evolución del padecimiento se encontró que el porcentaje más alto (45%) tenía entre los 6 y 10 años de padecerlo (Véase anexo 2 tabla VII).

En el grupo control el 20% de los pacientes eran hombres y el 80% mujeres, con un rango de edad de 28 a 83 años y con una \bar{X} =53.35 ± D.E.11.69; el porcentaje más alto (96%) estaba casado. El tipo de padecimiento se distribuyó de la siguiente manera: el 31% presentó el

diagnóstico de diabetes tipo 2, el 34% el de hipertensión arterial esencial, el 33% el de diabetes tipo 2 + hipertensión arterial esencial y el 2% (con tres padecimientos) diabetes tipo 2 + hipertensión arterial esencial y cardiopatía isquémica; con respecto al tiempo de evolución el mayor porcentaje correspondió al de 11 a 20 años con un 42% (véase anexo 2 tabla VIII).

A continuación se exponen los resultados, describiendo en primer lugar los de la intervención psicológica y enseguida los obtenidos de acuerdo con el orden de las hipótesis de trabajo formuladas en este estudio.

2. Comportamiento de las variables que comprenden los factores personales.

Este apartado comprende las variables: **evaluación cognoscitiva de la dieta y del ejercicio, afrontamiento a la dieta y el ejercicio, creencias acerca del control del padecimiento (locus de control, percepción de control general del padecimiento y autoeficacia), creencias acerca del padecimiento (evaluación cognoscitiva del padecimiento, causas del padecimiento y expectativa del tratamiento.**

Evaluación cognoscitiva de la dieta

Pre tratamiento. Para conocer la evaluación cognoscitiva de la dieta que tenían los participantes, se les hizo la pregunta: "¿ qué significa para usted el hecho de tener que llevar una dieta?", (Anexo 1). Las respuestas a esta pregunta, al inicio del subprograma en esta fase, reportaron que 49 (89%)

sujetos de los 55 que formaban el grupo, valoraron la dieta en forma negativa “amenazante”; el 9 % la consideraba “irrelevante” y el 2% un “reto” cumplirla (figura 35).

Post tratamiento. En esta fase de la intervención las evaluaciones de los participantes del grupo experimental cambiaron favorablemente ya que una mayoría (60%) consideró “positivo” hacer dieta, 36% un “reto” y un 4% la evaluó como “irrelevante”, observándose que el impacto del subprograma cognoscitivo conductual fue favorable (figura 35)

Mantenimiento del efecto del tratamiento en la variable evaluación cognoscitiva de la dieta. En el **primer seguimiento** los participantes reportaron un 74% de evaluaciones “positivas” hacia la dieta, y un 26% de evaluaciones que consideraban un “reto” cumplir con la dieta. En tanto que en el **segundo seguimiento** los reportes de los participantes en relación con el cumplimiento de la dieta fueron de un 86% con evaluación “positiva” y un 14% con evaluación “amenazante” (figura 35).

Si se considera el porcentaje de evaluaciones cognoscitivas “positivas” encontradas en la fase de post tratamiento (60%) y se comparan con las obtenidas en los seguimientos (74% y 86%), se puede afirmar que durante los dos seguimientos los participantes de este grupo (experimental) no solamente mantuvieron el resultado obtenido en el programa de

intervención sino que incrementaron los porcentajes correspondientes a las evaluaciones "positivas" (figura 35).

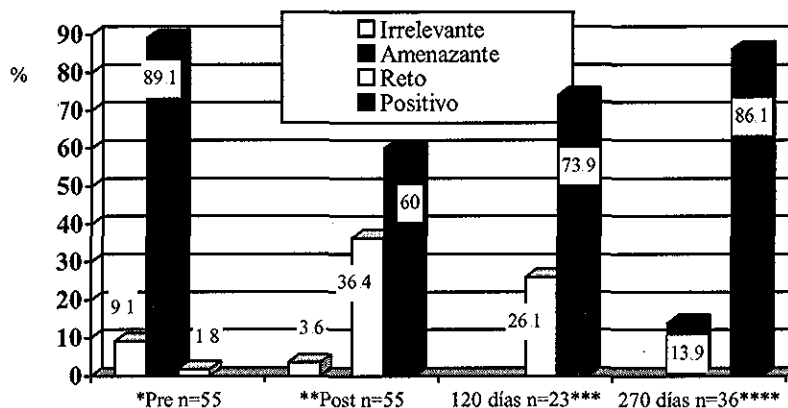


Figura 35 Efecto del tratamiento en la variable evaluación cognoscitiva de la dieta
*pre tratamiento ** post tratamiento *** primer seguimiento **** segundo seguimiento

Afrontamiento a la dieta

Pre tratamiento. La pregunta con la que se obtuvo el tipo de afrontamiento de la dieta, durante esta fase fue: "¿qué hace para cumplir la indicación médica de llevar dieta?" (Anexo 1). Estas respuestas fueron categorizadas en "adherencia parcial", "adherencia total" y "no adherencia". Los resultados mostraron que la respuesta principal de afrontamiento fue "no adherencia" con un 85%, mientras que en el **post tratamiento** los reportes indicaron que un 58% se adhirió de manera total a la dieta (siguió las indicaciones del médico y nutriólogo) y un 42% se adhirió de manera parcial (disminuyó algunos alimentos), logrando que el grupo en total hiciera algún tipo de dieta (figura 36).

Mantenimiento del impacto del tratamiento en la variable cumplimiento de la dieta. Durante los dos seguimientos realizados, el afrontamiento a la variable dieta se encontró de la siguiente manera: en el primer seguimiento el 74% de los participantes, se adhirieron en forma total a la dieta y un 26% de forma parcial. Mientras que en el segundo seguimiento esta proporción varió favorablemente con un 86% para la adhesión total a la dieta y un 14% para "no adherencia". Con base en estos datos puede considerarse que hubo mantenimiento del logro obtenido en el programa de intervención en la fase de post tratamiento (figura 36).

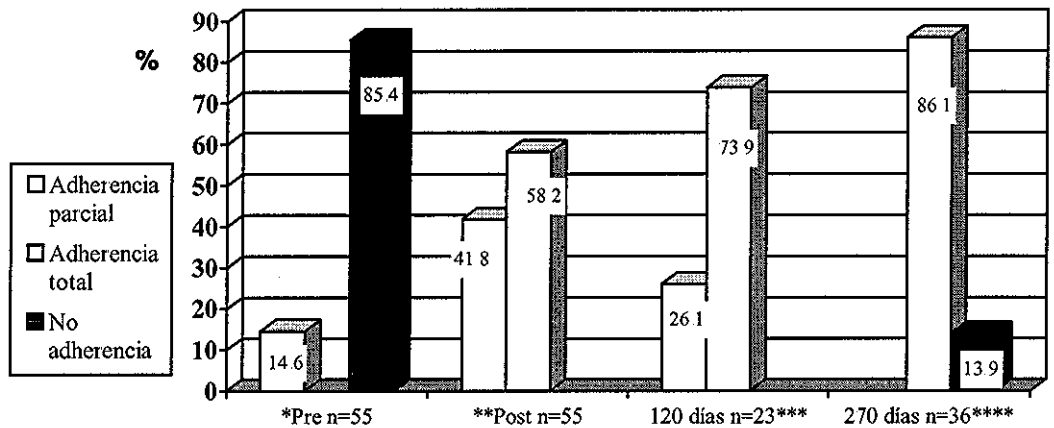


Figura 36. Efecto del tratamiento en la variable tipo de afrontamiento a la dieta.
 *pre tratamiento ** post tratamiento *** primer seguimiento **** segundo seguimiento

Evaluación cognoscitiva del ejercicio

Pre tratamiento. Al inicio del programa de intervención en esta fase la pregunta que dio a conocer la evaluación cognoscitiva del ejercicio fue: “¿qué significa para usted tener que hacer ejercicio a diario para mejorar su salud?” (Anexo 1). Las respuestas fueron categorizadas en cuatro tipos: “irrelevante”, “amenazante”, “positivo” y “reto”. Los reportes de los participantes indicaron que el 87% de ellos evaluaban al ejercicio como “amenazante” y sólo un 13% lo evaluaba como “positivo” (figura 37).

Post tratamiento. En esta fase los porcentajes de evaluación hacia el ejercicio cambiaron positivamente respecto a la fase anterior, así, se observa que el 94% evaluó al ejercicio como “positivo” y solamente un 5% lo consideró “amenazante”, demostrando lo anterior el efecto favorable del programa de intervención (figura 37).

Mantenimiento del impacto del sub programa en la variable evaluación cognoscitiva del ejercicio. Durante las mediciones de los dos seguimientos, se observó que se mantuvo el efecto del tratamiento, ya que tanto en el **primer seguimiento** como en el **segundo**, los participantes que asistieron reportaron en un 100.0% una evaluación positiva hacia el ejercicio (figura 37).

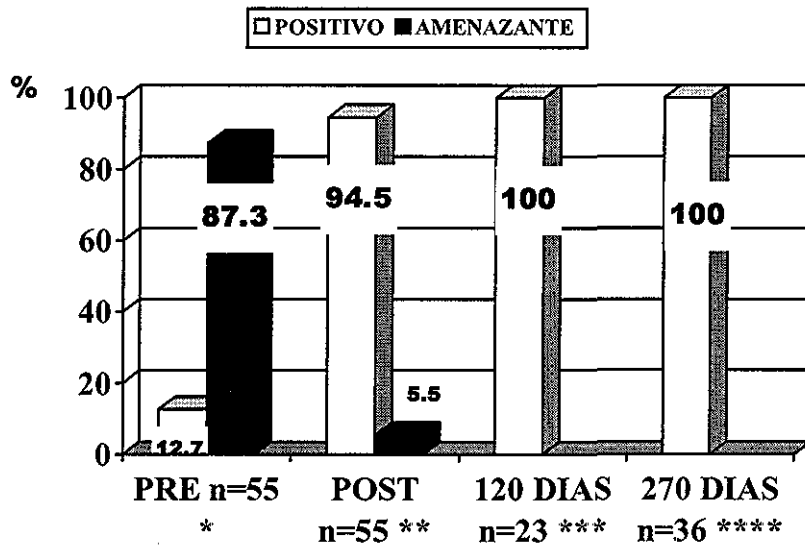


Figura 37. Efecto del tratamiento en la variable evaluación cognoscitiva del ejercicio
 *Pre tratamiento **post tratamiento ***primer seguimiento ****segundo seguimiento

Afrontamiento al ejercicio

Pre tratamiento. En la primera medición efectuada en la fase de pre tratamiento, la pregunta con la que se midió esta variable fue: “¿qué hace para cumplir la indicación médica de hacer ejercicio?” (Anexo 1). Los participantes reportaron que el 87% “no hacía ejercicio” y solamente un 13% reportaba que “si lo hacía” (figura 38).

Post tratamiento. Al término del programa de intervención los resultados de los reportes mostraron que el 95% de los participantes hacía ejercicio, y sólo un 5% no lo hacía, reafirmandose de esta manera, el impacto del tratamiento en este grupo (figura 38).

Mantenimiento del impacto del sub programa en la variable afrontamiento del ejercicio. Las mediciones realizadas tanto en el primer seguimiento como en el segundo, reportaron que se mantuvo la adhesión de los participantes al ejercicio, ya que en el primer seguimiento el 100 % de los participantes que asistieron (n=23) reportaron hacerlo, mientras que en el segundo seguimiento el 86% de los que asistieron (n=36) manifestaron realizar ejercicio (figura 38).

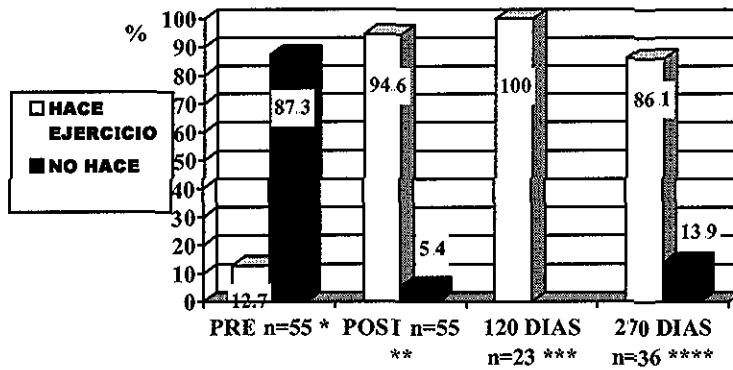


Figura 38. Efecto del tratamiento en la variable afrontamiento al ejercicio.

*Pre tratamiento **post tratamiento *** primer seguimiento **** segundo seguimiento

Locus de control

Pre tratamiento. En el caso de esta variable, al iniciar la fase de pre tratamiento los resultados del cuestionario, (anexo 3), indicaron un locus de control externo para el grupo experimental ya que se obtuvo una Mediana = 2.00 (tabla 14).

Post tratamiento. Al concluir esta fase, los resultados obtenidos con el cuestionario, reportaron una Mediana = 5.00 para el grupo experimental, correspondiendo a un locus de control interno (tabla 14).

Mantenimiento del impacto del tratamiento en la variable locus de control. Durante los dos seguimientos realizados a este grupo se obtuvieron los resultados: primer seguimiento Mediana = 5.00 y segundo seguimiento Mediana = 4.00, los que corresponden a un locus de control interno (tabla 14).

Tabla 14

Resultados del cuestionario* de percepción de locus de control en el paciente crónico degenerativo.

Pre tratamiento	Mediana = 2.00
Post tratamiento	Mediana = 5.00
Primer seguimiento	Mediana = 5.00
Segundo seguimiento	Mediana = 4.00

* Puntajes: 4 y 5 = locus de control interno. Puntajes 1 y 2 = locus de control externo.

Percepción de control general del padecimiento

Pre tratamiento. Respecto a esta variable se hicieron las siguientes preguntas: "¿ cree usted que su enfermedad se pueda controlar? ¿de qué manera?" (Anexo 3). El grupo se ubicó en esta fase de la intervención con un porcentaje del 51% en la categoría de "no percibe control" y un 49% percibía

que podían controlar su padecimiento siguiendo las indicaciones médicas consistentes en: “toma de medicamentos, llevar dieta y realizar ejercicio” (figura 39).

Post tratamiento. Al finalizar la intervención los porcentajes respecto a esta variable demostraron que el 100 % de los participantes consideraban que su padecimiento se podía controlar siguiendo las indicaciones médicas (toma de medicamentos, llevar dieta y realizar ejercicio). Se compararon los porcentajes del pre tratamiento con los obtenidos en el post tratamiento por medio de la prueba de **Wilcoxon** resultando una diferencia significativa: $Z = -5.292$ $p = .000$, confirmando el impacto benéfico del programa de intervención (figura 39).

Mantenimiento del impacto del tratamiento en la variable percepción de control general del padecimiento. Las mediciones realizadas en los dos seguimientos reportaron que tanto en el primer seguimiento como en el segundo, el 100% de los asistentes a ellos reportaron que su padecimiento se podía controlar al cumplir las indicaciones médicas antes mencionadas. Los análisis realizados con la prueba de Wilcoxon demostraron que no hubo diferencias significativas por lo que se traduce que el efecto obtenido en el post tratamiento se mantuvo durante los seguimientos (figura 39).

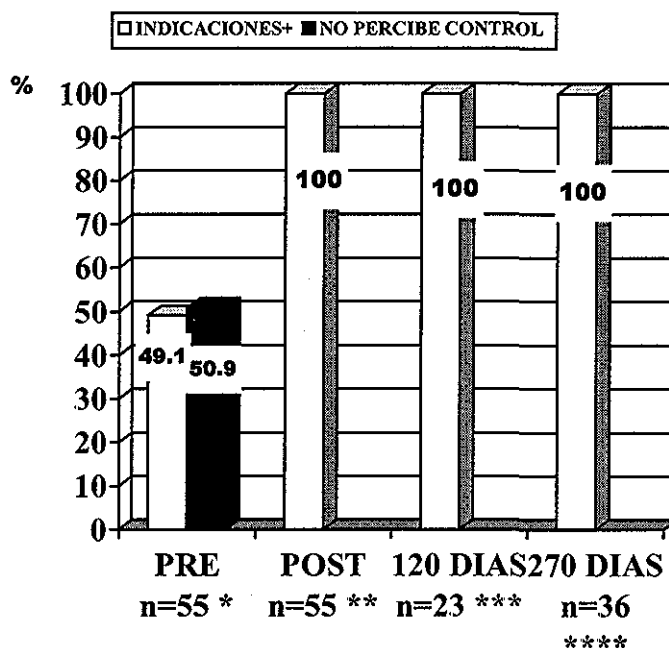


Figura 39. Efecto del tratamiento en la variable percepción de control general.
 *Pre tratamiento **post tratamiento ***primer seguimiento ****segundo seguimiento.
 +”Toma de medicamentos, dieta y ejercicio”.

Percepción de autoeficacia en la adherencia al tratamiento.

Pre tratamiento. Esta variable fue investigada con las preguntas: “¿ cree usted que pueda hacer algo para controlar su enfermedad? ¿Cómo qué?” (Anexo 3). El comportamiento de esta variable al inicio del programa durante esta fase reportó que el 69% de los participantes “no se creía capaz de controlar su padecimiento”, un 25% consideraba que lo podía controlar sólo con la toma de medicamentos; un 2% con ejercicio y un 4% llevando dieta (figura 40). **Post tratamiento.** Durante esta fase las mediciones efectuadas reportaron que el 100 % de los participantes opinaba que se sentían capaces de adherirse a las conductas de: “toma de medicamentos, llevar dieta y realizar ejercicio”. Con la comparación efectuada entre los resultados del pre

tratamiento y el **post tratamiento** por medio de la prueba de Wilcoxon, se comprobó una diferencia significativa de $z=-6.483$ $p=0.000$, observándose un impacto favorable del programa de intervención (figura 40).

Mantenimiento del impacto del tratamiento en la variable percepción de autoeficacia en la adherencia al tratamiento. Al efectuar las mediciones en los seguimientos se obtuvieron tanto en el primer seguimiento (n=23) como en el segundo (n=36) un porcentaje del 100% de los asistentes a ellos, que opinaban sentirse capaces de adherirse a las conductas indicadas por el médico, (toma de medicamentos, llevar dieta y realizar ejercicio). Se realizaron pruebas de Wilcoxon comparando estos resultados y encontramos que no hubo diferencias significativas entre los participantes que asistieron a los dos seguimientos, (n=21). Esto determina que el impacto del programa se mantuvo durante el tiempo del seguimiento (figura 40).

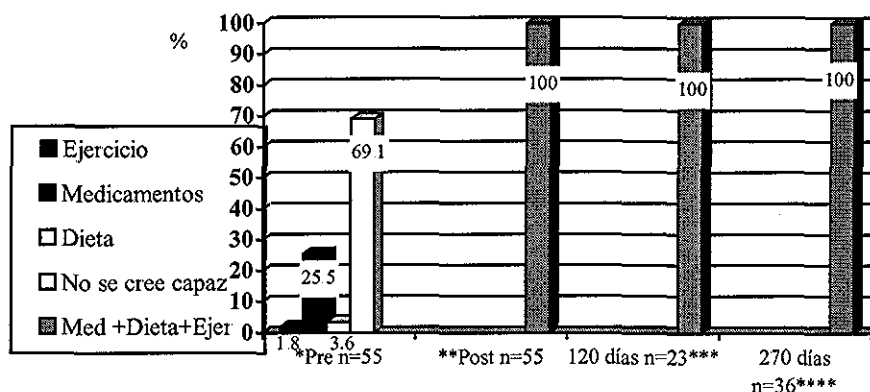


Figura 40. Efecto del tratamiento en la variable percepción de autoeficacia en la adherencia al tratamiento.

*Pre tratamiento **post tratamiento ***primer seguimiento ****segundo seguimiento.
+ "tomar medicamentos, llevar dieta y realizar ejercicio".

Evaluación cognoscitiva del padecimiento.

Pre tratamiento. Esta variable que mide la evaluación del paciente hacia su padecimiento ubicándose de manera retrospectiva en el momento del diagnóstico y enseguida ubicándose en el momento presente (entrevista), solamente se midió en el momento inicial del programa de intervención. Los resultados muestran que cuando al paciente se le preguntó: "cuando el médico le dijo que estaba enfermo (a) de", "¿qué significó para usted padecer esta enfermedad?"; un 76% lo consideró "amenazante", 22% no lo creían "negación" y un 2% lo evaluó como "reto". En tanto que cuando se le preguntó: "en este momento (entrevista) ¿qué significa para usted estar enfermo (a) de . . . ?"; un 29% lo consideró "amenazante", un 22% "reto" y un 49% lo evaluó como "costumbre" (figura 41).

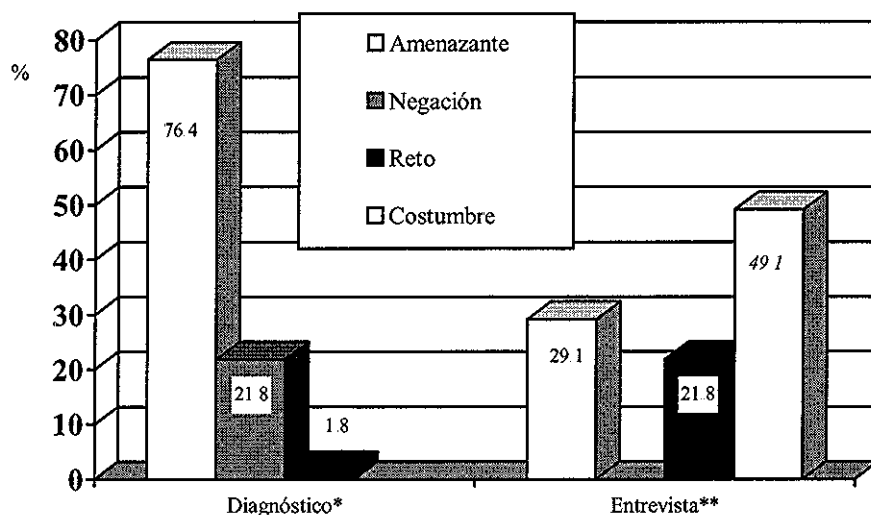
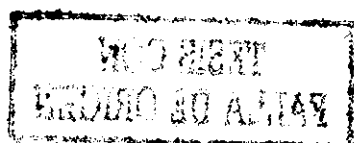


Figura 41 Evaluación cognoscitiva del padecimiento.* en el momento del diagnóstico ** en el momento de la entrevista.



Percepción de las causas del padecimiento.

Pre tratamiento. Para medir esta variable se utilizó la pregunta con formato cerrado "cree que se enfermó debido a", con seis opciones de respuesta (mala suerte, destino, Dios, hábitos, herencia y otra). Los participantes reportaron un 89% de opiniones con relación a causas fatales del padecimiento como "mala suerte, destino y Dios", un 2% consideraron como causa los hábitos y 9% atribuyó su padecimiento a la herencia (figura 42).

Post tratamiento. Al finalizar la intervención los reportes de los participantes con relación a esta variable, fueron de un 91% para la opinión de que los hábitos causaron su padecimiento y un 9% la herencia. La comparación con la prueba de Wilcoxon mostró una diferencia significativa de $z = -6.062$ $p = 0.000$, demostrándose así un impacto favorable del programa de intervención (figura 42).

Mantenimiento del impacto del tratamiento en la variable percepción de las causas de la enfermedad. Se compararon las mediciones realizadas en el primer seguimiento con las del post tratamiento y segundo seguimiento, considerando solamente los participantes asiduos a las dos mediciones ($n = 21$) por medio de pruebas Wilcoxon observándose que no hubo diferencia significativa, esto proporciona la certeza de que el efecto del tratamiento se mantuvo 270 días después de la intervención (figura 42).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

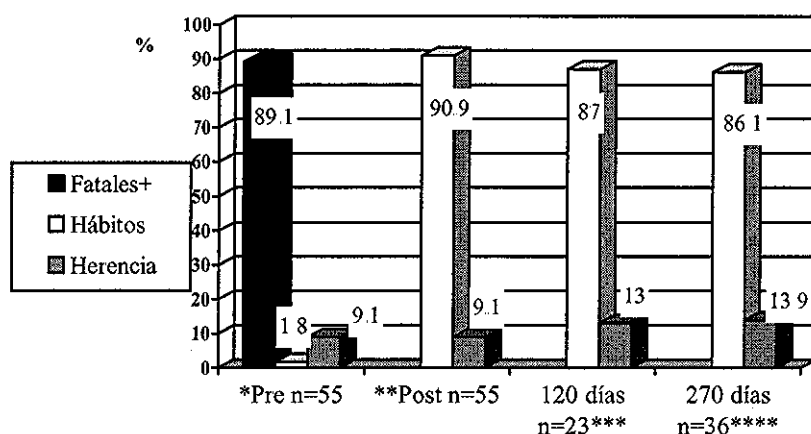


Figura 42 Efecto del tratamiento en la variable percepción de las causas del padecimiento.

*Pre tratamiento **post tratamiento ***primer seguimiento ****segundo seguimiento.
+ "Mala suerte, destino y Dios".

Percepción de la expectativa del tratamiento.

Pre tratamiento. En el caso de esta variable la pregunta que se les realizó fue: "¿ qué espera del tratamiento médico? (Anexo 3). Los participantes reportaron en esta fase un 80% de opiniones con relación a "no tener síntomas"; un 7% a "curación" y solamente un 13% a "control", significando esta categoría que las variables fisiológicas: presión arterial y nivel de glucosa se mantuvieran en el límite normal (figura 43).

Post tratamiento. Al concluir la intervención se reportó un cambio favorable en cuanto a las expectativas de los participantes, ya que el 100 % (n=55), se ubicó en sus reportes a favor del "control" como expectativa del tratamiento.

La prueba de Wilcoxon resultó significativa: $z=-6.687$ $p=0.000$, demostrando esto el impacto favorable del programa de intervención (figura 43).

Mantenimiento del impacto del tratamiento en la variable percepción de la expectativa del tratamiento. Para conocer el mantenimiento del cambio favorable se midió esta variable en dos ocasiones (primero y segundo seguimiento). Estas mediciones fueron comparadas con pruebas de Wilcoxon, las que no resultaron significativas, demostrando esto que permaneció el efecto del tratamiento durante 270 días de seguimiento (figura 43).

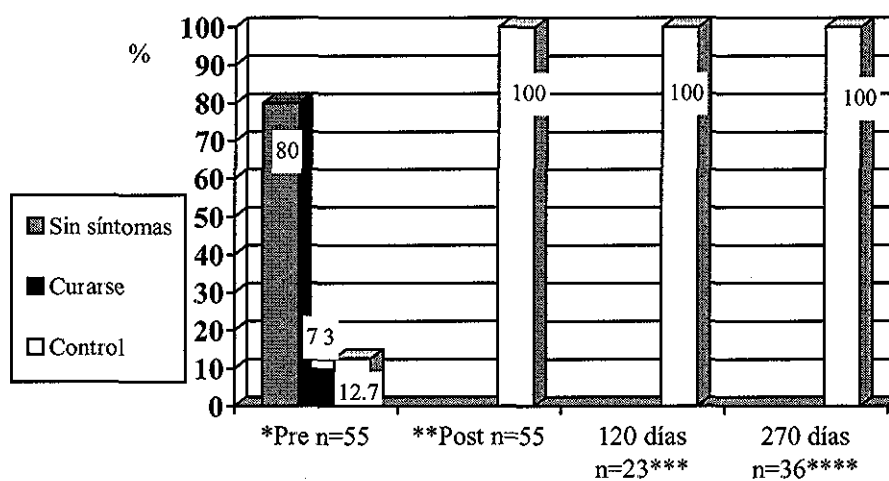


Figura 43 Efecto del tratamiento en la variable percepción de la expectativa del tratamiento.

*Pre tratamiento **post tratamiento ***primer seguimiento ****segundo seguimiento

3. Comportamiento en las variables que comprenden los recursos propios. Habilidades en el autocuidado

Este apartado comprende las siguientes variables: variables conductuales de autocuidado: **manejo de las emociones, práctica de relajación y automonitoreo de la variable fisiológica.**

Manejo de las emociones. El manejo de las emociones es una variable conductual de autocuidado que fue medida con la pregunta: ¿considera usted tener un manejo adecuado de la ira, angustia y preocupación? (Anexo 3). Se encontró que en la fase de **pre tratamiento** los registros reportaron que solamente el 15% de los participantes afirmaban utilizar algún procedimiento para el manejo de estas emociones, en tanto que en la fase de **post tratamiento**, los reportes demostraron que el 85% de los participantes informaba aplicar estas técnicas (figura 44).

Mantenimiento del impacto del tratamiento en la variable manejo de emociones. Durante los dos seguimientos realizados se encontró que el porcentaje de cumplimiento en la aplicación de las técnicas del manejo de emociones aumentó al 100% de los participantes en ambos seguimientos: (primer seguimiento n=23 y segundo seguimiento n=36), probando esto el mantenimiento del impacto del tratamiento durante 270 días de seguimiento (figura 44).

Práctica de la técnica de relajación. Al inicio de la intervención en la fase de **pre tratamiento** a los participantes se les realizó las siguientes preguntas: ¿conoce usted alguna técnica de relajación? ¿la practica? (Anexo 3), reportando en su totalidad no conocer ni practicar alguna técnica de relajación, mientras que en la fase de **post tratamiento** el 85% de ellos, reportaron practicar alguna de las técnicas implementadas en el subprograma, demostrando esto el impacto positivo de la intervención (figura 44).

Mantenimiento del efecto del tratamiento en la práctica de la técnica de relajación. En las mediciones realizadas en los dos seguimientos, se obtuvo un 100% de reportes afirmativos con relación al cumplimiento de la práctica de relajación, lo que indica el mantenimiento del efecto del tratamiento durante esta etapa (figura 44).

Automonitoreo de la variable fisiológica. La conducta de automonitoreo fue medida con las respuestas a las preguntas: ¿ mide usted personalmente o con ayuda de un familiar su presión arterial y/o su nivel de glucosa? ¿con qué frecuencia? (Anexo 3). La toma de la presión arterial y del dextrostix, podía ser realizada por los pacientes o por algún familiar; el automonitoreo consistía en que los propios pacientes llevaran el registro de la variable para que efectuaran la conducta de autocuidado pertinente, toma de medicamento, o adhesión más precisa de la dieta y del ejercicio.

De esta manera se encontró que al inicio de la intervención en la fase de **pre tratamiento**, los participantes no tenían en su totalidad la conducta de automonitoreo, en tanto que al finalizar la intervención en la fase de **post tratamiento**, los reportes indicaron el cumplimiento de esta conducta en un 90%, considerándose con esto un impacto exitoso del subprograma (figura 44).

Mantenimiento del impacto del tratamiento en el automonitoreo de la variable fisiológica. Los resultados en este rubro, indicaron el mantenimiento del efecto positivo del subprograma, ya que los participantes que asistieron a los dos seguimientos (primer seguimiento n=23 y segundo seguimiento n=36) reportaron en su totalidad (100%) que continuaban registrando las cifras de los niveles de la variable fisiológica (figura 44).

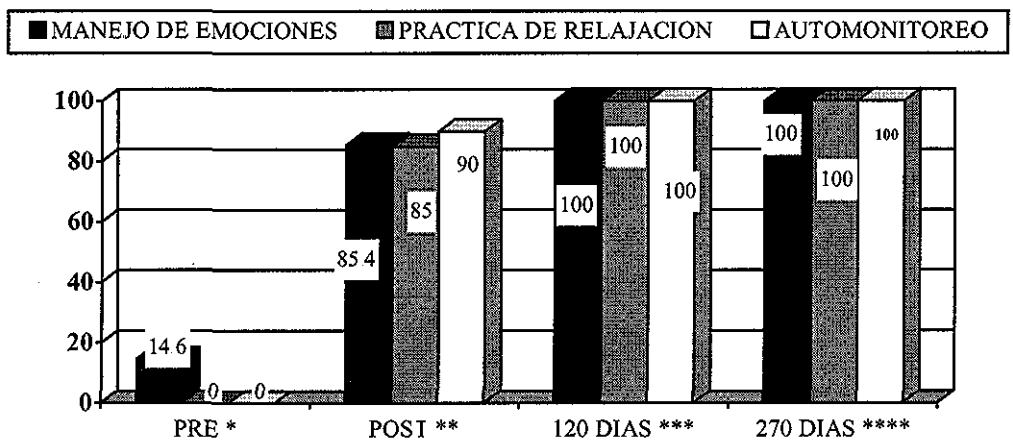


Figura 44 Efecto del tratamiento en el cumplimiento de las conductas de autocuidado: manejo de emociones, práctica de relajación y automonitoreo.

*Pre tratamiento **post tratamiento ***primer seguimiento ****segundo seguimiento.

4. Comportamiento de las variables que comprenden las consecuencias a corto y largo plazos

a) Adherencia al tratamiento

La primera hipótesis para contrastar fue: **“los pacientes del grupo experimental lograrán mayor adherencia al tratamiento en comparación con los pacientes del grupo control”**. Las variables que componen la adherencia al tratamiento son: cumplimiento con la dieta, cumplimiento con el ejercicio y control de peso ($IMC=Kg/m^2$)

Cumplimiento con la dieta.

Pre tratamiento. Al comparar los porcentajes obtenidos del cumplimiento con la dieta reportada por los participantes en la primera sesión del programa de intervención, entre el **grupo control** (13%) y **grupo experimental** (14%), no se encontró diferencia significativa al utilizar la prueba de Wilcoxon, por lo que se confirmó la existencia de homogeneidad entre los grupos antes del tratamiento. Debemos señalar también el porcentaje bajo de adherencia a la dieta en los dos grupos (Figura 45).

Post tratamiento. Al finalizar el programa de intervención los porcentajes de adherencia a la dieta encontrados fueron: en el **grupo control** 47% y en el **grupo experimental** 98%, siendo notable la adherencia mayor en el grupo

experimental. Al comparar estos porcentajes estadísticamente con la prueba de Wilcoxon resultó una diferencia significativa $z=5.967$ $p=0.000$ (figura 45).

Mantenimiento del impacto del tratamiento en la variable cumplimiento con la dieta. Durante las mediciones efectuadas en los dos seguimientos, los porcentajes de adherencia a la dieta encontrados fueron como sigue: en el **grupo control** en el **primer seguimiento** se obtuvo un **60%** de adherencia en tanto que en el **segundo seguimiento** un **57%**, al compararlos con la prueba de Wilcoxon no se encontró diferencia significativa. Con relación al grupo experimental se encontró que en el **primer seguimiento** el porcentaje de adherencia reportado fue del **100%** y en el **segundo seguimiento** fue del **86%**, la prueba de Wilcoxon reportó que no existía diferencia estadísticamente significativa intragrupal. Estos resultados demuestran la permanencia de la adherencia a la dieta en ambos grupos, notándose mayor adherencia en el caso del grupo experimental (figura 45).

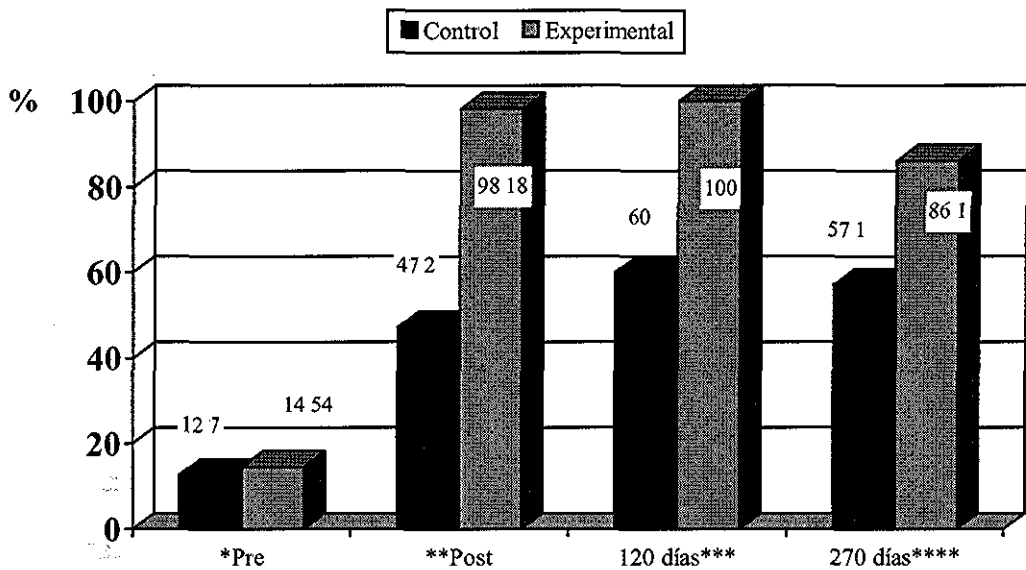


Figura 45-Efecto del tratamiento en la variable cumplimiento con la dieta.
*Pre tratamiento **post tratamiento ***primer seguimiento ****segundo seguimiento.

Para conocer las variables que pudieran predecir la adherencia a la dieta, se realizaron **análisis de regresión logística** con los datos del **grupo experimental** que fue el que reportó una mayor adherencia. En el análisis se consideraron como probables predictoras las siguientes **variables socio demográficas**: sexo, edad, ocupación, escolaridad y estado civil; **variables con relación al padecimiento**: tipo de padecimiento y tiempo de evolución; y **variables cognoscitivo-conductuales**: *locus* de control, causas de la enfermedad, percepción de control general del padecimiento, autoeficacia, expectativa del tratamiento, evaluación cognoscitiva de la dieta (significado de la dieta), manejo de las emociones, práctica de relajación y automonitoreo de la variable fisiológica. Los resultados muestran que sólo dos de ellas resultaron ser significativas: **causas de la enfermedad “hábitos”** OR=10.7 CI 95% 2.15-53.19; y **significado de la dieta como “positivo”** OR=9.94 CI 95% 1.75-56.49 (figura 46).



Figura 46 Factores predictivos de la adherencia a la dieta (*Puntajes = OR = Razón de predominio).

Cumplimiento con el ejercicio

Pre tratamiento. En esta fase se consideraron las primeras mediciones efectuadas en la primera sesión del tratamiento (**grupo control 0.0%** y **grupo experimental 13%** de adherencia al ejercicio), para compararlas por medio de la prueba de Wilcoxon. Se encontró una $z=2.722$ $p=0.000$, que resultó estadísticamente significativa, por lo que se interpreta como que ambos grupos no fueron homogéneos en esta variable. Además es preciso notar el nivel bajo de adherencia al ejercicio en los dos grupos (figura 47).

Post tratamiento. Al concluir la intervención los porcentajes reportados de adherencia al ejercicio fueron para el **grupo control 2%** y para el **grupo experimental 94%**, resultando al realizar la comparación con la prueba de

Wilcoxon una diferencia estadísticamente significativa ($z=-9.68$ $p=0.000$), siendo notable la mayor adherencia al ejercicio en el grupo experimental (figura 47).

Mantenimiento del impacto del tratamiento en la variable cumplimiento del ejercicio. Se compararon por medio de la prueba de Wilcoxon, los porcentajes de cumplimiento del ejercicio reportados por los participantes en el **primer seguimiento** con los del **segundo seguimiento**, considerando solamente a los participantes que asistieron a los dos seguimientos, resultando tanto el grupo control como el grupo experimental sin diferencias significativas, aunque en el caso del grupo control se probó el mantenimiento de la no-adhesión al ejercicio, siendo lo opuesto para el grupo experimental, que probó la permanencia de la adhesión hacia el ejercicio (figura 47).

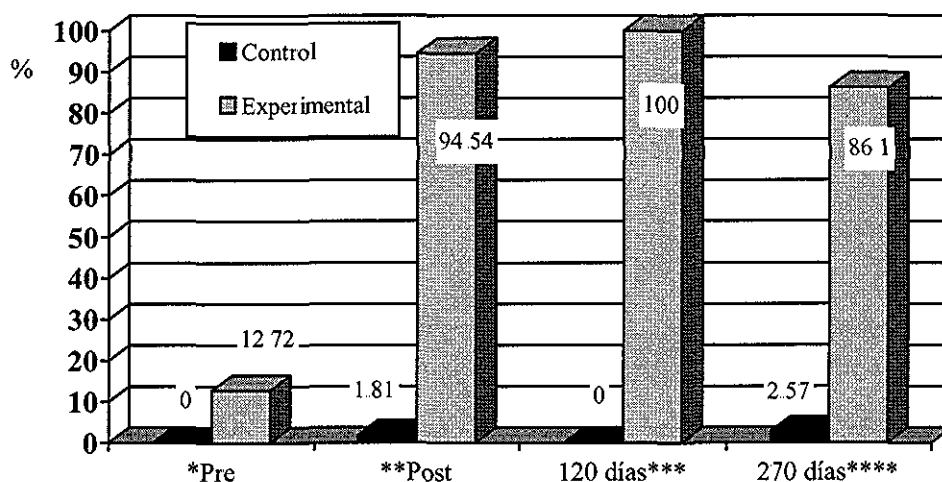


Figura 47 Efecto del tratamiento en la variable cumplimiento con el ejercicio.
*Pre tratamiento **post tratamiento ***primer seguimiento ****segundo seguimiento.

Posterior a la comprobación de una mayor adherencia al ejercicio por parte del grupo experimental, se realizaron **análisis de regresión logística** para encontrar las variables predictivas de esta adherencia. En el análisis entraron como posibles predictoras las siguientes **variables socio demográficas**: sexo, edad, ocupación, escolaridad y estado civil; **variables con relación al padecimiento**: tipo de padecimiento y tiempo de evolución; y **variables cognoscitivo-conductuales**: *locus* de control, causas de la enfermedad, percepción de control general del padecimiento, autoeficacia, expectativa del tratamiento, evaluación cognoscitiva del ejercicio (significado del ejercicio), manejo de las emociones, práctica de relajación y automonitoreo de la variable fisiológica. Los resultados mostraron solamente dos variables significativas estadísticamente: **causas de la enfermedad “hábitos”** OR= **2.96** CI 95% 1.17-7.47 y **significado del ejercicio como “positivo”** OR= **4.94** CI 95% 1.96 – 12.45 (figura 48).

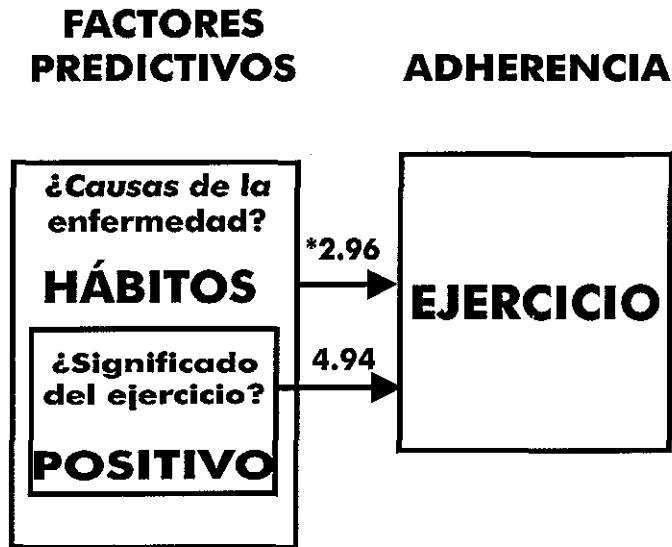


Figura 48 Factores predictivos de la adherencia al ejercicio. (*Puntajes =OR= Razón de predominio)

Control de peso

Para conocer el comportamiento de la variable peso corporal se obtuvo el IMC (Índice de Masa Corporal) de cada uno de los participantes del grupo control y del grupo experimental, considerando el peso y la talla de los mismos ($IMC=Kg/m^2$). Para ubicar los resultados en el rango de normalidad se tomó en cuenta la clasificación que se muestra en la tabla 15.

Tabla 15

Criterios de la Norma Oficial Mexicana para el control de peso.

Categorías del IMC	Criterios
Normal	> 18 y < 25
Sobrepeso	> 25 y < 27
Obesidad	>27

Pre tratamiento. Las primeras mediciones efectuadas en esta fase reportaron que los participantes del **grupo control** $\bar{X}=31.05 \pm D.E.=4.31$; como los del **grupo experimental** $\bar{X}=31.57 \pm D.E.= 2.04$, clasificaron en el rango de obesidad. Se utilizó la prueba t (muestras independientes) para comparar ambas medias la cual resultó no significativa, considerándose de esta manera que ambos grupos eran homogéneos con relación a esta variable (figura 49).

Post tratamiento. Para conocer si el programa de intervención impactó favorablemente a los grupos se analizaron primeramente las medias de cada grupo comparándolas con las que se obtuvieron en la fase de **pre tratamiento**. Se utilizaron pruebas t de medidas dependientes, encontrándose que el **grupo control** $\bar{X}=31.23 \pm D.E.= 4.30$ aumentó significativamente su media comparada con la que reportó en el **pre tratamiento** $\bar{X}= 31.05 \pm D.E. =4.30$, ($t=2.195$ $gl=54$ $p=0.032$), continuando así en el rango de obesidad. En el caso del **grupo experimental** la media obtenida en esta **fase** $\bar{X}=28.00 \pm D.E. =3.22$, comparada con la que obtuvo en el **pre tratamiento** $\bar{X}=31.57 \pm D.E.=2.04$, disminuyó significativamente ($t=11.63$ $gl=54$ $p=0.000$), clasificando en promedio en la categoría de sobrepeso y ya no en la de obesidad. Enseguida se compararon las medias de **ambos grupos** con pruebas t de medidas independientes resultando una diferencia estadísticamente significativa: $t=4.43$ $gl=108$ $p=0.000$ (figura 49).

Mantenimiento del impacto del tratamiento en la variable IMC. Las mediciones obtenidas en los dos seguimientos (**primer seguimiento** a los 120 días y **segundo seguimiento** a los 270 días), se analizaron tomando en cuenta sólo los pacientes que participaron en ambos, obteniéndose una n= 8 en el grupo control y un n=21 en el grupo experimental. Se realizó un contraste con la prueba de Wilcoxon para comparar las medias del pre tratamiento con el post tratamiento en el caso del grupo control y en el grupo experimental se utilizó una prueba t de medidas dependientes (figura 49).

Los resultados muestran con respecto al **grupo control** que al comparar la media del **primer seguimiento** $\bar{X}=31.18 \pm D.E.= 5.89$ con la del **segundo seguimiento** $\bar{X}=30.35 \pm D.E.= 3.87$, se mostró un descenso significativo de acuerdo con la prueba de Wilcoxon ($z=-2.023$ $p=0.043$) aunque es necesario señalar que de cualquier manera la media se ubica dentro del rango de obesidad, entendiéndose que el impacto parcial del subprograma educativo se mantuvo (figura 49).

En el caso del **grupo experimental** al comparar la media del **primer seguimiento** $\bar{X}= 26.90 \pm D.E. = 2.04$ con la del **segundo seguimiento** $\bar{X}=27.23 \pm D.E. \approx 2.16$, no se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa con la prueba t, lo que significa que el impacto positivo del programa de intervención se mantuvo a través del tiempo (figura 49).

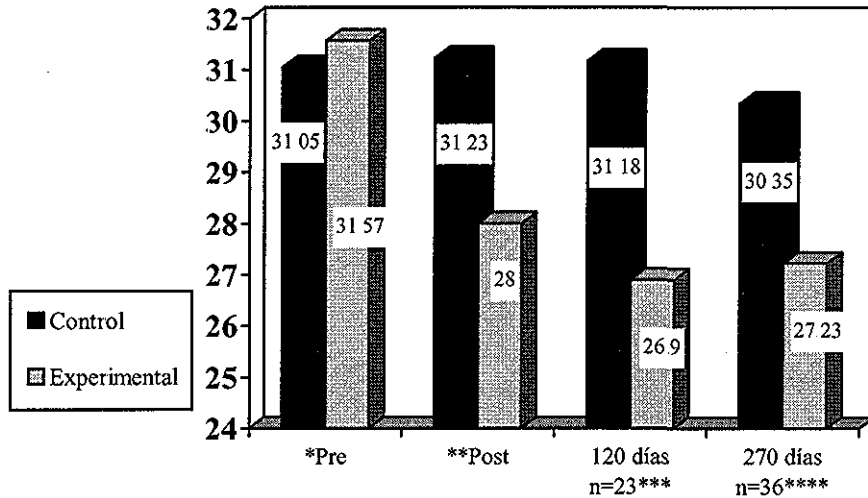
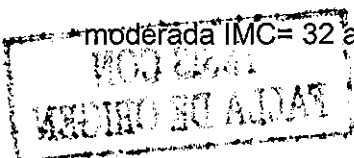


Figura 49. Efecto del tratamiento en la variable IMC (Normal = >18 y <25
 *Pre tratamiento **post tratamiento ***primer seguimiento ****segundo seguimiento.

Debido a que es necesario determinar con mayor precisión el grado de normalidad de las variables, se consideró oportuno en el caso del grupo experimental basarse en la clasificación del IMC que suscribe la National Academy of Sciences, la que determina el rango de normalidad de acuerdo con la edad y que clasifica el IMC normal como sigue: de 45 a 54 años IMC=22 a 27, de 55 a 65 años, IMC=23 a 28 y en mayores de 65 años IMC= 24 a 29, en el caso de los menores de 45 años, se utilizó el que establece la Norma Oficial Mexicana (IMC= 18 a 25). En tanto que para los tipos de obesidad se tomó en cuenta el criterio indicado por Chiprut, et al. (2001), quien refiere que el rango de obesidad leve es IMC= 30 a 31.9; obesidad moderada IMC= 32 a 34.9 y obesidad grave IMC por arriba de 35.



Al considerar los rangos mencionados, se encontró una distribución porcentual de la variable IMC en el grupo experimental como sigue: en la fase de pre tratamiento se encontró un 38% de pacientes en el rango de obesidad leve, un 60% en el rango de obesidad moderada y un 2% en el rango de obesidad severa, al disminuir la media grupal en la fase de post tratamiento los porcentajes se distribuyeron con un 66% en el rango normal, un 29% en el rango de sobrepeso y un 5% en el rango de obesidad, obteniéndose un 66% de ganancia. Comprobándose así el impacto positivo del programa de intervención en el grupo experimental (figura 50).

Mantenimiento del efecto del tratamiento en la variable IMC del grupo experimental. En el primer seguimiento se obtuvo un 65% de participantes en el rango de normal y un 35% en el rango de obesidad leve, mientras que en el segundo seguimiento un 67% se ubicó en el rango normal, un 25% en el rango de obesidad leve y un 8% en el rango de obesidad moderada, confirmándose el mantenimiento de la ganancia obtenida con el programa de intervención (figura 50).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

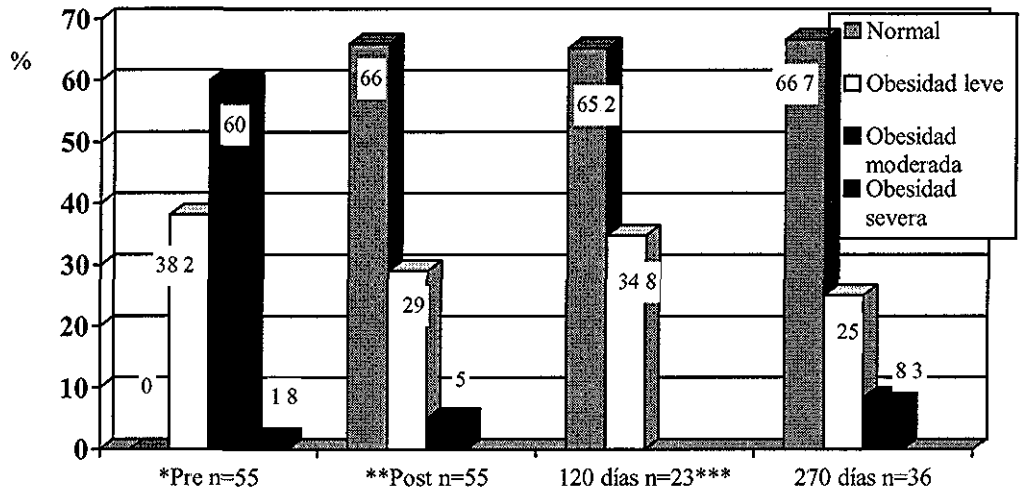


Figura 50 Efecto del tratamiento en la variable IMC de acuerdo con la edad. Grupo experimental. *pre tratamiento **pos tratamiento *** primer seguimiento ****segundo seguimiento.

Una vez habiéndose comprobado el impacto favorecedor del programa de intervención en el grupo experimental, se realizó un análisis de **regresión logística** con el objetivo de encontrar un modelo predictivo de los resultados positivos en esta variable. En el análisis se consideraron como variables predictivas probables: **variables socio demográficas:** sexo, edad, ocupación, escolaridad y estado civil; **variables con relación al padecimiento:** tipo de padecimiento y tiempo de evolución; y **variables cognoscitivo-conductuales:** locus de control, causas de enfermedad, percepción de control general del padecimiento, autoeficacia, expectativa del tratamiento, cumplimiento de la dieta, cumplimiento del ejercicio, manejo de las emociones, práctica de relajación y automonitoreo de la variable fisiológica. En el resultado se encontró que únicamente la variable **cumplimiento con la dieta** resultó ser significativa: **OR=1.79, IC95 %=1.00-3.20** (figura 51).

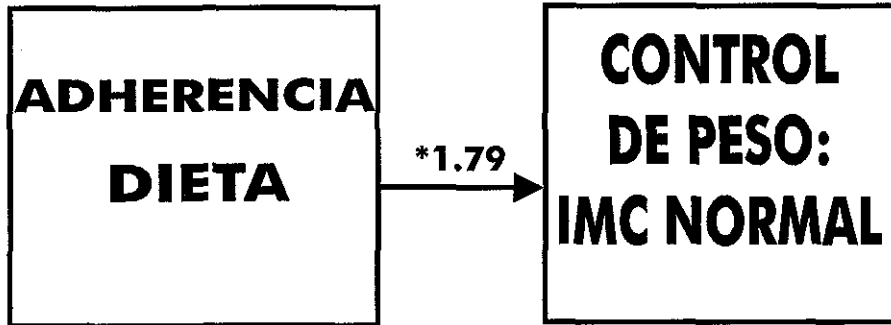


Figura 51 Factor predictivo del control de peso (*Puntajes = OR = Razón de predominio)

b) Control del padecimiento.

La segunda hipótesis a probar en este trabajo, fue que “**los pacientes del grupo experimental alcanzarán un mejor control del padecimiento en comparación con los pacientes del grupo control**”. Las variables que componen el control del padecimiento son : presión arterial sistólica, presión arterial diastólica y glucosa capilar.

Presión arterial sistólica.

Pre tratamiento. Considerando las mediciones iniciales de ambos grupos en esta variable, tenemos que tanto el grupo **control** ($\bar{X} = 145.39 \pm D.E. 2.24$) como el grupo **experimental** ($\bar{X} = 143.52 \pm D.E. 1.65$) se ubicaron en niveles patológicos, ya que el nivel considerado como normal es el rango de **120-139 mmHg**. Se realizó un contraste con la prueba t para muestras independientes

que no arrojó diferencias estadísticamente significativas, confirmándose así, que los grupos eran inicialmente homogéneos (figura 52).

Post tratamiento. Se realizaron primeramente contrastes intragrupal (pruebas t para muestras dependientes) para conocer el impacto del programa dentro de cada grupo, obteniéndose en ambos grupos diferencias significativas como se explica a continuación: en el grupo **control** ($t=3.56$ $gl=37$ $p=0.003$) al comparar la media obtenida durante la primera sesión ($\bar{X}=145.39 \pm D.E.=2.24$) con la obtenida en la última sesión ($\bar{X}=137.37 \pm D.E.=14.88$) del subprograma educativo. De igual manera en el grupo **experimental** ($t=7.16$ $gl=40$ $p=.000$), al comparar la media del **pre tratamiento** ($\bar{X}=143.52 \pm D.E.=1.65$) con la del **post tratamiento** ($\bar{X}=123.78 \pm D.E.=8.18$), observándose que ambas medias se ubicaron dentro del rango de normalidad. Posterior a este contraste se realizó uno con la prueba t de medidas independientes para comparar ambos grupos, resultando una diferencia significativa ($t=4.98$ $gl=77$ $p=.000$), con lo que se manifiesta el **mayor descenso** en la media **del grupo experimental** respecto a la del grupo control (figura 52).

Mantenimiento del impacto del tratamiento en la variable presión sistólica. En el caso del grupo **control**, se realizaron pruebas no paramétricas (Wilcoxon), debido a que sólo asistieron a los dos seguimientos de manera consecutiva, 8 participantes del total de la muestra, de los cuales

sólo 5 estaban diagnosticados como hipertensos. Los resultados muestran que las medianas obtenidas en los seguimientos (**primero Mediana = 130 y segundo Mediana = 130**) se mantuvieron dentro de los límites de normalidad, así mismo las medias respectivas fueron: ($\bar{X}=136.00 \pm D.E. =13.42$ y $\bar{X} = 138.60 \pm D.E. =12.54$) comprobándose mediante la prueba de Wilcoxon que no hubo diferencia significativa (figura 52).

Al considerar el **grupo experimental** se encontró que en el primer seguimiento solamente asistieron 23 pacientes de los 55 que participaron en el programa, mientras que en el segundo seguimiento asistieron 36 de ellos. Se realizaron pruebas t de medidas dependientes tomando en cuenta sólo los participantes que asistieron a los dos seguimientos, resultando una n=21, de los cuales solo 14 eran hipertensos, encontrándose como se muestra en la figura 52, que las medias mostraron niveles muy parecidos (primer seguimiento $\bar{X}=123.57 \pm D.E.=10.82$ y segundo seguimiento $\bar{X}=123.40 \pm D.E.=10.87$), no encontrándose diferencias significativas en los análisis con la prueba t, por lo que se comprueba que se mantuvo el efecto positivo del programa de intervención en esta variable, (media dentro de los límites de normalidad).

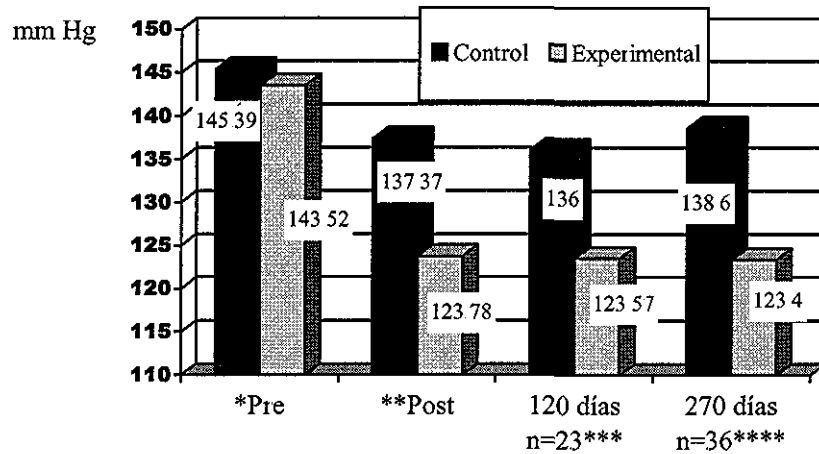


Figura 52. Efecto del tratamiento en la variable presión sistólica.
 *Pre tratamiento **post tratamiento ***primer seguimiento ****segundo seguimiento.

Debido a que las desviaciones estándar en ambos grupos fueron grandes, se investigaron los porcentajes de los participantes que lograron ubicar la presión sistólica dentro de la normalidad al finalizar la intervención, realizándose una categorización de la variable de la siguiente forma: se consideró normal el rango de 120-139 mmHg; patología moderada de 140-160 mmHg y patología alta mayor de 160 mmHg. Los resultados muestran que se obtuvo un mayor porcentaje de pacientes con nivel normal de la variable en el **grupo experimental (95%)**, resultando una ganancia del pre al post tratamiento de **59%** en comparación con el **grupo control (47%)**, con una ganancia de **11%** (tabla 16).

Al tomar en cuenta la clasificación de la presión sistólica, observamos en la tabla 16, que el mayor porcentaje de participantes del **grupo control** se

ubicó en el **primer seguimiento (60.0 %)** dentro del **rango normal**, mientras que en el **segundo seguimiento (60.0 %)** en el rango de **patología moderada (140-160 mmHg)**.

Respecto al **grupo experimental** se observa en la tabla 16, que el mayor porcentaje de participantes se ubicó tanto en el primer seguimiento (**86%**), como en el segundo seguimiento (**92%**) en la categoría de **normal (120-139 mmHg)**.

Tabla 16
Distribución porcentual del efecto del tratamiento en la variable presión arterial sistólica de acuerdo a categorías.

	PRE*		POST**		CONTROL GANANCIA %		120 DIAS***		270 DIAS****	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
	NORMAL (120-139)	14	36.8	18	47.4	4	+10.6	3	60.0	10
PAATOLOGIA MODERADA (140-160)	17	44.7	19	50.0	-2	-5.2	2	40.0	15	60.0
PAATOLOGIA ALTA (>160)	7	18.5	1	2.6	-6	-5.8				
	38	100.0	38	100.0			5	100.0	25	100.0

	PRE		POST		EXPERIMENTAL GANANCIA %		120 DIAS		270 DIAS	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
	NORMAL (120-139)	15	36.6	39	95.2	24	+58.6	12	85.7	23
PAATOLOGIA MODERADA (140-160)	22	53.7	2	4.8	-20	-48.9	2	14.3	2	8.0
PAATOLOGIA ALTA (>160)	4	9.7			-4	-9.7				
	41	100.0	41	100.0			14	100.0	25	100.0

*Pre tratamiento **post tratamiento ***primer seguimiento ****segundo seguimiento

Se realizaron análisis de **regresión logística** con el objetivo de encontrar variables predictoras del control de la presión arterial sistólica considerando como posibles las siguientes: **socio demográficas**: sexo, edad, ocupación, escolaridad y estado civil; **con relación al padecimiento**: tipo de padecimiento y tiempo de evolución; y **cognoscitivo-conductuales**: *locus* de control, causas de enfermedad, percepción de control general del padecimiento, autoeficacia, cumplimiento de la dieta, del ejercicio, manejo de las emociones, práctica de relajación y automonitoreo de la variable fisiológica. Los resultados muestran que sólo el **cumplimiento del ejercicio** mostró ser significativo **OR=9.49 CI 95% 3.39 – 26.61** (figura 53).

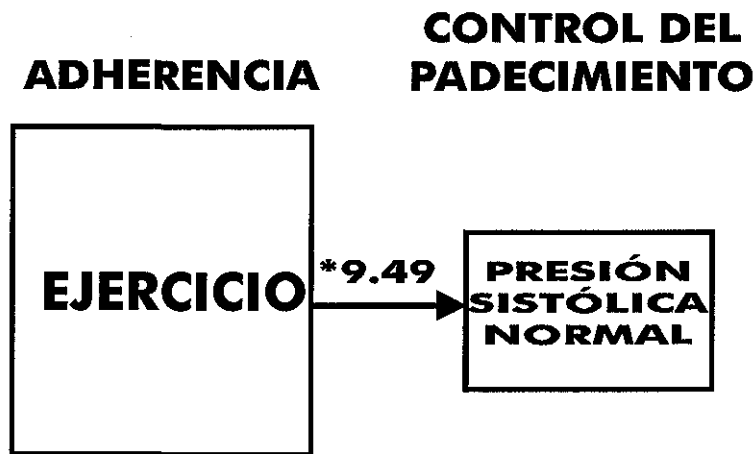


Figura 53 Factor predictivo del control del padecimiento. Presión sistólica. (*Puntajes =OR= Razón de predominio.

Presión arterial diastólica.

Pre tratamiento. Las mediciones realizadas en esta fase reportaron que las medias iniciales de ambos grupos (control $\bar{X}=89.61 \pm D.E.= 10.74$) y

(experimental $\bar{X}=88.60 \pm D.E.= 8.68$), se encontraban en niveles de normalidad, comprobándose por medio de un análisis de diferencias de medias (prueba t de medidas independientes) que inicialmente existía homogeneidad entre los grupos respecto a esta variable ya que el análisis resultó no estadísticamente significativo (figura 54).

Post tratamiento. En esta fase, se analizó primeramente si el programa había reflejado un impacto en las medias de cada grupo, realizándose para ello un análisis con la prueba t de muestras dependientes. En el grupo **control** las medias (pre-tratamiento $\bar{X}=89.61 \pm D.E. =10.74$ y **post-tratamiento** $\bar{X}=87.89 \pm D.E. =9.42$) no resultaron con diferencia significativa. En el caso del grupo **experimental** las medias (**pre-tratamiento** $\bar{X}=88.60 \pm D.E. =8.68$ y **post tratamiento** $\bar{X}=78.54 \pm D.E.=5.73$) mostraron una diferencia estadísticamente significativa ($t=7.77$ $gl=40$ $p= .000$). Esta diferencia fue en el sentido de descenso de la media en el post tratamiento (figura 54).

Para conocer si el impacto del programa resultaba significativamente diferente se compararon las medias de ambos grupos, aplicando una prueba t para muestras independientes. La comparación de la media del **grupo control** ($\bar{X}=87.89 \pm D.E.= 9.42$), con la del **grupo experimental** ($\bar{X}=78.54 \pm D.E.= 5.73$) resultó estadísticamente significativa ($t=5.28$ $gl=77$ $p=.000$), a favor del grupo experimental (figura 54).

Mantenimiento del impacto del tratamiento en la variable presión arterial diastólica. Se compararon las medias obtenidas en el **primer seguimiento**, con las del **segundo seguimiento**. En el caso del **grupo experimental** la asistencia constante a los dos seguimientos fue de 21 pacientes (14 hipertensos) y en el grupo control de 8 pacientes (5 hipertensos). Los contrastes realizados (prueba t medidas dependientes), entre las medias del **grupo experimental** y (prueba de Wilcoxon) entre las medias del **grupo control**, mostraron que en ambos grupos no hubo diferencia significativa confirmándose así el mantenimiento del impacto del programa (medias grupales en nivel de normalidad), obtenido previamente 270 días antes, en el post tratamiento (figura 54).

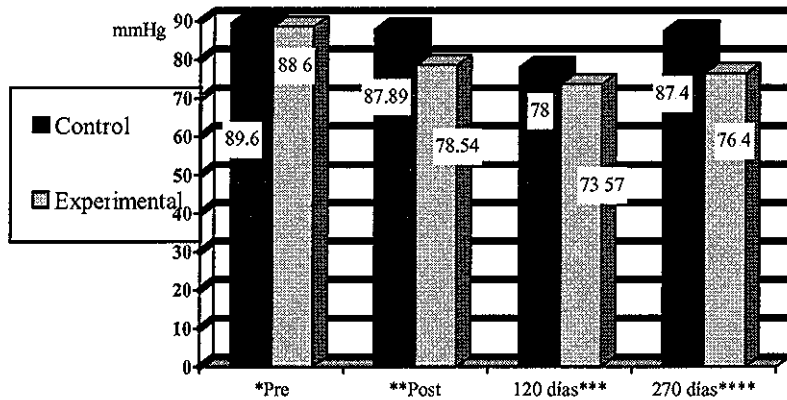


Figura 54 Efecto del tratamiento en la variable presión arterial diastólica. Normal (70-89 mmHg)

*Pre tratamiento **post tratamiento ***primer seguimiento ****segundo seguimiento.

Además, se categorizó la variable en tres niveles con el objetivo de analizar los porcentajes de pacientes y poder precisar la ganancia obtenida. Se encontró que el **grupo experimental** mostró una mayor ganancia en el porcentaje que se ubicó en niveles de normalidad (61%) en la fase (post tratamiento), en comparación al **grupo control** que solo alcanzó una ganancia del (3%). Es notorio el mayor porcentaje de pacientes ubicados en el nivel de normalidad tanto en el primer seguimiento (100.0%) como en el segundo seguimiento (92.0%) del **grupo experimental**, en comparación del **grupo control** 80.0 % y 32.0 % respectivamente. Por lo que se subraya que aunque el promedio de los dos grupos (experimental y control) clasificó en niveles normales después de la intervención y se mantuvo en la etapa de seguimiento, al considerar la clasificación de la variable por categorías, el grupo experimental resultó con porcentajes mayores de pacientes en la categoría de normalidad, en comparación con el grupo control (tabla 17).

Tabla 17

Distribución porcentual del efecto del tratamiento en la variable presión arterial diastólica.

	PRE*		POST**		CONTROL GANANCIA %		120 DIAS***		270 DIAS****	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
	NORMAL (70-89)	11	29.0	12	31.6	1	+2.6	4	80.0	8
PATOLOGIA MODERADA (90-119)	26	68.4	26	68.4		-0.0	1	20.0	17	68.0
PATOLOGIA ALTA (>120)	1	2.6			1	-2.6				
	38	100.0	38	100.0			5	100.0	25	100.0
	PRE		POST		EXPERIMENTAL GANANCIA %		120 DIAS		270 DIAS	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
	NORMAL (70-89)	13	31.7	38	92.7	25	+61.0	14	100	23
PATOLOGIA MODERADA (90-119)	28	68.3	3	7.3	-25	-61.0			2	8.0
PATOLOGIA ALTA (>120)										
	41	100.0	41	100.0			14	100.0	25	100.0

*Pre tratamiento ** post tratamiento ***primer seguimiento ****segundo seguimiento

El siguiente análisis correspondió a la búsqueda de variables predictoras para el control de la presión diastólica, para lo que se sometieron a un **análisis de regresión logística** las **variables socio demográficas**: sexo, edad, ocupación, escolaridad y estado civil; **variables con relación al padecimiento**: tipo de padecimiento y tiempo de evolución; y **variables cognoscitivo-conductuales**: *locus* de control, causas de enfermedad, percepción de control general del padecimiento, autoeficacia, cumplimiento de la dieta, del ejercicio, manejo de las emociones, práctica de relajación y

automonitoreo de la variable fisiológica, como variables probables de predicción. Los resultados mostraron que únicamente el **cumplimiento del ejercicio** mostró significancia: OR = 6.00 CI 95 % 2.52 – 14.23 (figura 55).

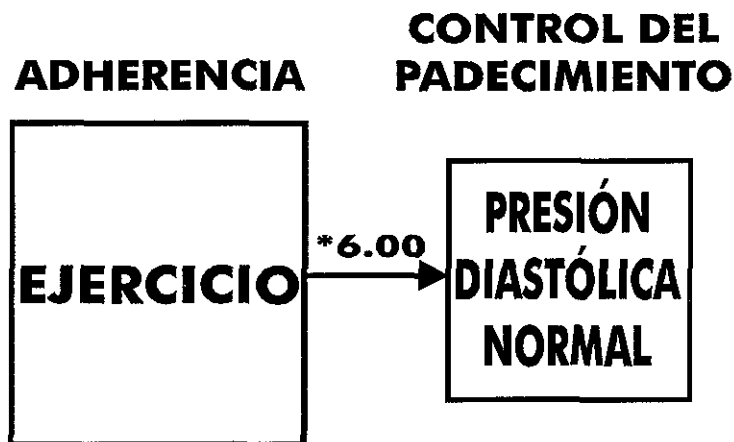


Figura 55 Factor predictivo del control del padecimiento. Presión arterial diastólica. (*Puntajes =OR= Razón de predominio.

Glucosa capilar.

Pre tratamiento. Las medias de esta variable en esta fase, se encontraron en la categoría de patología alta, tanto en el **grupo control** ($\bar{X}=199.17 \pm$ D.E. =8.08), como en el **grupo experimental** ($\bar{X}=215.07 \pm$ D.E.= 8.64). Aunque de acuerdo con las medias el nivel de glucosa era más alto en el grupo experimental los resultados no fueron estadísticamente significativos, por lo que los grupos mostraron ser inicialmente homogéneos (figura 56).

Post tratamiento. En esta fase se efectuaron dos tipos de análisis uno intragrupal, para conocer si el programa había tenido algún efecto dentro de los grupos y uno intergrupala, para confirmar o rechazar diferencias entre los grupos. En relación con el **grupo control** al comparar la media obtenida en el **pre tratamiento** ($\bar{X}=199.17 \pm D.E.= 8.08$) con la obtenida en el **post tratamiento** ($\bar{X}=185.56 \pm D.E.= 6.51$) el análisis intragrupal (prueba t de medidas dependientes) mostró una diferencia significativa ($t=2.32$ $gl=35$ $p<0.05$), observándose un descenso en la media, aunque ubicándose en el nivel de patología alta. Respecto al **grupo experimental** la media obtenida en el **pre tratamiento** ($\bar{X}=215.07 \pm D.E.= 8.64$) comparada con la obtenida en el **post tratamiento** ($\bar{X}=112.04 \pm D.E.= 2.06$) presentó una diferencia estadísticamente significativa ($t=6.67$ $gl=26$ $p<0.01$) confirmándose un impacto favorable del programa de intervención, ya que la media se ubicó en el nivel de patología moderada, cuando inicialmente dicho nivel era más alto que el del grupo control (figura 56).

Para conocer si el impacto del programa de intervención en el grupo experimental representaba una diferencia significativa en relación con el grupo control, se compararon ambas medias utilizando una t de medidas independientes, la cual resultó ser significativa: $t=6.35$ $gl=61$ $p< 0.01$ (figura 56).

Mantenimiento del impacto del tratamiento en la variable glucosa capilar. Las mediciones obtenidas en los dos seguimientos descritos con anterioridad (primer seguimiento a los cuatro meses, y el segundo seguimiento a los nueve meses posteriores al post tratamiento) presentaron los siguientes resultados: en el **grupo control** en el primer seguimiento se presentaron diez pacientes de los que únicamente 8 fueron diabéticos y en el segundo seguimiento 36 pacientes de los cuales 29 presentaban este padecimiento. Para compararlos solamente se tomaron en cuenta a los que asistieron a los dos seguimientos, resultando una $n=8$, por lo que se utilizó la prueba de Wilcoxon para buscar diferencias entre la media del (**primer seguimiento** $\bar{X}=206.25 \pm D.E. =1.11$) con la media del **segundo seguimiento** ($\bar{X}=191.79 \pm D.E.=7.97$). Los resultados no mostraron diferencias significativas, indicando esto, que se mantuvo el efecto parcial del subprograma educativo. Aunque es conveniente notar que hubo una mejoría en el segundo seguimiento sin llegar a los niveles normales de la variable (figura 56).

En el caso del grupo experimental, tenemos que la asistencia a los seguimientos fue como sigue: en el primer seguimiento asistieron 23 pacientes de los cuales 15 eran diabéticos y en el segundo seguimiento asistieron 36, siendo solamente 19 participantes diabéticos. Por medio de la prueba t de medidas dependientes se comparó las medias de los dos seguimientos (**primer seguimiento** $\bar{X}=106.00 \pm D.E.= 1.80$ y **segundo**

seguimientos $\bar{X} = 108.95 \pm D. E.= 2.23$). Se consideraron a los participantes que habían asistido a los dos seguimientos, resultando una $n = 13$ participantes. El resultado de la prueba t no fue estadísticamente significativo por lo que se considera que el impacto del programa de intervención en el sentido favorable (control del nivel de glucosa capilar) se mantuvo a través del tiempo (figura 56).

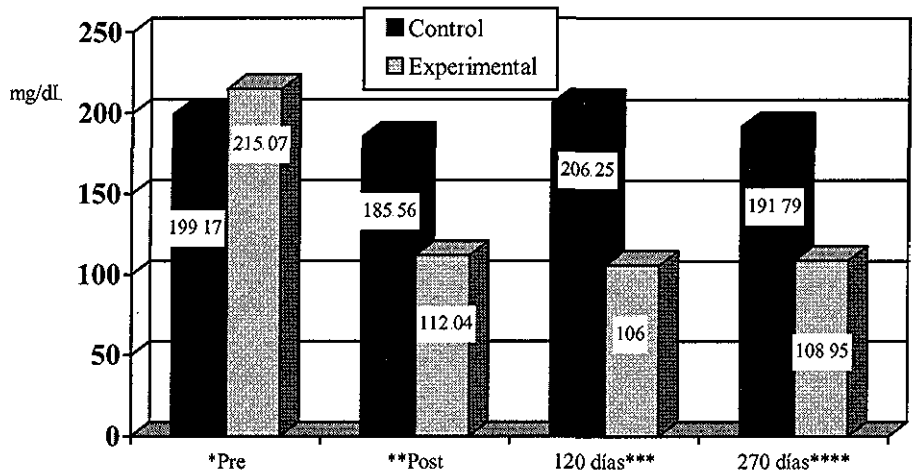


Figura 56 Efecto del tratamiento en la variable glucosa capilar. Normal (80-110 mg/dl) *pre tratamiento **post tratamiento ***primer seguimiento ****segundo seguimiento.

Para ubicar de manera más precisa el impacto del programa de intervención, se clasificaron los participantes de ambos grupos de acuerdo a los siguientes rangos de la variable glucosa capilar: normal (80-110 mg/dl); patología moderada (111-140 mg/dl) y patología alta (>140 mg/dl). De esta manera se encontró que el **grupo control** solamente obtuvo una ganancia de 3% al comparar el porcentaje de pacientes ubicados en el nivel de patología

moderada en el pre tratamiento (22%) con el obtenido en el post tratamiento (25%), mientras que el **grupo experimental** obtuvo un 37% de ganancia en la categoría de normal, y un 37% en la categoría de patología moderada al comparar los porcentajes iniciales (categoría normal) 4% con un 41% en el post tratamiento; y un 19% inicial (categoría patología moderada) con un 56% en el post tratamiento, disminuyendo así, el nivel de glucosa capilar en un 74% de pacientes ubicados en la patología alta (tabla 18).

Considerando la clasificación de la variable de acuerdo con los niveles de normalidad y patología se encontró que en los seguimientos realizados el **grupo control** presentó porcentajes bajos de participantes ubicados en el rango de normal (**12% y 7%**) primero y segundo seguimiento respectivamente y como consecuencia porcentajes altos en el rango de patología alta (62% y 72%) en cambio el **grupo experimental** mostró un comportamiento opuesto en esta variable ya que tanto en el **primero** como en el **segundo seguimiento** los porcentajes de los pacientes ubicados en el **rango normal** fueron altos (**53% y 58%**) siguiéndole el rango de patología moderada con 47% y 37%, encontrando solamente un caso (5%) ubicado en el rango de patología alta durante el segundo seguimiento (tabla 18).

Tabla 18.- Distribución porcentual del efecto del tratamiento en la variable glucosa capilar.

	PRE*		POST**		GANANCIA %		120 DIAS***		270 DIAS****	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
	CONTROL									
NORMAL (80-110)	3	8.3	3	8.3		0.0	1	12.5	2	6.9
PAATOLOGIA MODERADA (111-140)	8	22.3	9	25.0	1	+3.0	2	25.0	6	20.7
PAATOLOGIA ALTA (>140)	25	69.4	24	66.7	1	-3.0	5	62.5	21	72.4
	36	100.	36	100.			8	100	29	100
					EXPERIMENTAL					
	PRE		POST		GANANCIA %		120 DIAS		270 DIAS	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
NORMAL (80-110)	1	3.7	11	40.7	+10	+37.0	8	53.3	11	57.9
PAATOLOGIA MODERADA (111-140)	5	18.6	15	55.6	+10	+37.0	7	46.7	7	36.8
PAATOLOGIA ALTA (>140)	21	77.7	1	3.7	-20	-74.0			1	5.3
	27	100.0	27	100.0			15	100.0	19	100.0

*Pre tratamiento **post tratamiento ***primer seguimiento ****segundo seguimiento

Con la finalidad de detectar las variables que pudieran predecir el control de la glucosa, se realizaron análisis de **regresión logística** considerando como variables probables de predicción las siguientes **variables socio demográficas**: sexo, edad, ocupación, escolaridad y estado civil; **variables con relación al padecimiento**: tipo de padecimiento y tiempo de evolución; y **variables cognoscitivo-conductuales**: *locus* de control, causas de enfermedad, percepción de control general del padecimiento, autoeficacia, expectativa de tratamiento, cumplimiento de la dieta,

cumplimiento del ejercicio, manejo de las emociones, práctica de relajación y automonitoreo de la variable fisiológica. Los resultados mostraron que solamente la variable **cumplimiento con la dieta** fue estadísticamente significativa (**OR = 4.49 CI 95 % .9723 – 20.82**) (figura 57).

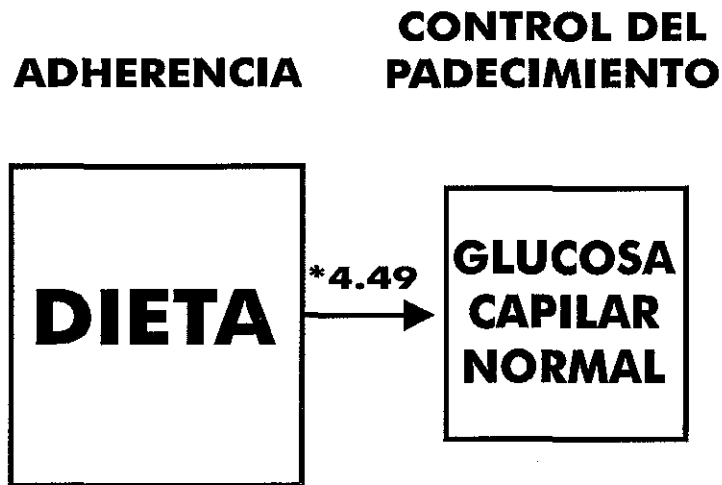


Figura 57 Factor predictivo del control del padecimiento. Glucosa capilar. (*Puntajes =OR= Razón de predominio.

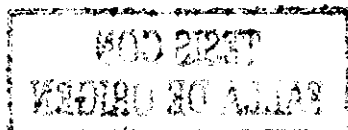
c) Factor de riesgo de obesidad tipo androide

Se utilizaron las medidas antropométricas de la cintura y de la cadera, para conocer si los participantes presentaban el factor de riesgo de obesidad tipo androide la que se determina al obtener el índice de estas dos medidas (**ICC=C/C**). Para la clasificación de los resultados se consideraron los valores sugeridos por Casillas y Vargas (1993) quienes reportan como

valores normales encontrados en nuestro país, los siguientes: mujeres entre 0.71 - 0.84; y hombres 0.78-0.93. A partir de este criterio, los valores mayores son considerados como obesidad tipo androide, a mayor valor mayor riesgo.

Pre tratamiento. Se compararon con una prueba t de medidas independientes, los índices obtenidos en la primera sesión de la intervención, **grupo control** $\bar{X}=1.00 \pm D.E.= 0.20$ y **grupo experimental** $\bar{X}= 1.01 \pm D.E.= 0.24$, resultando que no hubo diferencias estadísticamente significativas, por lo que se consideró que los grupos eran inicialmente homogéneos y ubicándose al mismo tiempo dentro del rango de **obesidad tipo androide ambos grupos** (figura 58).

Post tratamiento. Al finalizar la intervención las mediciones obtenidas en la última sesión de ambos grupos se compararon con las obtenidas en el pre tratamiento en la primera sesión, utilizando pruebas t de medidas dependientes, de esta manera se encontró que el **grupo control** con una media en el **pre tratamiento de** $\bar{X}=1.00 \pm D.E.= 0.20$ y una $\bar{X}=1.00 \pm D.E.= 0.23$ en el **post tratamiento**, no presentó diferencia significativa, interpretándose con esto que el subprograma educativo no logró ningún efecto en este grupo en tanto que en el **grupo experimental** con una $\bar{X} = 1.01 \pm D.E.= 0.24$ en el **pre tratamiento** y una $\bar{X}= 0.94 \pm D.E.= 0.42$ en el **post tratamiento**, se comprobó una diferencia significativa $t= 11.29$ $gl=54$ $p< 0.01$ determinándose el impacto del programa de intervención; y para comprobar si este impacto demostrado en el grupo experimental mostraba



ser significativo respecto al grupo control se realizó un contraste con las medias de ambos grupos utilizando una prueba t de medidas independientes (**grupo control** $\bar{X}=1.00 \pm D.E.= 0.23$ y **grupo experimental** $\bar{X}=0.94 \pm D.E.=0.42$), resultando una diferencia significativa $t=9.32$ $gl=108$ $p< 0.01$ (figura 58).

Mantenimiento de los efectos del tratamiento en la variable Índice de Cintura y Cadera ICC= C/C. Se compararon las mediciones obtenidas en el primer seguimiento con las obtenidas en el segundo seguimiento en ambos grupos: **grupo control primer seguimiento** ($\bar{X}=1.00 \pm D.E.= 0.34$); **segundo seguimiento** ($\bar{X}=1.00 \pm D.E.= 0.28$); y **grupo experimental primer seguimiento** ($\bar{X}=0.91 \pm D.E.= 0.47$); **segundo seguimiento** ($\bar{X}=0.92 \pm D.E.= 0.47$); se aplicó una prueba t de medidas dependientes en el caso del grupo experimental y la prueba de Wilcoxon en el caso del grupo control, considerando solamente a los participantes que asistieron a los dos seguimientos. Los análisis realizados mostraron que no hubo diferencias significativas en ninguno de los grupos. Con base en estos resultados puede decirse que en el caso del **grupo control permaneció el factor de riesgo de obesidad tipo androide**, mientras que en el caso del **grupo experimental** lo contrario fue cierto ya que se **mantuvo la disminución del riesgo** obtenida en la fase de post tratamiento (figura 58).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

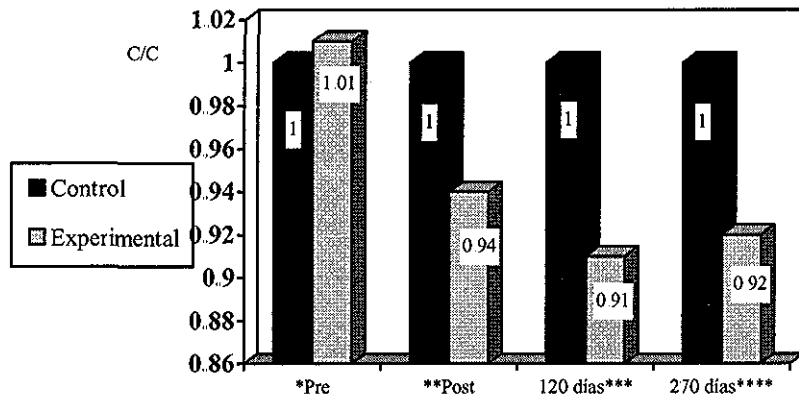


Figura 58 Efecto del tratamiento en la variable Índice de Cintura y Cadera.
*pre tratamiento ** post tratamiento *** primer seguimiento ****segundo seguimiento.

Para precisar el impacto del programa durante la intervención y los dos seguimientos, los valores encontrados en el rango de obesidad tipo androide del grupo experimental, se categorizaron como sigue: en relación con los hombres se consideró riesgo leve ICC= 0.94 a 0.96; riesgo moderado ICC= 0.97 a 0.99 y riesgo severo ICC > 1.00; en el caso de las mujeres se estableció riesgo leve ICC= 0.85 a 0.90; riesgo moderado ICC= 0.91 a 0.96 y riesgo severo ICC > 0.97.

Con base en esta clasificación, se distribuyeron porcentualmente las mediciones obtenidas en el grupo experimental, para conocer con exactitud la ganancia obtenida, encontrándose en el caso de los **hombres**, que de obtenerse en el **pre tratamiento un 100% de obesidad tipo androide**, en el **post tratamiento** solamente quedó un **12% con este riesgo**,

(88% de ganancia); un 31% sin riesgo (normal), un 25% en riesgo leve y un 31% en riesgo moderado. En el caso de las **mujeres, de ubicarse el 100% en obesidad tipo androide** en el **pre tratamiento**, en esta fase quedó un **23% en este riesgo, (67% de ganancia)**; un 59% en riesgo moderado, un 13% en riesgo leve y un 5% sin riesgo (normal) (figuras 59 y 60).

En la etapa de seguimiento la distribución porcentual del riesgo de obesidad androide en los participantes del **grupo experimental** resultó como sigue: en el caso de los **hombres** en el primer seguimiento (n=8) se encontró un **0.0% de participantes con riesgo severo de obesidad tipo androide**, 37% con riesgo moderado, 25% con riesgo leve y un 37% sin riesgo, (índice normal). En el **segundo seguimiento** (n=9) resultó un **0.0 % de participantes dentro de riesgo severo con obesidad tipo androide**, 56% en riesgo moderado, 11% en riesgo leve y un 33% sin riesgo (figura 59).

Respecto a la submuestra de **mujeres**, se encontró en el **primer seguimiento** (n=15) un **7% de participantes en riesgo severo de obesidad tipo androide**, 53% en riesgo moderado, 27% en riesgo leve y un 13% sin riesgo. En el **segundo seguimiento** (n=27), resultó un **11% de participantes en riesgo severo de obesidad tipo androide**, un 59% en riesgo moderado, un 22% en riesgo leve y un 7% sin riesgo (índice normal) (figura 60).

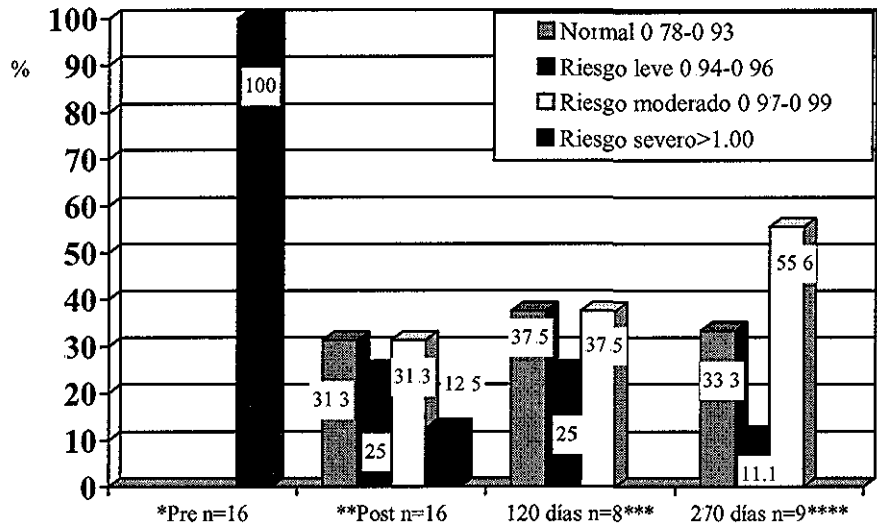


Figura 59 Efecto del tratamiento en la variable Índice Cintura Cadera en la submuestra hombres *Pre tratamiento ** post tratamiento ***primer seguimiento ****segundo seguimiento

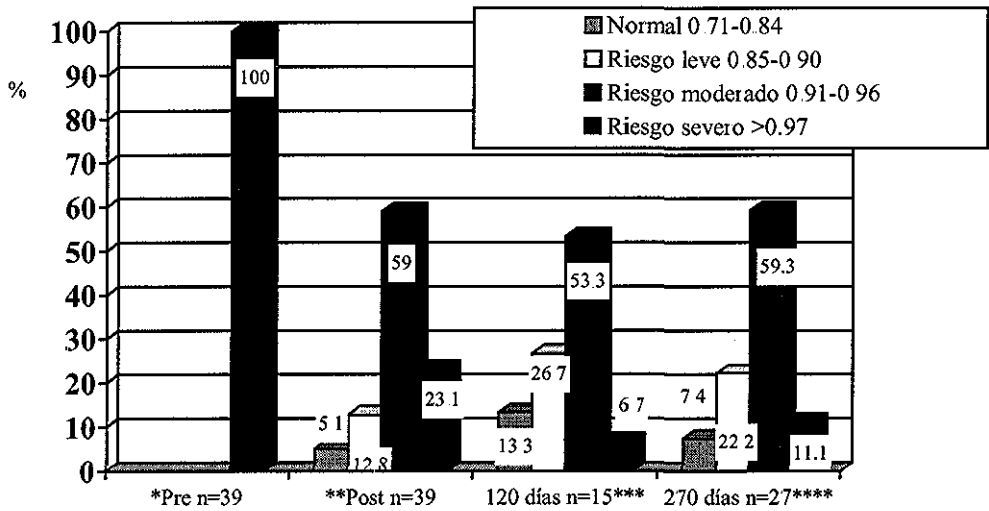


Figura 60 Efecto del tratamiento en la variable Índice Cintura Cadera en la sub muestra mujeres *Pre tratamiento **post tratamiento ***primer seguimiento ****segundo seguimiento.

Se realizaron análisis de **regresión logística** con el fin de conocer las variables predictoras del control del factor de riesgo de obesidad tipo androide. Se consideraron las siguientes **variables socio demográficas**: sexo, edad, ocupación, escolaridad y estado civil; **variables con relación al padecimiento**: tipo de padecimiento y tiempo de evolución; y **variables cognoscitivo-conductuales**: *locus* de control, causas de enfermedad, percepción de control general del padecimiento, autoeficacia, expectativa del tratamiento, cumplimiento de la dieta, cumplimiento del ejercicio, manejo de las emociones, práctica de relajación y automonitoreo de la variable fisiológica. En el resultado se encontró que únicamente la variable **cumplimiento del ejercicio** obtuvo significancia **OR = 6.85 CI 95 % 3.10 – 15.15**, considerándose así, como la variable predictora (figura 61).

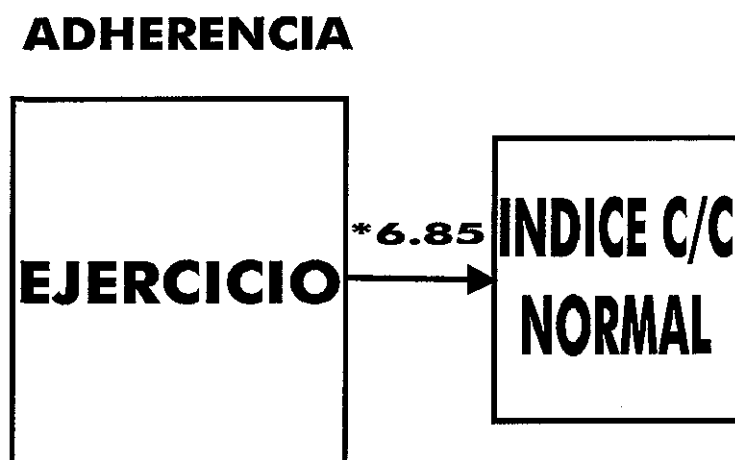


Figura 61 Factor predictivo del control del Índice Cintura/Cadera. (*Puntajes =OR= Razón de predominio.

5. Modelo predictivo de la adherencia al tratamiento y control del padecimiento

En los resultados antes descritos se explicaron las variables que funcionan como factores predictivos en la adherencia al tratamiento y el control del padecimiento. A continuación se muestra en la fig. 62, el modelo predictivo en su conjunto; interpretándose como sigue: en el caso de la adherencia al tratamiento, la presencia de la creencia de que los hábitos causan la enfermedad influye tanto en la adherencia a la dieta como en la adherencia al ejercicio, así como también la presencia de evaluaciones cognoscitivas “positivas” acerca del significado de hacer dieta y hacer ejercicio influyen en la adherencia a estas conductas. **Al lograrse la adherencia a la dieta ésta influyó en el control de peso y el control de la glucosa capilar; y la adherencia al ejercicio influyó en el control de los padecimientos: presión sistólica, diastólica y en el control del factor de riesgo de obesidad tipo androide (figura 62).**



Figura 62 Factores predictivos de la adherencia al tratamiento y control del padecimiento. (*Puntajes =OR= Razón de predominio)

6. Análisis de covarianza ANCOVA de las variables dependientes: presión arterial sistólica, presión arterial diastólica, glucosa capilar, Índice de Masa Corporal (IMC), Índice de Cintura y Cadera (ICC)

Con el objetivo de conocer si la variable sexo influía en los resultados obtenidos en el grupo experimental, se efectuó un Ancova Factorial Simple considerando la variable sexo como factor y la variable edad como covariante. Los resultados mostraron que el factor **sexo** solamente influye en la variabilidad del **nivel de glucosa** ($F=7.758$ $gl=1$ $p=<0.05$).

DISCUSIÓN SEGUNDA ETAPA

Una de las principales causas de complicaciones en los padecimientos crónico degenerativos es la no-adherencia terapéutica, en especial respecto al cumplimiento con la dieta, el ejercicio y el control de peso. Esta situación desarrolla en los pacientes sintomatología progresiva, evolución a estadios superiores de la enfermedad y consecuentemente un deterioro de la calidad de vida. Los pacientes de la muestra presentaban hiperglucemia, un nivel de presión sistólica anormal, eran obesos, no hacían ejercicio ni seguían una dieta adecuada, lo que los colocaba en una situación de probables complicaciones de su padecimiento y de riesgo mayor para otras patologías como la coronaria.

Las creencias y evaluaciones cognoscitivas de su padecimiento y la adhesión al tratamiento (dieta y ejercicio), los inducían a una condición de no-adherencia ya que la mayoría antes de la intervención consideraban el llevar dieta y realizar ejercicio acciones amenazantes. Percibían que la enfermedad tenía un control externo, que la causa de su enfermedad eran causas fatales adjudicándolas a Dios, al destino o a la suerte. Otra carencia importante fue que no realizaban conductas de autocuidado como el manejo adecuado de las emociones, práctica de técnicas de relajación y de automonitoreo de la variable fisiológica indicadora de su padecimiento.

En consecuencia se consideró importante instrumentar un programa factible que coadyuvara en el cambio de estilo de vida de estos pacientes, habilitándolos en conductas, creencias y actitudes favorables hacia la salud. El objetivo principal del presente estudio, fue que los pacientes se adhirieran al tratamiento para lograr el control de su padecimiento.

El programa diseñado fue una intervención multidisciplinaria, en donde la variable independiente fue la aplicación de un sub programa cognoscitivo conductual, en el que se utilizaron técnicas para inducir el cambio de creencias respecto a las conductas de adherencia a la dieta, el ejercicio y el control de peso, y se les entrenó en conductas de autocuidado, como el manejo de emociones y el automonitoreo de las variables fisiológicas indicadoras del padecimiento.

Los resultados fueron favorables a la intervención psicológica realizada con el subprograma cognoscitivo-conductual, ya que se logró la adherencia terapéutica de los pacientes del grupo experimental quienes cambiaron sus hábitos alimentarios acorde a lo indicado por el médico y el nutriólogo (**adherencia a la dieta**), realizaron una caminata diaria por lo menos 5 días a la semana durante 30 minutos (**adherencia al ejercicio**) y el 66% **controló su peso**. Estos cambios mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los porcentajes (variables cualitativas) y entre las medias (variables cuantitativas) al compararlos con los obtenidos en el grupo control.

Se logró un mejor control del padecimiento en el grupo experimental al término de la intervención. En la **presión sistólica** se observó tanto en los análisis de comparación de media, como en la distribución porcentual de pacientes con presión normal ya que el 95% de los pacientes estuvieron incluidos en este rango, mientras que los del grupo control sólo obtuvieron un porcentaje de 47%. La **presión diastólica** fue normal en ambos grupos antes de la intervención y se mantuvo así, aunque al considerar la distribución porcentual de los pacientes de acuerdo a la clasificación de los niveles de patología, el grupo experimental obtuvo una mayor ganancia que se ubicó en niveles de normalidad en el 61%, en comparación con el grupo control que fue de un 3%. En el grupo experimental al término de la intervención, la media grupal de la **glucosa capilar** se clasificó en patología moderada y en el control como patología alta. Al considerar la clasificación de esta variable el grupo experimental redujo el porcentaje de patología alta un 74%, mientras que el grupo control sólo en un 3%.

En el grupo experimental, en el factor de riesgo de obesidad tipo androide (índice cintura/cadera), se logró una reducción significativa de la media grupal. Al analizarlo por sexo los resultados arrojaron un porcentaje de reducción de riesgo del 87% en los hombres y un 77% en las mujeres. El grupo control mantuvo una media grupal en la categoría de obesidad tipo androide.

El sub programa educativo en el grupo control no logró la adherencia al tratamiento, aunque en la dieta los pacientes reportaron un 47% de adhesión, mayor, si se compara con el de la fase de pre tratamiento (13%). La condición mencionada no se reflejó en el control del padecimiento, ni en el peso, por lo que se consideró que la adhesión informada por ellos fue parcial. La adhesión al ejercicio fue casi nula. La no-adherencia al tratamiento se reflejó en la falta de control de la glucosa capilar, aunque la media de esta variable descendió de manera significativa no llegó a la normalidad. El porcentaje de pacientes con presión sistólica y diastólica alta fue, (53%) y (68%) respectivamente. Por lo tanto se puede afirmar que la educación sólo logra cambios parciales.

Es importante hacer notar que el beneficio obtenido en el grupo experimental con la aplicación del sub programa cognoscitivo-conductual, fue un cambio de creencias y evaluaciones respecto al padecimiento y a la adherencia al tratamiento, al modificarse la connotación amenazante a una positiva. La creencia inicial de los pacientes de autoineficacia o de incapacidad para controlar su padecimiento, se transformó en creencia de autoeficacia para las conductas de adherencia como la toma de medicamentos, la dieta y el ejercicio. En relación con las causas de la enfermedad que consideraban producto de la fatalidad fueron al final percibidas como producto de la herencia y los hábitos. Las expectativas del tratamiento, se modificaron en el sentido favorable de esperar un control y no sólo la ausencia de síntomas.

Los resultados comprueban que el modificar las creencias es fundamental para lograr la adherencia al tratamiento y como consecuencia el control del padecimiento. Esta posición concuerda con Reidl-Martínez (1996), quien concluyó que el cambio de una situación con significado amenazante a uno positivo se realiza a través de una reevaluación de la situación, propiciada principalmente por la modificación de las creencias, de la información y la educación. Otra evidencia que muestra apoyo a los resultados encontrados es la de Morales (p. 80, 1998), que en una investigación realizada con pacientes diabéticos concluyó que el “padecer en la comunidad es inherente a los elementos sociales y mentales del sujeto”. En este sentido Weiss y Hutchinson (2000) en un estudio realizado con pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 e hipertensión arterial esencial (n=21) encontraron que las advertencias internas (creencias) resultaron tener mayor influencia en la adherencia al tratamiento, en comparación con las advertencias externas.

La aseveración de que la aplicación del sub programa cognoscitivo-conductual fue fundamental para lograr los resultados favorables obtenidos en el grupo experimental, queda confirmada estadísticamente al obtener un modelo predictivo de las conductas de adherencia al tratamiento y el control del padecimiento, basado en un análisis de regresión logística (figura 62 p. 255). El modelo destaca la influencia de las variables predictivas, que en la adherencia a la dieta fueron: la creencia de que la causa de la enfermedad son los hábitos nocivos y una evaluación cognoscitiva positiva de la dieta; y en la

adherencia al ejercicio una evaluación cognoscitiva positiva al ejercicio y nuevamente la creencia de que los hábitos nocivos causan la enfermedad.

El modelo mencionado encuentra apoyo en las siguientes investigaciones. Camacho (2001a) evidencia que el control dietético es indispensable para lograr la normoglucemia. Otros estudios refieren que el ejercicio físico realizado de forma regular, disminuye la presión arterial y reduce la grasa abdominal, (Academia Nacional de Medicina, 2000c; Alemán-Mateo, 1999; Mateos-Santa cruz, 2001). Agabiti y Rizzoni, 1999; Camacho-J, 1998; Cerón-Ramírez, 1998; Kaplan, 1998 y MacGregor, 1999, subrayan que el ejercicio físico disminuye las cifras de la presión arterial tanto sistólica como diastólica. En este sentido, Alemán-Mateo y col. (1999) en un estudio realizado en 54 pacientes demostraron la existencia de una correlación negativa ($r=-0.36$ $p=0.007$) entre el ejercicio físico y la presión arterial diastólica; y de ($r=-0.32$ $p=0.018$) en la presión sistólica; Gómez-Hernández y Hernández- Pérez, (2001), reportaron que en los pacientes hipertensos sometidos al ejercicio de caminata, disminuyó la presión arterial a partir de los 15 días. Cutler, Simons-Morton y Willet (1998) al realizar un meta-análisis sobre estudios de intervención controlada con pacientes hipertensos, encontraron que el ejercicio aeróbico se relacionó con reducciones en la presión arterial sistólica y diastólica de 10 y 8 mmHg, respectivamente.

Es conveniente subrayar que el impacto favorable del subprograma cognoscitivo conductual se mantuvo durante nueve meses en todas las

variables, ya que en los dos seguimientos las medias grupales y los porcentajes no mostraron cambios negativos.

Es importante comentar los resultados obtenidos respecto a la evaluación cognoscitiva del padecimiento con relación al significado que tenía en el paciente la enfermedad al realizar el diagnóstico y la entrevista. Así al comparar las opiniones de la evaluación retrospectiva del padecimiento al ser diagnosticado, con las obtenidas al evaluarlo durante la entrevista, se encontró que en ese lapso los pacientes lograron un cambio del significado "amenazante" al de "reto" y "costumbre". De acuerdo a la teoría transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1991) este cambio representa un afrontamiento adaptativo emocional ante lo amenazante del padecimiento. Es decir, para los pacientes el hecho de padecer diabetes tipo 2 o hipertensión arterial, dejó de significarles una amenaza, al acostumbrarse y resignarse a estar enfermos y la aceptaron, sin embargo esta adaptación emocional no contribuyó a la aceptación de la modificación del estilo de vida requerido para controlarla, por lo tanto, el proceso adaptativo no influyó en la adherencia terapéutica y el control del padecimiento, lo cual sólo se alcanzó después de la intervención.

Otro aspecto que se considera necesario comentar, es la poca asistencia de los participantes a la primera sesión de seguimiento; que se redujo de una $n=55$ sujetos a $n=23$ en el grupo experimental y a $n=10$ en el control, en cambio en la segunda sesión del grupo experimental asistieron 36

participantes y del control 39. Es probable que el aumento en la asistencia fuera por la nueva estrategia que se utilizó que consistió en invitarlos por medio de un servicio postal privado, lo que pudo interpretarse como un interés especial hacia ellos por parte de la institución.

Es pertinente señalar que con los cambios cognoscitivos logrados que se reflejaron en el control del padecimiento, los participantes del grupo experimental obtuvieron la ventaja de reducir los factores de riesgo de una enfermedad mayor. Lo anterior se fundamenta en las evidencias teóricas que enfatizan que el tratamiento no farmacológico (reducción de peso, ejercicio y dieta) en este tipo de padecimientos, tiene efecto sobre otros trastornos asociados como dislipidemias, hiperinsulinemia, aterosclerosis, cardiopatía isquémica, infarto agudo al miocardio o enfermedad cerebro-vascular (González-Chávez, 1999).

Finalmente es conveniente mencionar que los participantes adquirieron la noción y la habilidad de autocuidado, ya que aprendieron y realizaron actividades de automonitoreo de las variables fisiológicas indicadoras de su padecimiento como son la presión arterial y la glucosa capilar, aumentaron las estrategias de afrontamiento ante el estrés al aprender y aplicar técnicas cognoscitivas para el manejo de las emociones negativas (ira, angustia y preocupación) así como las de relajación, las que coadyuvan al control de los padecimientos, porque la reactividad emocional exagera los síntomas de la

hipertensión y los de la diabetes (American Diabetes Association, 1995; Camacho-J. 1998; Isles, 1999).

La conclusión final es que en el propósito de lograr que el enfermo *modifique los hábitos no saludables, se requiere que las instituciones de salud intervengan de manera primordial para que el paciente realice cambios*

- 1. cognoscitivos y obtenga creencias positivas con lo que pueda afrontar
- 2. adecuadamente el tratamiento, complementando estas acciones con
- 3. información y educación continua.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES GENERALES

Es necesario iniciar los comentarios enfatizando, que las muestras estudiadas en esta investigación presentaron un patrón especial en cuanto a las variables sociodemográficas. Se encontró que las características que las identificaron fueron un nivel bajo educativo (iletrados y sin terminar la primaria), pertenecientes en su mayoría a población rural y sin empleo remunerado. Este patrón sociodemográfico tuvo una gran influencia tanto en la manera de abordar la investigación como en los hallazgos. El abordaje tuvo que ser condicionado al bajo nivel de lectura y comprensión de los participantes, por lo que los instrumentos de medición fueron aplicados como entrevista, la intervención psicológica también tuvo que adaptarse a esta situación, de esta manera, el entrenamiento en habilidades específicas tomó más tiempo de lo esperado. Sin embargo, es importante comentar que estas mismas condiciones favorecieron la participación en todos los momentos de la intervención, porque la asistencia a ella fue cumplida con regularidad y con entusiasmo. Un ejemplo de ello, es la participación voluntaria en una representación teatral que expresara la percepción que tenían ellos de su padecimiento, cómo lo experimentaban antes de la intervención y cómo posteriormente sentían y vivían su enfermedad. Otro factor positivo de este patrón sociodemográfico, es la capacidad de "resignarse" ante las adversidades de la vida, ya que en su mayoría ellos se evaluaron con buena autoestima, con niveles mínimos de depresión, ansiedad, y estrés, con buen funcionamiento social y con un óptimo nivel de calidad de vida. Retomando a

Lazarus, (1991), estas percepciones son consideradas como una "adaptación emocional", la que es una forma de afrontamiento y que en el caso de ellos, era la única disponible al carecer de información y educación adecuada con relación a su enfermedad. Esta aseveración se basa en los bajos resultados de conocimientos obtenidos para el autocontrol de su padecimiento y que traducen una desintegración e ineficacia de las acciones normativas de los programas de salud de la institución.

Una característica más de este patrón sociodemográfico, fue la de las creencias equivocadas y las evaluaciones amenazantes para el padecimiento, dieta y control de peso. Para analizar estos significados y estas creencias es necesario retomar la teoría transaccional del estrés, Lazarus y Folkman (p. 87, 1991), quienes definen a las creencias como "configuraciones cognoscitivas formadas individualmente o compartidas culturalmente, nociones preexistentes de la realidad y sirven para interpretarla, por lo tanto, determinan la evaluación de la situación estresante, ya que interpretan cómo son las cosas en el entorno y modelan el entendimiento de su significado". Interviniendo las características que las conforman es posible modificarlas, identificándolas, proporcionando información correcta, explicándolas de acuerdo a su nivel cultural, ejemplificando e insertándolas en su cultura.

Otro aspecto importante desarrollado en este estudio, es el enfoque multidisciplinario y trabajo en equipo con un objetivo común, con acciones sistematizadas y la optimización de los recursos institucionales al intervenir

de manera conjunta pacientes con diversas patologías crónicas que tienen la necesidad de cambiar el estilo de vida, en el sentido de adherirse a la dieta, al ejercicio y controlar el peso.

Se subraya que la población participante al lograr los objetivos del programa, obtuvo una disminución de riesgo para una patología mayor, así como de las complicaciones propias de su padecimiento logrando así, un mejor pronóstico de su calidad de vida.

Las aportaciones generales de este trabajo, dejan de manifiesto que las patologías estudiadas son susceptibles de control. Queda claro, que el modelo predictivo obtenido, indica que el primer paso es identificar los factores psicosociales (creencias y evaluaciones cognoscitivas) que estén impidiendo la adherencia terapéutica, para ello, se cuenta con los cuestionarios utilizados en esta investigación, específicamente los que tienen que ver con el modelo predictivo de la adherencia y control del padecimiento, siendo éste el hallazgo primordial de los resultados. Al respecto, se considera que es posible la identificación de los pacientes con riesgo de no adherencia terapéutica, gracias a la formulación de simples preguntas en relación con las creencias acerca de su padecimiento y el significado de la dieta y el ejercicio. Ello abre perspectivas interesantes desde el punto de vista clínico, ya que podría permitir dirigir mejor los esfuerzos en el momento de aplicar determinadas estrategias psicológicas para incrementar la adherencia terapéutica.

La identificación de los pacientes no adherentes y la intervención psicológica para controlar dicha conducta, puede contribuir a mejorar el pronóstico, disminuir o evitar las complicaciones de su enfermedad, el deterioro en su calidad de vida y el impacto socio-económico.

La intervención psicológica responsable de la modificación de creencias realizadas en los participantes, tiene alcances todavía más trascendentes. Al tomar en cuenta que los padecimientos de diabetes tipo 2 e hipertensión arterial esencial forman parte del síndrome dismetabólico cardiovascular (Fernández-Barros, 2002; Necochea, J.C. 2002) y que los padecimientos incluidos en este síndrome tienen en común el factor de riesgo de la hiperinsulinemia y que ésta ocurre principalmente con la obesidad (Fernández-Barros, 2002), la que a su vez tiene como principal factor de riesgo los hábitos dietéticos inadecuados como los alimentos "chatarra" (Zepeda-Patterson, J. 2002) ó una alimentación desproporcionada en los nutrientes (Lara-Esqueda, A. 2002b), se tiene la evidencia que muestra que el corregir estos hábitos alimentarios y realizar una actividad física regularmente, los padecimientos integrados en este síndrome se evitan o se retardan (Lara-Esqueda, A. 2002a). Precisamente el abordaje en este sentido es lo que se está realizando en países como Estados Unidos, Canadá y Europa (Fernández-Barros, 2002).

Con los resultados obtenidos en esta investigación, se elaboró un programa institucional con la metodología validada por este estudio dirigido a toda la población con padecimientos crónico-degenerativos y con factores de

riesgo para su desarrollo, encontrándose actualmente en trámite de autorización presupuestal para su implantación operativa delegacional.

Este programa engloba dos enfoques: la prevención primaria de los padecimientos incluidos en el síndrome dismetabólico cardiovascular al dirigir sus acciones a la población que aún no presenta las patologías pero ya cuenta con un estilo de vida inadecuado como es el sedentarismo y el sobrepeso; y un enfoque de prevención secundaria dirigido a personas que ya presentan los padecimientos. La metodología propuesta son los tres elementos fundamentales probados y validados en esta investigación, el manejo de creencias en relación a la modificación de hábitos, el manejo de emociones y el entrenamiento en las habilidades necesarias para el autocontrol de ellos a través de la participación del equipo multidisciplinario de salud.

De esta manera, queda confirmado el quehacer imprescindible del profesional de la psicología, dentro del equipo de salud institucional que interviene en este tipo de pacientes, mostrando así mismo, que su participación coadyuva y potencializa las acciones en pro de los cambios de estilo de vida.

Finalmente, se hace énfasis, en que las políticas de salud nacionales deben ser ampliadas y conceptuadas de acuerdo a las evidencias epidemiológicas existentes en nuestro país. Se conoce que existe una alta incidencia de diabetes tipo 2 e hipertensión arterial así como de obesidad y

sobrepeso (Alpizar-Salazar, 2002; García, 2002; Lara-Esqueda, 2002a; Medina-González, 2002; Ramírez, 2002) y además de estos datos alarmantes, también existen 37 millones de personas con factores de riesgo asociados a estos padecimientos (Alpizar-Salazar, 2002; Lara-Esqueda, 2002), las que de no ser informadas e intervenidas en el sentido de la modificación de hábitos, engrosarán las filas de los padecimientos antes mencionados. En este contexto tenemos que en el sector salud “los programas preventivos en general son muy escasos” (Gómez-Alvarez, 2002), ya que sus acciones preventivas se fundamentan sólo en la detección y control de las enfermedades (Alpizar-Salazar, 2002; Lara-Esqueda, 2002a), lo que se interpreta como prevención secundaria, debido a que el tratamiento básico es la prescripción de medicamentos. Es preciso pues, que este problema de salud (síndrome dismetabólico cardiovascular) sea tratado con un enfoque de prevención primaria, con una participación global de médicos, Gobierno y medios de comunicación (Graxiola, 2002) y en el marco de un equipo multidisciplinario (Fernández-Barros, 2002).

La meta final de este estudio sería el reconocimiento institucional a la figura relevante del psicólogo en el equipo multidisciplinario de salud, indispensable para la atención integral bio psico social de los enfermos, en aspectos tanto promocionales preventivos como asistenciales y rehabilitatorios de la salud.

Referencias

- Academia Nacional de Medicina. (1996). Enfermedades degenerativas crónicas. Su impacto en la calidad de vida. Revisiones bibliográficas para el Médico General,1, (5), 50-52.
- Academia Nacional de Medicina. (1997). Resistencia a la insulina y síndrome X. Revisiones bibliográficas para el Médico General,1, (5), 50-52.
- Academia Nacional de Medicina. (2000a). La hipertensión arterial esencial en México. Factores predisponentes y su importancia en México. Revisiones bibliográficas para el Médico General,1, 5-20.
- Academia Nacional de Medicina. (2000b). Diagnóstico clínico de la hipertensión arterial esencial. Revisiones bibliográficas para el Médico General,3, 5-19.
- Academia Nacional de Medicina. (2000c). Terapia Antihipertensiva. Revisiones bibliográficas para el médico general,5, 5-15.
- Academia Nacional de Medicina. (2000d). Complicaciones y tratamiento de la hipertensión arterial esencial. Revisiones bibliográficas para el Médico General,6, 5-31.
- Acosta, A. E., Arnaiz, T. C., Gómez, S. E., Ruvalcaba, C. V. Mercado, M. R. y Chávez, A. V. (1995). Programas educativos integrales. Revista Médica IMSS,33, 17-22.
- Agabiti-Rosei, E. y Rizzoni, D. (1999). Prevención primaria de la hipertensión y factores de riesgo involucrados. En: R. W. F. Campbell y G. Francis, (Eds.), Manual Internacional de Hipertensión. (pp. 67-74) México.: Medical Consulting.
- Alcocer-Díaz, L. (2001). Hipertensión arterial en el diabético, fisiopatología y manejo. Estudio y Manejo Integral del paciente diabético (2), 1-3.
- Alemán-Mateo, H., Esparza-Romero, J. y Valencia, M. E. (1999). Antropometría y composición corporal en personas mayores de 60 años. Importancia de la actividad física. Salud Pública de México,41, (4), 309-316.
- Alpízar-Salazar, M. (2002). México, más de 10 millones de diabéticos. En: C. Gómez-Mena, La Jornada. Enero p. 44
- American Diabetes Association. (1995) Tratamiento Intensivo de la Diabetes. México.: Grupo Mercadotecnia de Innovación y Desarrollo.

- Arganis-Juárez, E. N. (1998). Ideas populares acerca de diabetes y su tratamiento. Revista Médica del IMSS,36, 383-387.
- Avila, R. L. (1999). El factor de riesgo más importante en cardiopatías es la hipertensión arterial. Clínica Hospitalaria,1, 1-14.
- Bachrach, K. M y Zautra, A. J. (1985). Coping with a Community Stressor: the Threat of a Hazardous Waste Facility. Journal of Health and Social Behavior,26, 127-141.
- Bagés, N., Feldman, L. y Chacón, G. (1995). Patrón de conducta tipo A y reactividad cardiovascular en gerentes. Salud Pública,37, 47-56.
- Ballesteros-Vásquez, M. N., Cabrera-Pacheco, R. M., Saucedo-Tamayo, M. S. y Grijalva-Haro, M. I. (1998). Consumo de fibra dietética, sodio, potasio y calcio y su relación con la presión arterial en hombres adultos normotensos. Salud Pública de México,40, (3), 241-247.
- Barón, R. S., Cutrona, C. E., Hicklin, D., Russell, D. W. y Lubaroff, D. M. (1990). Social support and immune function among spouses of cancer patients. Journal of Personality and Social Psychology,59, (2), 344-352.
- Barrón-Rivera, A. J., Torreblanca-Roldán, F. L., Sánchez-Casanova, L. I. y Martínez-Beltrán, M. (1998). Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso. Salud Pública de México,40, (6), 503-509.
- Bazargán, M., Barbre, A. R. y Hamm, V. (1993). Failure to have prescriptions filled among Black elderly. Journal of Aging and Health,5, (2), 264-282.
- Beneit-Medina, P. J. (1994). Modificación de conductas de salud. En: J. M. Latorre-Postigo y P. J. Beneit-Medina. (Eds.), Psicología de la Salud. Aportaciones para los profesionales de la salud (3a. ed., pp. 46-54). Buenos Aires: Editorial Lumen.
- Billings, A. G. y Moos, R. H. (1982). Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. Journal of Health and Social Behavior,21, (3), 877-889.
- Bleger, J. (1992). Temas de Psicología (entrevista y grupos). Buenos Aires.: Ediciones Nueva Visión.
- Braguinsky, J. (1987). Actividad Física (A. F.) En: J. Braguinsky. Obesidad, patogenia, clínica y tratamiento. (pp. 203-216). Buenos Aires.: Editorial Promedicina.

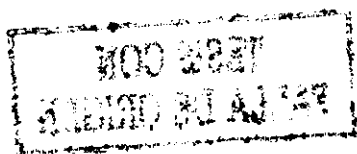
- Braguinsky, J. y Mazza, C. (1987). Definición y diagnóstico. En: J. Braguinsky. Obesidad, patogenia, clínica y tratamiento. (pp. 1-15). Buenos Aires.: Editorial Promedicina.
- Bryant, F. B. (1989). A Four-factor Model of Perceived Control: Avoiding, Coping, Obtaining and savoring. Journal of Personality,57, (4), 126-135.
- Buendía, J. (1991). Apoyo social y salud. Psicología Clínica. España.: Universidad de Murcia.
- Calvete, Z. E. y Villa, S. A. (1997). Programa Deusto 14-16. Burgos España.: Ediciones Mensajero.
- Calvo-Vargas, C. G. (1998). Nuevos retos del control de la hipertensión arterial en México. Revista Médica del IMSS,36, (3), 199-205.
- Camacho-J., P. (1998). Tratamiento no farmacológico de la hipertension arterial. En: M. Ramiro-H. y O. Saita-Kamino (Eds.). Temas de Medicina Interna. Hipertensión Arterial. (pp. 171-180). Asociación de Medicina Interna de México. México.: Interamericana McGraw-Hill.
- Camacho, M. G. (2000a, octubre). La diabetes, primera causa de infarto de miocardio. Diabetes un reto Medico Investigación y Desarrollo. Suplemento especial. p. 2.
- Camacho, M. G. (2000b, octubre). ¿Qué es la diabetes? Diabetes un reto Medico. Investigación y Desarrollo. Suplemento especial. p. 3.
- Camacho, M. G. (2000c, octubre). El padecimiento y su grave impacto socioeconómico. Diabetes un reto Médico. Investigación y Desarrollo. Suplemento especial. p. 6.
- Camacho, M. G. (2001, junio). Diabetes o diaobesidad. Salud, en busca de la equidad CienSalud. Investigación y Desarrollo,98, p. 7.
- Campos-Navarro, R., Torres, D., Arganis, E. N. y Sabido, C. (2001). Autoterapias complementarias de adultos mayores con enfermedades crónicas degenerativas. Revista Médica del IMSS,39, (1), 15-19.
- Cano-Pérez, J. F. (1994). Diabetes Mellitus. En: A. Martín Zurro y J. F. Cano Pérez (Eds.). Atención Primaria Conceptos, Organización y práctica clínica. (3a. ed., p. 578). Barcelona, España : Doyma Libros.
- Cano, J. F. y Trilla, M. (1994). Obesidad. En: A. Martín Zurro y J. F. Cano Pérez (Eds.). Atención Primaria Conceptos, Organización y práctica clínica. (3a. ed., p. 578). Barcelona, España.: Doyma Libros.

- Cappon, J. (1984). El Movimiento de encuentro en psicoterapia de grupo. México.:_Editorial Trillas.
- Casillas, L. E. y Vargas, L. A. (1993). La distribución de grasa corporal, posible factor de riesgo para la salud. Cuadernos de Nutrición,16, (6), 7-15.
- Casillas, O. E. y Vargas, L.A. (1993) En: Ramos-Carricarte, A. (2001). Extractos del libro Obesidad Conceptos Actuales, (3a. ed. 1998). A. Berber-Eslava, (Ed.), Sobrepeso y Obesidad. Evaluación del paciente, fisiopatología, (pp. 2-7). México.: Knoll Pharmaceuticals.
- Castro, V., Gómez-Dantés, H., Negrete-Sánchez, J., Tapia-Conyer, R. (1996). Las enfermedades crónicas en las personas de 60-69 años. Salud Pública de México,38, (6) 438-447.
- Cerón-Ramírez, E. R. (1998). Actualización en Hipertensión. México.: Comarketing.
- Chávez, A., De Chávez, M. M., Roldán, J. A., Bermejo, S. y Avila, A. (1993). Cambios dietéticos en México y su relación con las enfermedades crónico- degenerativas. Instituto Nacional de la Nutrición,3-23.
- Chiprut, R., Castellanos-Urdaibay, A., Sánchez-Hernández, C., Martínez-García, D., Cortez, M.E., Chiprut, R. y Del Conde-Ovadia, P. (2001). La obesidad en el siglo XXI. Avances en la etiopatogenia y tratamiento. Gaceta Médica de México,137, (4), 323-334.
- Chobanian, A. V. (2001). Control of Hypertension. An Important National Priority. The New England Journal of Medicine,345, (7), 534-535.
- Cohen, S. y Will, T. A. (1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. Psychological Bulletin,94, 472-505.
- A Comparison of Views of Individuals with Type 2 Diabetes Mellitus and Diabetes Educators about Barriers to Diet and Exercise. (2001). Journal of Health Communication ,6, (2), p. 99.
- Conejo-Navarro, M. R., Rivera-Cisneros, A. E., Fuentes, B. L., Agripino-García, F. y Mendiola-Anda, C. (1996). Asociación de la edad con las características antropométricas y la composición corporal en ancianos ambulatorios. Revista Médica del IMSS,34, (3), 215-220.
- Coopersmith, S. (1967). The Antecedents of Self-esteem. San Francisco.: W. H. Freeman and Company.

- Cruz, H., Romero, J., Cruz, J., Badu, E., Bojorges, R., González, J. y Solorio, S. (1994). Patología cardiovascular en el Centro Médico Nacional La Raza (1977-1991). Revisión de 6098 autopsias. Revista Médica IMSS,32, 195-200.
- Cutler, J. A., Simons-Morton, D. G. y Willett, W. (1998, Julio). Una nueva urgencia: prevenir la hipertensión arterial. Atención Médica 14-22.
- Davis, M., Robbin, E. E. y Mckay, M. (1985). Técnicas de autocontrol emocional Barcelona, España.: Martínez Roca.
- Díaz-Díaz, E. (2001). Hipertensión arterial, consideraciones generales. Gerontología y Geriatría con enfoque de riesgo,3, (8), 24-25.
- Díaz-Loving, R. y Andrade-Palos, P. (1984). Una escala de *locus* de control para niños mexicanos. Revista Interamericana de Psicología,18, 21-33.
- Díaz-Nieto, L., Galn-Cuevas, S. y Fernández-Pardo, G. (1993). Grupo de autocuidado de diabetes mellitus Tipo II. Salud Pública de México,35, 169-176.
- Dirección General de Estadística e Informática de la Secretaría de Salud, México. (2001). Principales Resultados de la Estadística sobre mortalidad en México, 1999. Salud Pública de México,43, (1), 67-73.
- Domínguez-Trejo, B. y Valderrama-Iturbe, P. (1994). Cuestionario de ansiedad cognoscitiva y somática. Traducido, adaptado, validado y confiabilizado del original publicado por Schwartz, G., Davidson, R. y Goleman, D. (1978). Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Mexico. Manuscrito no publicado.
- Dubow, E. F., Tisak, J., Causey, D., Hryshko, A. y Reid, G. (1991). A Two-Year Longitudinal Study of Stressful Life Events, Social Support, and Social Problem-Solving Skills: Contributions to Children's Behavioral and Academic Adjustment. Child Development,62, 583-599.
- Ellis, A. y Abrahms, E. (1989). Terapia Racional Emotiva (TRE) México.: Editorial Pax México.
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: a Challenge for Biomedicine. Science,196, 129-136.
- Escobedo-de la Peña, J. y Rico-Verdn, B. (1996). Incidencia y letalidad de las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes mellitus en México. Salud Pública de México,38, (4), 237-243.

- Exaire, E. (1998). Diabetes y complicación renal. Cancún, Quintana, Roo. Simposio en Perspectivas de la diabetes en el siglo XXI México.: Comunicaciones Científicas Mexicanas.
- Fajardo, O. G. (1992). Diabetes mellitus. Sus costos directos. IMSS, 1990. Revista Médica IMSS,30, 115-117.
- Fanghänel-Salmón, G., Sánchez-Reyes, L., Arellano-Montaño, S., Valdés-Liaz, E., Chavira-López, J. y Rascón-Pacheco, R.A. (1997). Prevalencia de factores de riesgo de enfermedad coronaria en trabajadores del Hospital General de México. Salud Pública de México,39, (5), 427-432.
- Fernández-Barros, C. (2002). El síndrome dismetabólico cardiovascular. Investigación y Difusión, 2, (1), 11-12.
- Ferrario, C. (1999). Mecanismos de los nuevos fármacos antihipertensores. Hipertensión,7, 8-10.
- Figuera, M., Fernández, M. L. y Córdoba, R. (1994). Hipertensión Arterial. En: A. Martín Zurro, y J. F. Cano (Eds.). Atención Primaria. Conceptos, Organización y Práctica Clínica. (3a. ed. P. 466). Barcelona, España.: Ediciones Doyma.
- Flanagan, J. (1978). "A Research Approach to Improving Our Quality of Life" American Psychologist,33, (2), 138-147.
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1980). An Analysis of Coping in a Middle-aged Community Sample. Journal of Health and Social Behavior,21, 219-239.
- Funsalud y Subsecretaría de Prevención y Protección a la Salud. Dirección del Programa de Salud del Adulto y el Anciano. (2001). En: Preguntas más frecuentes sobre diabetes mellitus. Ganar Salud,1, (6), p. 14.
- Garber, A. J., Gavin, J. R. y Goldstein, B. J. (1996). Resistencia a la insulina y síndrome X. Atención Médica,9, 32-41.
- Garber, A. J., Levetan, C. S. y Neahring, J. (1998, Junio). Vigilancia para prevenir las complicaciones de la diabetes. Atencion Médica 3-5.
- García de Alba, J. E. (1998). Salud, cultura y sociedad: las representaciones. Tesis inédita de Doctorado en Antropología Médica. UNAM.
- García de la C. C., Díaz, O. C. y Rodríguez, A. Y. (1994). Los grupos de apoyo para pacientes neurológicos y psiquiátricos en México. Salud Mental,17, (4), 7-11.

- García, J., Ríos, J., Castañeda, R. (1989). Algunos aspectos clínico epidemiológicos de la diabetes mellitus. Salud Pública de México, 31, 669-673.
- García-Trujillo, M. R. y G. de Rivera, J. L. (1992). Cambios fisiológicos durante los ejercicios de meditación y relajación profunda. Psiquis, 13, 57-63.
- García, P. (2002). "Siglo XXI; el gran reto: la epidemia hipertensiva" Hipertensión reto epidemiológico. Investigación y Difusión, 2, (1), 6-7
- Garrido-Latorre, F. y Gómez-Dantés, H. (2000). Páginas de salud pública. Salud Pública de México, 42, (1), 81-83.
- Gené-Badia, J., Font-Pous, M. (1994). Utilización de los medicamentos. En: A. Martín Zurro y J. F. Cano Pérez (Eds.). Atención Primaria. Conceptos, Organización y Práctica Clínica. (3a. ed., p. 230). Barcelona, España.: Doyma Libros.
- Gil, A. I., Bustos, V. M. M., Pérez, N. X., García, G. H. y Zavaleta, H. (1992). Estado actual del diabético en el primer nivel de atención. Revista Médica del IMSS, 30, 359-362.
- Giorgini, D. (1998). ¿ Qué pasa con nosotros? La reflexión de un médico diabético. Revista Electrónica de Salud en Español, II, (9), p. 12.
- González-Caamaño, A. (1997a). Definición y clasificación de la hipertensión arterial. Clínica de Hipertensión México.: Ediciones Médicas Actualizadas.
- González-Caamaño, A. (1997b). Implicaciones clínicas de la hipertensión en el diabético. Clínica de Hipertensión México.: Ediciones Médicas Actualizadas.
- González, C. A. (2000). Nuevos caminos para el tratamiento de la hipertensión. Squibb News, 2, (2)
- González-Chávez, A. (1999). Consenso mexicano de resistencia a la insulina y síndrome metabólico. Asociación Nacional de Cardiólogos de México. Sociedad de Cardiología Intervencionista de México. Revista Mexicana de Cardiología, 10, (1), 3-18.
- González, M., Martínez, E. (1991). Tratamiento conservador de las infecciones severas complicadas en el pie diabético. Revista Médica IMSS, 29, 99-103.



- González-Villalpando, C., Stern, M. P. y Arredondo-Pérez, B. (1994). Utilización de servicios hospitalarios por pacientes diabéticos: Estudio en población abierta. Salud Pública, 36, (4), 415-419.
- Graxiola, S. (2002). Las enfermedades cardiovasculares. Una difícil herencia para el Siglo XXI. 1er. Contacto. Medicina de primer nivel, 2, (4) 9-11.
- Gross, R. D. (1998). Psicología. La ciencia de la mente y la conducta. (2a. ed.) México.: Editorial El Manual Moderno.
- Guadalajara-Boo. (1996). Programa de Actualización Continua para Médicos Generales. Academia Nacional de Medicina. México.: Intersistemas.
- Guerrero-Romero, J. F. y Rodríguez-Morán, M. (1998). Prevalencia de hipertensión arterial y factores asociados en la población rural marginada. Salud Pública, 40, (4), 339-346.
- Guía Diagnóstico-terapéutica. Diabetes mellitus tipo 2. (1997). Revista Médica del IMSS, 35, (5), 353-368.
- Ha. T. y Linn, M. E. J. (1998). Tratamiento de la diabetes mellitus no insulínica por medio de la dieta y cambios en los hábitos de vida. En: J. C. Pickup y G. Williams. (Eds.). Diabetes en la obesidad. (19.1-19.24) España.: Hostench.
- Haerkaepaeae, K. (1992). Psychosocial factors as predictors for early retirement in patients with chronic low back pain. Journal of psychosomatic, 36, (6), 553-559.
- Ham-Chande, R. (1996). El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud en México. Salud Pública, 38, (6), 409-418.
- He, J. y Klag, M. J. (1999). Epidemiología de la hipertensión. En: R. Campbell y G. S. Francis (Eds.). Manual Internacional de Hipertensión. México.: Medical Consulting.
- Helgeson, V. S. (1992). Moderators of the relation between perceived control and adjustment to Chronic Illness. Journal de Personality and Social Psychology, 63, (4), 656-666.
- Heras, R., Macías, R. y Araíz, R. (1996). Diabetes mellitus: Complicaciones crónicas y factores de riesgo. Revista Médica IMSS, 34, 449-455.
- Hernández, M. R. y Curiel H. O. (1999). Diabetes mellitus. Complicaciones cardiovasculares. Actualidades en Medicina Interna, 9, 50-59.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Hernández-Sada, K. L., Bucio-Morales, V. y Villalobos-Alvarez, P. (1996). Foco de control y calidad de vida en familias de zona rural y urbana. Tesis inédita de Licenciatura en Psicología, ITESO, Guadalajara, Jal. México.
- Herrera-Vázquez, P. (2000 Octubre). Alimentación balanceada y ejercicio, pilares del control de la enfermedad. Diabetes un reto Médico Investigación y Desarrollo. Suplemento especial. p. 10
- Huber, G. K. M. (1986). Stress y Conflictos. Métodos de Superación (2a. ed.). Madrid, España.: Paraninfo.
- Huesca, R. J. (1995). La cineantropometría aplicada al deporte Comisión Nacional del Deporte. Memorias del curso- Secretaría de Educación Pública. México.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (1998). Programa delegacional de diabetes tipo 2. Delegación Nayarit, México.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (1999a). Programa institucional para la vigilancia, prevención y control de la diabetes tipo 2. México.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (1999b). Guía técnica general para la vigilancia, prevención y control de la diabetes mellitus. México.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (1999c). Programa del adulto mayor. Delegación Nayarit.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2000). Sistema Unico de Información. Informe de Evaluación Estadística. Delegación Nayarit.
- Islas-Andrade, S., González-Villalpando, C., Sáñdez de la Peña, S., Gordon-Barabejzyk, F., Aguirre-García, J. y Revilla-Monsalve, M. C. (1998). Perfiles de glucosa e insulina en pacientes con hepatitis crónica. Revista Médica del IMSS,36, (5), 363-371.
- Isles, C. (1999). Fisiopatología de la Hipertensión. En: R. Campbell y G. S. Francis. (Eds.). Manual Internacional de Hipertensión. (pp. 19-30) México.: Medical Consulting.
- Jung, R.T. (1998). La obesidad y los factores nutricionales en la patogenia de la diabetes mellitus no insulino dependiente. En: J. C. Pickup y G. Williams. (Eds.). Diabetes en la obesidad. (19.1-19.24) España.: Hostench.
- Kaplan, N. M. Tratamiento de la Hipertensión. (1998). (7a. ed.). México.: Grupo Mercadotecnia de Innovación y Desarrollo.

- Kendler, K. S., Kessler, R. C., Heath, A. C., Neale, M. C. y Eaves, L. J. (1991). Coping: a Genetic Epidemiological Investigation. Psychological Medicine, 21, 337-346.
- Krohne, H. W. (1989). The Concept of Coping Modes: Relating Cognitive Person Variables to Actual Coping Behavior. Advance in Behavioural Research Therapy, 11, 235-248.
- Kuri-Morales, P., Vargas-Cortés, M., Zárate-Herrerman, M. y Juárez-Vergara, P. (2001). La diabetes en México. Ciensialud Investigación y Desarrollo, 98, p. 9.
- Lara-Esqueda, A. (2002a). México a la vanguardia en prevención primaria de la diabetes. Investigación y Difusión, 2, (2), 4-6
- Lara-Esqueda, A. (2002b). Erróneas políticas de nutrición. Sociedad. Contexto. El Financiero. Marzo. p. 62
- La Rosa, J., Díaz, R., Andrade, P. (1986). Escalas de locus de control. Problemas y Contribuciones. Revista Mexicana de Psicología, 3, 150-153.
- Latorre, P. J. M., Beneit, M. P. J. (1994). Psicología de la Salud. Buenos Aires Argentina.: Editorial Lumen.
- Lazarus, R. S. Y Folkman, S. (1991). Estrés y Procesos Cognitivos. (3a. ed.). México.: Ediciones Martínez Roca.
- Levenson, H. (1973). Multidimensional Locus of Control in Psychiatric Patients. Journal of consulting and Clinical Psychology, 41, (3), 397-404.
- Leyva, F. y Coats, A. (1999). Tratamiento farmacológico de la hipertensión. En: R. Campbell y G. S. Francis (Eds.), Manual Internacional de Hipertensión. México.: Medical Consulting.
- Lifshitz, G. A. (1991). El Síndrome X. Revista Médica del IMSS, 29, 221-223.
- Lifshitz, G. A. (1992). El fracaso del éxito. Gaceta Médica de México, 128, (2), 87-90.
- Lifshitz, G. A., Arreola, F., Castro, M. M. G., Fiorelli, S., Islas, A. S., Méndez, F. J. D., Partida, H. G., Revilla, M. M. C. y Vázquez, E. F. (1996). A propósito de la diabetes en México. Revista Médica del IMSS, 34, (5), 343-344.
- López-Antuñano, S. y López Antuñano F. J. (1998). Diabetes Mellitus y lesiones de pie. Salud Pública de México, 40, (3), 281-292.

- López-De la Llave, A. Y Pérez-Llantada, M. C. (1999). La escala multidimensional de *locus* de control en salud: características psicométricas de una versión en español. Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Universidad Nacional de Educación a Distancia. España.
- Lozano, G. S., Méndez, M. J. y Lorenzo, D. A. L. (1990). Junta de familias, pacientes y personal como instrumento de integración. Psiquiatría,1, (2), 9-12.
- Llor-Esteban, B., Abad-Mateo M. A., García-Izquierdo, M., y Nieto-Munuera, J. (1995). Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud. Madrid, España.: McGraw-Hill. p. 209.
- MacGregor, G. A. (1999). Tratamiento no farmacológico de la hipertensión. Hipertensión,2, 42-45.
- Maldonado-Islas, G. y Orrico-Torres, E. S. (1998). La consulta subsecuente. Condicionante de sobredemanda en una unidad de medicina familiar. Revista Médica del IMSS,36, (5), 377-382.
- Mancilla, J., Durán, A., Ocampo, M., López, V. (1992). Rasgos de personalidad comunes en obesos. Salud Pública de México,34, 533-539.
- Martina-Casullo, M. (1996). Evaluación psicológica de malestares depresivos en adolescentes. En: M. Martina-Casullo, (Comp.) Evaluación Psicológica en el campo de la salud. España.: Ediciones Paidós Ibérica.
- Marre, M. (1999). Hipertensión relacionada con diabetes. En: Ronald W. F. Campbell y G. S. Francis. (Eds.), Manual Internacional de Hipertensión. México.: Medical Consulting.
- Marshall, G. N. (1991). A Multidimensional Analysis of Internal Health *Locus* of Control Beliefs: Separating the Wheat from the Chaff? Journal of Personality and Social Psychology,61, (3), 483 - 491.
- Martín, M. J. y Pritchard, M. E. (1991). Factors Associated with Alcohol Use in Later Adolescence. Journal of Studies on Alcohol,52, (1) 5-9.
- Martín-Zurro, A. (1994). El equipo de Atención Primaria. En: A. Martín Zurro y J. F. Cano Pérez (Eds.). Atención Primaria Conceptos, Organización y práctica clínica (3a. ed., p. 48). Barcelona, España.: Doyma Libros.
- Martínez de Jesús, F. R. y Sosa-Cruz, A. (2001). Amputaciones secundarias por pie del diabético. Edad y lesión contralateral. Revista Médica del IMSS,39, (5), 445-452.

- Mateos-Santa Cruz, N. (2001). Recomendaciones en diabetes tipo 2. Prescripción Médica, 24, (288), 2-3.
- Medina-González, G. (2002). Utilidad de la aspirina en los pacientes hipertensos. Investigación y Difusión, 2, (2) 7-8.
- Mendiola, S. I. y Martínez de Jesús, F. R. (1996). Morbilidad y mortalidad hospitalaria en la atención integral del diabético. Revista Médica del IMSS, 34, (4), 303-308.
- Morales, F. F., Chiwo, R. J. A. y Velazco, R. V. M. (1993). El por qué y para qué de la educación para la salud. Revista Médica IMSS, 31, 329-330.
- Morales, R. V. (1998). Vivir con diabetes. Un estudio en antropología médica. Tesis inédita de Licenciatura en Antropología Social. Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Iztapalapa. México.
- Navarro-Robles. (1998). Consideraciones para diseñar el tratamiento de la hipertensión arterial. En: M. Ramiro y Saita-Kamino, O. (Eds.), Temas de Medicina Interna. (pp. 159-170). México.: Interamericana. McGraw-Hill.
- Nieto-Cisneros, L. y Treviño-Pérez, S. C. (1997). Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial esencial. Manejo de la Hipertensión Arterial, 3, 17-23.
- Ochoa-Quintana, J. (2001). Obesidad: un problema en aumento. Directivo Médico, III, (1), 25-28.
- Omar, A. G. (1995). Stress y Coping. Las Estrategias de Coping y sus interrelaciones con los niveles biológico y psicológico. Buenos Aires, Argentina.: Editorial Lumen.
- Organización Panamericana de la Salud. (2001). ¿Por qué ser activo? Beneficios generales de la actividad física. Gerontología y Geriatria con enfoque de riesgo, 3, (7), 25-28.
- Oseguera-Morel, J. (1998). Epidemiología de la hipertensión arterial en México. En: M. Ramiro H. y O. Saita-Kamino. (Eds.), Temas de Medicina Interna. Hipertensión Arterial. (pp. 7-19). México.: Interamericana. McGraw-Hill.
- Palacios, J. e Hristova, K. (1992, Abril). Estrés, Salud y Enfermedad. Ponencia magistral presentada en el XIX Congreso Nacional de Enseñanza e Investigación en Psicología. Ciudad Obregón, Sonora, México.
- Pestonjee, D. M. (1992). Stress y Coping. London, England.: Sage Publication.

- Poikolainen, K. (1997). Risk factors for alcohol dependence a questionnaire survey. Alcoholism: Clinical and experimental research, 21, (6), 957-961.
- Pombo, G. E. (1995). Reflexiones sobre la enfermedad y el padecer humanos. Revista Médica del IMSS, 33, 435-437.
- Prada, R. J. R. (1989). Psicología de Grupos Colombia.: Indo American Press Service-Editors.
- Prieto, V. S. y Bustamante, C. S. (1988). La autovaloración y su efecto mediador en la relación entre el autoconcepto y la autoestima. Boletín de la AVESPO, 11, p. 21.
- Primavera, J.P. y Kaiser, R.S. (1994). The relationship between *locus* of control amount of pre-admission analgesic/ergot overuse, and length of stay for patients admitted for inpatient treatment of chronic headache. Headache, 34, (4), 204-208.
- Puig-Domingo, M. (2001). Nuevos enfoques en diabetes. Prescripción Médica, 24, (285), 1-14.
- Quibrera, R. (1996). El síndrome plurimetabólico: El síndrome del nuevo mundo. Boletín. Academia Nacional de Medicina de México, IV, 9.
- Ramírez, J. L. (2002). Crisis de salud por alarmantes cifras de obesidad, advierte OMS. El Financiero p. 62.
- Ramos-Carricarte, A. (2001). Extractos del libro *Obesidad Conceptos Actuales*, (3^a ed. 1998). En: A. Berber-Eslava, (Ed.), Sobrepeso y Obesidad. Evaluación del paciente, fisiopatología, (pp. 2-7). México.: Knoll Pharmaceuticals.
- Ramos, L., y Saltijeral, M. (1991). Relación entre locus de control ante la delincuencia y el miedo a la victimización. Revista de Psicología Social y Personalidad, 7, (1), 1-20.
- Rascón-Pacheco, R. A., Santillana-Macedo, M. A., Romero-Arredondo, M. E., Rivera-Icedo, B. M., Romero-Cancio, J. A. y Cota-Rembau, A. I. (2000). Sistema de vigilancia epidemiológica para el paciente diabético; el uso de tecnología computacional en la calidad de la atención médica. Salud Pública de México, 42, (4), 324-332.
- Reidl-Martínez, L. y Sierra-Otero, G. (1996). Afrontamiento al estrés y criterios de salud mental en madres solteras a través de grupos de reflexión. Revista Mexicana de Psicología, 13, (2), 187-197.

- XIII Reunión Científica de la Sociedad Internacional de Hipertensión. 1998. (1999). Iniciativas para mejorar el control de la hipertensión: Definición de estrategias prácticas. Sociedad Mexicana para el estudio de la hipertensión arterial. Hipertensión,3, 13-19.
- Ríos, S., Lifshitz, A. (1995). La dependencia de insulina en diabetes mellitus no dependiente de insulina. Revista Médica IMSS,33, 599-600.
- Rippe, J. M. (1999, Noviembre). ¿Obesidad: el último gran factor de riesgo para enfermedad cardiovascular? Congreso Nacional de Medicina Interna, Guadalajara, Jal. México, 21-24.
- Rivera-Sánchez, I. P. (1996). Autoconcepto, autoestima y satisfacción marital en parejas de clase media de la ciudad de Guadalajara Jalisco. Tesis inédita de Licenciatura. ITESO. Guadalajara, Jal. México.
- Robles-Silva, L., Alcántara-Hernández, E. y Mercado-Martínez, J. F. (1993). Patrones de prescripción médica a individuos con diabetes mellitus Tipo II en el primer nivel de atención. Salud Pública,35, 161-168.
- Robles-Silva, L., Mercado-Martínez, F. J., Ramos-Herrera, I. M., Alcántara-Hernández, E. y Moreno-Leal, N. C. (1995). Las fuentes de apoyo de los individuos con diabetes en una zona marginal de Guadalajara, México. Salud Pública de México, 37, (3), 1-15.
- Rodhe, P., Lewinsohn, P. M., Tilson, M. y Seeley, J. R. (1990). Dimensionality of coping and its relation to depression. Journal of Personality and Social Psychology,58, (3), 499-511.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). Psicología Social de la Salud. España.: Editorial Síntesis.
- Rodríguez-Moctezuma, J. R., Munguía-Miranda, C., López-Carmona, J. M., Hernández-Santiago, J. L. y Casas de la Torre, E. (2001a). Egresos de pacientes diabéticos en un hospital general regional. Análisis de 7 años. Revista Médica del IMSS,39, (2), 121-126.
- Rodríguez-Moctezuma, J. R., López-Carmona, J. M., Mendoza-Molina, P., Angulo-Bernal, S., Acosta-Irene, G. y Casas de la Torre, E. (2001b). Índice glucémico de alimentos mezclados indicados en el IMSS para la dieta del diabético. Revista Médica del IMSS,39, (5), 373-380.
- Rodríguez-Morán, M. y Guerrero-Romero, F. (1997a). Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. Salud Pública de México,39, (1), 44-47.

- Rodríguez-Morán, M. y Guerrero-Romero, F. (1997b). Niveles séricos de colesterol y su relación con cardiopatía isquémica, en pacientes con diabetes mellitus no insulino dependiente. Salud Pública de México, 39, (5), 421-432.
- Rodríguez-Morán, M. y Guerrero-Romero, J. F. (1998). Estudio comparativo de pacientes con diabetes tipo 2, habitantes de comunidades urbanas y rurales. Revista Médica del IMSS, 36, (3), 191-197.
- Rodríguez-Morán, M. y Guerrero-Romero, F. (1999). Alteraciones electrocardiográficas y factores de riesgo cardiovascular en pacientes con diabetes tipo 2. Salud Pública, 41, (1), 13-17.
- Roth, S. y Cohen, L. J. (1986). Approach, Avoidance, and Coping with Stress. American Psychologist, 41, 813-819.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs, 80, 1-28.
- Rubio-Guerra, A. (1998). Concepto y Clasificación de la hipertensión arterial esencial. En: M. Ramiro H. y O. Saita-Kamino (Eds.), Temas de medicina interna. (pp. 3-6) México.: Interamericana. McGraw-Hill.
- Rull, J. A., Zorrilla, E., Jadzinsky M. N. y Santiago, J. V. (1992). Diabetes Mellitus. Complicaciones Crónicas. México.: Interamericana-McGraw-Hill.
- Safrán, J. D. y Segal, Z. V. (1994). El Proceso Interpersonal en la Terapia Cognitiva Barcelona, España.: Ediciones Paidós.
- Salgado de Snyder, V. N. (1992). El impacto del apoyo social y la autoestima sobre el estrés y la sintomatología depresiva en esposas de emigrantes a los Estados Unidos. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría 83-89.
- Santacruz, R. A. M. y Aceves, S. D. (1994). Nuevos indicadores para evaluar la salud pública. Estudio de los años de vida potencial perdidos por la población derechohabiente del IMSS en 1990. Revista Médica del IMSS, 32, 587-593.
- Sarason, I. G. y Sarason, B. G. (1988). Psicología Anormal (2a. ed.) México.: Trillas.
- Satir, V. (1991). Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar (6a. ed.) México.: Editorial Pax.

- Schwartz, L.S. Coulson, L.R. Toovy, D. Lyons, J.S. (1991). A biopsychosocial treatment approach to the management of diabetes mellitus. General-Hospital-Psychiatry,13, (1) 19-26.
- Schwarzer, R. y Leppin, A. (1991). Social Support and Health: a Theoretical and Empirical Overview. Journal of Social and Personal Relationships,8, 99-127.
- Secretaría de Salud. (2000). Proyecto de modificación a la Norma oficial mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. Diario Oficial de la Federación. México.
- Secretaría de Salud. (2001). Norma oficial mexicana, NOM-017-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Diario Oficial de la Federación. México.
- Segatore, L. y Poli, G. (1983). Diccionario Médico Teide México.: Editorial Teide.
- Seidel, H. M., Ball, J. W., Dains, J. E. y Benedict, G. W. (1997). Manual "Mosby" de Exploración Física. (3a. ed.). Madrid, España.: Harcourt Brace de España.
- Slaikeu, K. A. (1996). Intervención en Crisis, p. 12, (3a. ed.) México.: Manual Moderno.
- Smith, J. C. (1992). Entrenamiento en Relajación Cognitivo-Conductual Bilbao, España.: Editorial Descleé de Brower.
- Solorio, S., Badui, E., Yáñez, M. A., Contreras, A., Velázquez, J. y Verduzco, R. (1996). Distribución de grasa corporal como factor de riesgo coronario. Revista Médica del IMSS,34, (6), 445-448.
- Sosa, J. M. (1996). Enfermedades degenerativas crónicas. Su impacto en la calidad de vida. Academia Nacional de Medicina,I, 50-53.
- Stein, J. H. (1998). Medicina Interna. (ed. rev.). México: Salvat Mexicana.
- Stephoe, A. (1989). Coping and Psychophysiological Reactions. Advances in Behavioural Research Therapy,11, 259-270.
- Suls, J. y Fletcher, B. (1985). The Relative Efficacy of Avoidant and Nonavoidant Coping Strategies: a Meta-analysis. Health psychology,149, 7-16.
- Tapia Conyert, R. (2001). La mujer fundamental para la calidad de vida familiar. Ganar Salud,1, (6), p. 6.

- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V. y Wigal, J. K. (1989). The Hierarchical Factor Structure of the Coping Strategies Inventory. Cognitive Therapy and Research, 13, (4), 343-361.
- Torosian, T., Lumley, M. A., Pickard, S. D. y Ketterer, M. W. (1997). Silent Versus Symptomatic Myocardial Ischemia: the Role of Psychological and Medical Factors. Health Psychology, 16, (2), 123-130.
- Torres-Rodríguez, C. (2002). "Siglo XXI; el gran reto: la epidemia hipertensiva". Estilo de Vida e hipertensión. Investigación y Difusión, 2, (1), 6-7.
- Trilla, M., Planas, M., y Espluga, A. (1994). Educación sanitaria. En: A. Martín Zurro y J.F. Cano Pérez. (Eds.). Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. (3a. ed., pp 384-386). Barcelona, España.: Doyma Libros.
- Trusty, J., Harris, M. B. C. (1999). Lost Talent: Predictors of the Stability of Educational Expectations across Adolescence. Journal of adolescent research, 14, (3), 359-382.
- Tuomilehto, J., Lindstrom, J., Eriksson, J. G., Valle, T. T., Hamalainen, H., Ilanne-Parikka, P., Keinanen-Kiukaanniemi, S., Laakso, M., Louheranta, A., Rastas, M., Salminen, V. y Uusitupa, M. (2001). Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus by Changes in Lifestyle among Subjects with Impaired Glucose Tolerance. The New England Journal of Medicine, 344, (18), 1343-1349.
- Vargas, L. A. y Casillas, L. E. (1993). Indicadores antropométricos del déficit y exceso de peso en el adulto, para empleo en el consultorio y en el campo. Cuadernos de Nutrición, 16, (5), 34-46.
- Vázquez, F., Arreola, F., Castro, G., Escobedo, J., Fiorelli, S., Gutiérrez, C., Junco, E., Islas, S., Lifshitz, A., Méndez, J., Partida, G., Revilla, C., y Salazar, B. (1994). Aspectos psicosociales de la diabetes mellitus. Revista Médica IMSS, 32, 267-270.
- Velasco-Suárez, M. (1999). El adulto mayor en la gerontología. Revista Geriatria y Gerontología del IMSS, 1, 4-17.
- Velázquez-Alva, M. C., Castillo-Martínez, L., Irigoyen-Camacho, E., Zepeda-Zepeda, M. A., Gutiérrez-Robledo, L. M. y Cisneros-Moysen, P. (1996). Estudio antropométrico en un grupo de hombres y mujeres de la tercera edad en la ciudad de México. Salud Pública de México, 38, 466-474.
- Villamarín, F. (1994). Autoeficacia: investigaciones en Psicología de la Salud. Anuario de Psicología, 61, 9-18.

- Wallston, K. A. Wallston, B. S. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control. Health Education Monographs 6, (2), 160-171.
- Weiss, J. y Hutchinson, S. A. (2000). Warnings about Vulnerability in Clients With Diabetes and Hypertension. Qualitative Health Research, 10, (4), 521.
- Weitkunatk, R., Markuzzi, A., Vogel, S., Schlipkdeter, V., Koch, H.J., Meyer, G. and Ferring, O. (1998). Psychological Factors Associated with the Uptake of Measles Immunization: Findings and Implications for Prevention. Journal of Health Psychology, 3, (2), 273-284.
- Wright, R. A. y Northridge, D. B. (1999). Hipertensión y cardiopatía. En: R. W. F. Campbell y G. S. Francis. (Eds.), Manual Internacional de Hipertensión México.: Hoechst Marion Roussel Medical Consulting.
- Yki-Järvinen, H. (1998). Predicción y prevención de la diabetes mellitus no insulino dependiente. En: J. C. Pickup y G. Williams. (Eds.) Diabetes en la obesidad. (19.1-19.24) España.: Hostench.
- Yost, E. B., Beutler, L. E., Corbishley, M. A. y Allender, J. R. (1991). Terapia Cognoscitiva de Grupo. México.: Grupo Noriega Editores. Limusa.

SECRET

ANEXO 1

EJEMPLOS DE CATEGORIZACIONES.

SIN IMPORTANCIA O IRRELEVANTE

"PO'S NADA" "NADA LO VI COMO NORMAL" "COMO CUALQUIER ENFERMEDAD, YO NO ME ASUSIE" "UNA ENFERMEDAD COMO CUALQUIER OTRA, QUE NOMAS TOMARA MEDICAMENTOS Y SE ME IBA A QUITAR" "LO TOME NORMAL PORQUE NO CONOCIA LOS RIESGOS" "NO SENTI NADA" "PUES NO, NADA, NO LE TOME IMPORTANCIA" "QUE ME IBA A ALIVIAR, UNA ENFERMEDAD MAS" "NO LO IOME A PECHO" "SINCERAMENTE NADA" "ALGO NORMAL"

POSITIVO

"ES MUY IMPORTANTE HACERLO", "SIGNIFICA MUCHO, ES MI ESPERANZA", "ES ALGO BENEFICIOSO", "COMO ALGO PROVECHOSO", "SIGNIFICA ALGO RELAJANTE" "QUE ES UN BIEN PARA MÍ"

PERDIDA

"ME DIO TRISTEZA" "SENTI MUCHO SENTIMIENTO" "SENTI TRISTEZA" "PENSE QUE ERA UNA SITUACION INSALVABLE" "MUCHAS LIMITACIONES, POR EJEMPLO SI YO QUISIERA IR A TRABAJAR A ESTADOS UNIDOS, COMO LE HARIA PARA TENER LOS MEDICAMENTOS, Y SI VOY A MEXICO, SE QUE LA ALTURA ME VA A AFECTAR" "MUCHA TRISTEZA" "TRISTEZA" "ME DIO TRISTEZA, PERO QUE HAGO"

DANO

"PUES ME SENTI MAL" "NO QUISIERA ESTAR MALA DE ESA ENFERMEDAD QUISIERA QUE ME LA QUITARAN" "QUE ESTARIA MAL DEL CORAZON" "ME PEGARON UN GANCHO AL HIGADO"

AMENAZA

"ME DIO PREOCUPACION" "ME PREOCUPE PORQUE DIJE SI ME SUBE LA PRESION AHI ME QUEDO" "PELIGRO" "UNA COSA PELIGROSA" "TOMAR LA MÁS PRECAUCION POSIBLE" "PREOCUPACION TREMENDA" "LA MUERTE" "SI SE DESESPERA UNO, MAXIMO CUANDO SABE UNO A DONDE PUEDE LLEGAR" "ME PREOCUPE, SI Y NO PORQUE YO NO SENTI NADA" "MAS NERVIOSA, ME VI MUY MAL" "ALGO ASI COMO DE NERVIOS" "PARA MI UNA SORPRESA Y ME ASUSIE" "SENTI MAL LA SORPRESA" "SENTI MUY FEO COMO NERVIOS" "PUES ME DIO TRISTEZA, HASTA PENSE QUE YA ME IBA A MORIR" "CLARO QUE YO ME PREOCUPE UN POCO, PENSANDO EN MIS FAMILIARES ANTERIORES, NO MURIERON DEL CORAZON" "NO ME GUSTO ME SENTI UN POCO MAL PORQUE SÉ QUE ES PELIGROSA" "POS, ME ASUSTE PORQUE NUNCA HABIA ESTADO ENFERMA"

RETO

"NO HALLO COMO CONTESTAR ESO, TENER REPOSO, NO AGITARME MUCHO EN EL TRABAJO, DAR VUELTAS EN LA PARCELA" "ECHARLE GANAS A LO QUE ME DARIA EL MEDICO" "NADA, QUE TENIA QUE ATENDERME" "SENTI QUE ME LO DECIAN PARA ESTAR MAS AL CUIDADO" "ME DIJO QUE SE ME IBA A CONTROLAR"

NEGACION

"NO RECUERDO QUE SENTI" "NO CREI QUE FUERA CIERTO" "ME SENTI SORPRENDIDO Y TODAVIA NO LO ASIMILO"

ADAPTACION

"YA ME IMPUSE", "ACEPTO CON RESIGNACION" "YA SE ME HACE COMO ALGO NATURAL" "YA ME HICE A LA IDEA"

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PARA EL PACIENTE CRONICO-DEGENERATIVO. VERSION FINAL

I.- DATOS DEMOGRAFICOS

Participante No _____

- 1 - Sexo _____ 2 - No. Consultorio _____ 3.- Afiliación _____ 4 - ¿Cuántos años cumplidos tiene? _____
- 5.- ¿Cuál es su estado civil? _____ 6.- ¿Cuántos hijos tiene? _____ 7.- ¿Cuántas personas en total viven en su casa? _____
- 8.- ¿A que se dedica? _____ 9.- ¿Cuál es su religión? _____
- 10.- ¿Hasta qué año estudió? _____ 11- ¿De qué está enfermo? _____
- 12- ¿Desde cuando? _____
- 13- ¿Algún familiar de usted, padece o padeció de la misma enfermedad? _____ Si es sí 14- ¿quién? _____ 15.- Peso _____
- 16.- Talla _____ 17.-IMC _____ 18-Cintura _____ 19- Cadera _____ 20- ICC _____

EVALUACION COGNOSCITIVA

II EVALUACION COGNOSCITIVA DE LOS ESTRESORES POIENCIALES

INSTRUCCIONES: Le voy a pedir que recuerde cuando el médico le dijo que estaba enfermo(a) de ... y conteste la siguiente pregunta:

01.-Cuando el Médico le dijo que estaba enfermo(a) de ... que significó para usted padecer esta enfermedad?

- SIGNIFICADO EN EL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO**
- 1 SIN IMPORTANCIA 2 POSITIVO 3 AMENAZANTE 4 RETO 5 ADAPTACION 6 NEGACION

02.-En este momento ¿Qué significa para Ud. estar enfermo de ... ?

- SIGNIFICADO EN EL MOMENTO DE LA ENTREVISTA**
- 1 SIN IMPORTANCIA 2 POSITIVO 3 AMENAZANTE 4 RETO 5 ADAPTACION 6 NEGACION

03.-¿Qué significa para Ud. el tener que ir con frecuencia a consulta con su Médico?

- 1 SIN IMPORTANCIA 2 POSITIVO 3 AMENAZANTE 4 RETO 5 ADAPTACION 6 NEGACION

04.-El hecho de depender de otras personas por su enfermedad lo siente como algo:

- 1 SIN IMPORTANCIA 2 POSITIVO 3 AMENAZANTE 4 RETO 5 ADAPTACION 6 NEGACION

05.-¿Qué significa para Ud. el hecho de tener que llevar una dieta?

- 1 SIN IMPORTANCIA 2 POSITIVO 3 AMENAZANTE 4 RETO 5 ADAPTACION 6 NEGACION

06.-¿Qué significa para Ud. tener que hacer ejercicio diario, para mejorar su salud?

- 1 SIN IMPORTANCIA 2 POSITIVO 3 AMENAZANTE 4 RETO 5 ADAPTACION 6 NEGACION

07.-Qué significa para Ud. tener que ir al seguro con frecuencia a que le realicen exámenes de laboratorio para controlar su enfermedad?

1 SIN IMPORTANCIA 2 POSITIVO 3 AMENAZANTE 4 RETO 5 ADAPTACION 6 NEGACION

08.-El hecho de tener limitaciones físicas lo siente como algo:

1 SIN IMPORTANCIA 2 POSITIVO 3 AMENAZANTE 4 RETO 5 ADAPTACION 6 NEGACION

09.-El hecho de tener que tomar diario medicamentos para controlar su enfermedad lo siente usted como algo:

1 SIN IMPORTANCIA 2 POSITIVO 3 AMENAZANTE 4 RETO 5 ADAPTACION 6 NEGACION

10.-Qué significa para usted tener que asistir con frecuencia al seguro a escuchar pláticas sobre los cuidados que debe de tener para controlar su enfermedad?

1 SIN IMPORTANCIA 2 POSITIVO 3 AMENAZANTE 4 RETO 5 ADAPTACION 6 NEGACION

11.-Qué significa para usted tener algún problema en su relación sexual (disfunción sexual)?

1 SIN IMPORTANCIA 2 POSITIVO 3 AMENAZANTE 4 RETO 5 ADAPTACION 6 NEGACION

12.-Cuándo usted siente los síntomas de su enfermedad, esta situación la siente como algo:

1 SIN IMPORTANCIA 2 POSITIVO 3 AMENAZANTE 4 RETO 5 ADAPTACION 6 NEGACION

FACTORES PERSONALES

III.-CREENCIAS

01.- ¿Creé que se enfermó debido a:

1 MALA SUERTE 2 DESTINO 3 DIOS 4 HABITOS 5 HERENCIA 6 OTROS

02.- ¿Creé Ud. Que su enfermedad se pueda controlar? NO_____ SI_____

03.- ¿De qué manera?_____

04.- ¿Creé Ud. que puede hacer algo para controlar su enfermedad? NO_____ SI_____

05.- ¿Cómo qué?_____

06.- ¿Qué espera del tratamiento médico?_____

IV.- ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

INSTRUCCIONES: ¿QUÉ TAN FRECUENTE SE SIENTE DE LA SIGUIENTE MANERA?

01.- Siente que vale por lo menos tanto como los demás

1 nunca cierto 2 rara vez cierto 3 algunas veces cierto 4 frecuentemente cierto 5 casi siempre cierto

02.- Siente que tiene un buen número de cualidades.

1 nunca cierto 2 rara vez cierto 3 algunas veces cierto 4 frecuentemente cierto 5 casi siempre cierto

293

03.- Algunas veces piensa que no es bueno (a) para nada.

1	2	3	4	5
nunca cierto	rara vez cierto	algunas veces cierto	frecuentemente cierto	casi siempre cierto

04.- Siente que es capaz de hacer cosas tan bien como la mayoría de la gente.

1	2	3	4	5
nunca cierto	rara vez cierto	algunas veces cierto	frecuentemente cierto	casi siempre cierto

05.- Siente que no tiene mucho de que sentirse orgulloso (a).

1	2	3	4	5
nunca cierto	rara vez cierto	algunas veces cierto	frecuentemente cierto	casi siempre cierto

06.- Tiene una actitud positiva hacia sí mismo.

1	2	3	4	5
nunca cierto	rara vez cierto	algunas veces cierto	frecuentemente cierto	casi siempre cierto

V.-ESCALA DE PERCEPCIÓN DEL LOCUS DE CONTROL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICO DEGENERATIVA

INSTRUCCIONES.- Le voy a leer algunas frases. Y le voy a pedir que me diga si está de acuerdo con ellas o en desacuerdo.

- 1. COMPLEIAMENTE EN DESACUERDO
- 2. EN DESACUERDO
- 3. NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO
- 4. DE ACUERDO
- 5. COMPLEIAMENTE DE ACUERDO

- 01.- De Ud. depende evitar que se enferme más. 1 2 3 4 5
- 02.- El Seguro social es el único que puede ayudarlo(a) a restablecer su salud 1 2 3 4 5
- 03.- Si los vecinos de su colonia modificaran su estilo de vida mejorarían su salud 1 2 3 4 5
- 04.- De Ud. depende el control su enfermedad 1 2 3 4 5
- 05.- Estar enfermo es cosa del destino. 1 2 3 4 5
- 06.- Dios es el único que puede evitar complicaciones de su enfermedad 1 2 3 4 5
- 07.- La salud es responsabilidad de Usted. 1 2 3 4 5
- 08.- La enfermedad puede enfrentarse si existe apoyo de otras personas de la comunidad 1 2 3 4 5
- 09.- Si uno se cuida como lo indica el médico se pueden evitar complicaciones de la enfermedad y controlarla 1 2 3 4 5
- 10.- El que se enferme más depende de la suerte 1 2 3 4 5

- 11.- Los médicos son los únicos que pueden controlar su enfermedad 1 2 3 4 5
- 12.- Está en sus manos evitar complicaciones de su enfermedad 1 2 3 4 5
- 13.- Las medicinas son las únicas que pueden ayudarle a controlar su enfermedad. 1 2 3 4 5
- 14.- Si su esposo (a) le apoya, mejorará mas fácilmente de su salud. 1 2 3 4 5
- 15.- Sufrir una enfermedad se debe a la mala suerte 1 2 3 4 5
- 16.- Si se lo propone puede contribuir en algo para resolver los problemas de salud de su comunidad 1 2 3 4 5
- 17.- Las enfermedades pueden ser controladas sólo por las Instituciones de salud 1 2 3 4 5
- 18.- Si lleva la dieta que le indicó el médico su enfermedad se controlará 1 2 3 4 5
- 19.- Si su familia le apoya podrá controlar más fácilmente su enfermedad 1 2 3 4 5
- 20.- El control de su enfermedad depende más de los médicos que de Ud. 1 2 3 4 5
- 21.- El ejercicio le ayudará a mejorar su salud 1 2 3 4 5
- 22.- Si toma los medicamentos que le indicó el médico, podrá controlar mejor su enfermedad 1 2 3 4 5
- 23.- ara controlar su enfermedad necesita del apoyo de sus vecinos 1 2 3 4 5
- 24.- Su enfermedad puede ser controlada solo por las instituciones de salud 1 2 3 4 5
- 25.- Si asiste con regularidad a sus citas podrá controlar mejor su enfermedad 1 2 3 4 5
- 26.- Solo con la ayuda de Dios podrá controlar su enfermedad 1 2 3 4 5
- 27.- El que su enfermedad se controle depende del destino 1 2 3 4 5
- 28.- Si evita fumar mejorará su salud 1 2 3 4 5
- 29.- Solo si los médicos lo(a) recetan controlará su enfermedad 1 2 3 4 5
- 30.- Si asiste a las pláticas de orientación podrá controlar mejor su enfermedad 1 2 3 4 5
- 31.- Si cumple con los cuidados higiénicos dados por el médico evitará complicaciones en su enfermedad 1 2 3 4 5
- 32.- Si tiene buena suerte controlará mejor su enfermedad. 1 2 3 4 5
- 33.- Solo si los servicios de salud le apoyan su enfermedad se controlará 1 2 3 4 5
- 34.- Solo con ayuda de su religión podrá controlar su enfermedad 1 2 3 4 5
- 35.- Si disminuye la sal en las comidas su enfermedad se controlará mejor 1 2 3 4 5

793

- 36.- Si evita el café, las grasas y las bebidas alcohólicas su enfermedad se controlará mejor 1 2 3 4 5
- 37.- Está enfermo(a) por su mala suerte. 1 2 3 4 5
- 38.- Si asiste al laboratorio para que le hagan exámenes clínicos cuando se lo indique el médico, podrá controlar mejor su enfermedad 1 2 3 4 5

FACTORES SITUACIONALES

VI.-NIVEL DE CONOCIMIENTO

- 01.- ¿Qué cuidados le indicó su médico cuando le diagnosticó su enfermedad?
- | | |
|---------------------------------|---------------------|
| -Disminución de bebidas | Cuidados Higiénicos |
| - Asistencia a pláticas | Dieta |
| - Eliminación del factor riesgo | Ejercicio |
| - Control emocional | Otros |
- 02.- ¿Qué tratamiento le indicó su médico? _____
- 03.- ¿Sabe usted cuál es la cifra normal de azúcar que debe tener en la sangre para estar bien de la diabetes? _____ Si es sí 04.- ¿Cuánto? _____ 05.- ¿Sabe usted cuál es la cifra normal de presión que debe tener? _____ Si es sí 06.- ¿Cuánto? _____ 07.- ¿Cómo sabe usted cuando está controlada su enfermedad? _____
- 08.- Recuerda usted las:
- | | | | |
|------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|
| a).- Cifras de la presión de las 3 últimas consultas | _____ | _____ | _____ |
| b).- Cifras del azúcar en sangre de los 3 últimos análisis | _____ | _____ | _____ |
| c).- Cifras de colesterol de los 3 últimos análisis | _____ | _____ | _____ |
| d).- Cifras de triglicéridos de los 3 últimos análisis | _____ | _____ | _____ |

RECURSOS SOCIALES

VII.-APOYO

- 01.- ¿En este momento de su vida qué persona o personas son las más importantes para Usted? _____
- 02.- ¿Piensa Usted que esas personas lo apoyan en el cuidado de su padecimiento? _____
- 03.- ¿De qué manera? _____
- 04.- ¿Pertenece Usted a algún grupo religioso, o sindicato? _____ 05.- ¿Cuál? _____
- 06.- ¿Cuando Usted necesita ayuda moral o quiere hablar con alguien por tener algún problema respecto a su padecimiento se pone en contacto con otras personas? _____
- 07.- ¿Con quién? _____

VIII.-RELACION MEDICO PACIENTE

INSTRUCCIONES: Le voy a preguntar acerca de algunos aspectos relacionados con la atención que recibe de parte de su médico, sus respuestas serán confidenciales.

- 01.- Es suficiente el tiempo que le dedica el médico cuando lo receta?
 1 NUNCA **2 A VECES** **3 SIEMPRE**
- 02.- Lo(a) explora físicamente el médico?
 1 NUNCA **2 A VECES** **3 SIEMPRE**

03.-Le da la oportunidad el médico de que le diga todo lo que Ud. quiere explicarle de su enfermedad?	INUNCA	2 A VECES	3 SIEMPRE
04.-El trato del médico es respetuoso cuando lo consulta y examina?	INUNCA	2 A VECES	3 SIEMPRE
05.-Le explica el médico lo que tiene y los detalles de su tratamiento?	INUNCA	2 A VECES	3 SIEMPRE
06.- Cuando el médico le explica algo sobre su enfermedad lo hace con términos o palabras que Ud. Entiende?	INUNCA	2 A VECES	3 SIEMPRE
07.-El médico es acertado en sus diagnósticos y tratamientos?	INUNCA	2 A VECES	3 SIEMPRE
08.-Nota que al médico le interesa su salud?	INUNCA	2 A VECES	3 SIEMPRE
09.- Cuando acude a consulta el médico le pregunta sobre sus problemas?	INUNCA	2 A VECES	3 SIEMPRE

AFRONTAMIENTO

IX.- AFRONTAMIENTO A LOS ESTRESORES POTENCIALES

INSIRUCCIONES: Le voy a hacer algunas preguntas relacionadas con su padecimiento.

01.- ¿Qué hace usted cuando tiene que ir con frecuencia a que lo(a) cheque el médico?
1 DIRIGIDO EMOCION 2 DIRIGIDO AL PROBLEMA

02.- ¿Cree usted que por su enfermedad depende de otras personas? si es sí ¿de quién?

2.1 ¿Qué hace cuando tiene que depender de ... debido a su enfermedad?
1 DIRIGIDO EMOCION 2 DIRIGIDO AL PROBLEMA

03.- ¿Hace dieta? Si es sí pregunte:
¿Qué hace cuando tiene que llevar dieta indicada por su médico?
1 DIRIGIDO EMOCION 2 DIRIGIDO AL PROBLEMA

04.- ¿Hace ejercicio? si es sí pregunte:
¿Qué hace cuando tiene que hacer ejercicio diario para mejorar de su salud?
1 DIRIGIDO EMOCION 2 DIRIGIDO AL PROBLEMA

05.-¿Qué hace cuando tiene que ir con frecuencia a que le realicen exámenes de laboratorio?
1 DIRIGIDO EMOCION 2 DIRIGIDO AL PROBLEMA

06.- ¿Tiene alguna limitación física por su enfermedad? si es sí ¿Cuál? _____
6.1 ¿Qué hace para afrontar esta limitación física?
1 DIRIGIDO EMOCION 2 DIRIGIDO AL PROBLEMA

07.- ¿Qué hace cuando tiene que tomar a diario medicamentos por su enfermedad?
1 DIRIGIDO EMOCION 2 DIRIGIDO AL PROBLEMA

197

08.- Asiste a las pláticas sobre los cuidados de su enfermedad? si es sí pregunte:

¿Qué hace cuando tiene que asistir con frecuencia al seguro a recibir pláticas sobre los cuidados de su enfermedad?

1 DIRIGIDO EMOCION 2 DIRIGIDO AL PROBLEMA

09.- ¿Tiene algún problema en su relación sexual? si es sí ¿cuál? _____

9.1 ¿Qué hace para afrontar este problema sexual?

1 DIRIGIDO EMOCION 2 DIRIGIDO AL PROBLEMA

10.- ¿Qué hace usted cuando tiene los síntomas de su enfermedad?

1 DIRIGIDO EMOCION 2 DIRIGIDO AL PROBLEMA

CONSECUENCIAS A CORTO Y LARGO PLAZOS

X.-ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

01.-¿Asiste a la plática sobre los cuidados que debe tener sobre su enfermedad?

SI NO

02.-Toma usted medicamentos?

SI NO

03.-¿Hace ejercicio?

SI NO

04.-¿Hace dieta o lleva alguna dieta?

SI NO

05.-IMC _____

XI.-CONIROL DEL PADECIMIENTO (datos para recabar del expediente clínico del paciente)

	ANTEPENÚLTIMA	PENÚLTIMA	ÚLTIMA	PROMEDIO
01.- Cifras tensionales de las 3 últimas consultas	_____	_____	_____	_____
02.- Cifras de Glucemia de los 3 últimos análisis	_____	_____	_____	_____
03.- Cifras de colesterol de los 3 últimos análisis	_____	_____	_____	_____
04.- Cifras de triglicéridos de los 3 últimos análisis	_____	_____	_____	_____

ADAPTACION

XII.-ESTRÉS

Le voy a preguntar sobre algunos aspectos de su padecimiento, usted me va a contestar que tanto le han afectado emocionalmente.

01.-A partir de que se enfermó ¿le ha sucedido a usted o a su familia alguna situación que considere muy dolorosa? _____

02.-¿Qué tanto le afectó emocionalmente esta situación?

1	2	3	4	5
NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	MUCHISIMO

03.-¿Cree usted que su familia le presiona?

1	2	3	4	5
NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	MUCHISIMO

04.-Si es sí por qué? _____

05.-¿Qué tanto le afectó emocionalmente esta situación?

1	2	3	4	5
NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	MUCHISIMO

06.- ¿Qué tanto le afectó emocionalmente el estar enfermo de ...

1	2	3	4	5
NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	MUCHISIMO

07.- ¿Qué tanto le afectó emocionalmente tener que llevar una dieta?

1	2	3	4	5
NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	MUCHISIMO

08.- ¿Qué tanto le afectó emocionalmente tener que hacer Ejercicio?

1	2	3	4	5
NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	MUCHISIMO

09.- ¿Qué tanto le afectó emocionalmente el tener síntomas de su padecimiento?

1	2	3	4	5
NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	MUCHISIMO

10.- ¿Qué tanto le afectó emocionalmente tener que asistir con cierta frecuencia a consulta médica?

1	2	3	4	5
NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	MUCHISIMO

11.- ¿Qué tanto le afectó emocionalmente tener que tomar medicamentos a diario?

1	2	3	4	5
NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	MUCHISIMO

12.- ¿Qué tanto le afectó emocionalmente tener que ir al seguro con frecuencia a que le realicen exámenes de laboratorio?

1	2	3	4	5
NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	MUCHISIMO

13.- ¿Qué tanto le afectó emocionalmente tener que asistir con cierta frecuencia a las pláticas en el seguro?

1	2	3	4	5
NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	MUCHISIMO

14.- ¿Qué tanto le afectó emocionalmente tener limitaciones físicas?

1	2	3	4	5
NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	MUCHISIMO

15.- ¿Qué tanto le afectó depender de alguien debido a su enfermedad

1	2	3	4	5
NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	MUCHISIMO

16.- ¿Qué tanto le afectó tener problemas en su relación sexual?

1	2	3	4	5
NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	MUCHISIMO

XIII.-FUNCIONAMIENTO SOCIAL

01.-¿Tiene alguna limitación física por su enfermedad? Si es sí, 02.-¿Cuál?

SI

NO

299

03.- ¿Presenta algún síntoma de su enfermedad? Si es sí 04.-¿Cuál?

SI

NO

05.- ¿Tiene usted algún problema en su relación sexual? 06.-¿Cuál?

SI

NO

07.-¿Cree usted que por su enfermedad depende de otras personas? Si es sí,08.- ¿De quién?

SI

NO

09.- ¿Puede Usted bañarse, vestirse y comer solo?

SI

NO

10.- ¿Tiene algún impedimento para caminar?

SI

NO

11.-¿ Puede usted salir de su casa para arreglar asuntos personales?

SI

NO

12.-¿ Asiste a reuniones con grupos de amigos o familiares?

SI

NO

13.- ¿Asiste a reuniones religiosas?

SI

NO

XIV.- CUESTIONARIO DE ZUNG PARA DEPRESIÓN

INSTRUCCIONES.- Le voy a leer unas frases, por favor elija la que mejor describa como se ha sentido durante la última semana, incluyendo este día.

01.- Se siente abatido y melancólico

1 2 3 4 5
NUNCA MUY POCAS VECES ALGUNAS VECES MAYOR PARTE DEL TIEMPO CONTINUAMENTE

02.- Por las mañanas se siente mejor

1 2 3 4 5
NUNCA MUY POCAS VECES ALGUNAS VECES MAYOR PARTE DEL TIEMPO CONTINUAMENTE

03.- Tiene accesos de llanto o deseos de llorar

1 2 3 4 5
NUNCA MUY POCAS VECES ALGUNAS VECES MAYOR PARTE DEL TIEMPO CONTINUAMENTE

04.- Le cuesta trabajo dormirse en la noche

1 2 3 4 5
NUNCA MUY POCAS VECES ALGUNAS VECES MAYOR PARTE DEL TIEMPO CONTINUAMENTE

05.- Come igual que antes acostumbraba hacerlo

1	2	3	4	5
NUNCA	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUAMENTE

06.- Todavía disfruta de las relaciones sexuales

1	2	3	4	5
NUNCA	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUAMENTE

07.- Nota que está perdiendo peso

1	2	3	4	5
NUNCA	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUAMENTE

08.- Tiene molestias de estreñimiento.

1	2	3	4	5
NUNCA	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUAMENTE

09.- El corazón le late más aprisa que de costumbre

1	2	3	4	5
NUNCA	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUAMENTE

10.- Se cansa sin hacer nada

1	2	3	4	5
NUNCA	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUAMENTE

11.- Tiene la mente tan clara como antes

1	2	3	4	5
NUNCA	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUAMENTE

12.- Le resulta fácil hacer las cosas que acostumbra

1	2	3	4	5
NUNCA	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUAMENTE

13.- Se siente intranquilo y no puede mantenerse quieto

1	2	3	4	5
NUNCA	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUAMENTE

14.- Tiene esperanza en el futuro

1	2	3	4	5
NUNCA	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUAMENTE

15.- Está más irritable de lo usual

1	2	3	4	5
NUNCA	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUAMENTE

16.- Le resulta fácil tomar decisiones

1	2	3	4	5
NUNCA	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUAMENTE

17.- Siente que es útil y necesario (a)

1	2	3	4	5
NUNCA	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUAMENTE

18.- Su vida tiene bastante interés

1	2	3	4	5
NUNCA	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUAMENTE

301

19.- Ha pensado en quitarse la vida

1	2	3	4	5
NUNCA	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUAMENTE

20.- Todavía disfruta con las mismas cosas

1	2	3	4	5
NUNCA	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUAMENTE

XV.- CUESTIONARIO DE ANSIEDAD COGNOSCITIVA – SOMÁTICA

INSTRUCCIONES: Le voy a leer algunas frases que se refieren a las reacciones que la gente comúnmente manifiesta cuando enfrenta situaciones difíciles de la vida diaria. Por favor dígame con que frecuencia las siente.

01.- Le resulta difícil concentrarse

1	2	3	4	5
NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE

02.- Su corazón palpita más rápido.

1	2	3	4	5
NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE

03.- Se preocupa

1	2	3	4	5
NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE

04.- Siente tembloroso su cuerpo

1	2	3	4	5
NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE

05.- Se imagina escenas terroríficas

1	2	3	4	5
NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE

06.- Le dan ganas de ir al baño

1	2	3	4	5
NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE

07.- No puede sacar de su mente imágenes que le provocan ansiedad

1	2	3	4	5
NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE

08.- Siente tensión en su estómago

1	2	3	4	5
NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE

09.- Se le cruzan en la mente pensamientos que le molestan

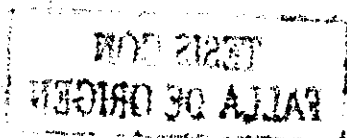
1	2	3	4	5
NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE

10.- Camina nerviosamente

1	2	3	4	5
NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE

11.- No puede pensar lo suficientemente rápido

1	2	3	4	5
NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE



12.- Se queda paralizado

1	2	3	4	5
NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE

13.- No puede quitarse pensamientos que le causan ansiedad

1	2	3	4	5
NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE

14.- Suda demasiado

1	2	3	4	5
NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	BASTANTE

XVI.- CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA

Le voy a leer quince aspectos de la vida o cosas que tenemos en nuestra vida. No todos estos aspectos de la vida tienen la misma importancia para todas las personas. Usted me va a decir qué tan importantes son para usted. Y que tan satisfecho(a) está en cada aspecto

ASPECTO DE LA VIDA

- 1.-**COMODIDADES MATERIALES.** Tener cosas tales como una casa deseable, buena comida, posesiones, comodidades, aumento de sueldo, y seguridad por el futuro.
- 2.-**SALUD Y SEGURIDAD PERSONAL.** Estar en buena condición física y vigoroso(a) , estar sin ansiedad ni tensión y poder evitar daños físicos
- 3.-**RELACIONES CON FAMILIARES** (sus padres, hermanos, hermanas y otros familiares) hacer cosas tales como comunicarse, visitarse, comprenderse, hacer cosas juntos, ayudar y ser ayudado por ellos.
- 4.-**TENER Y CRIAR NIÑOS.** Esto incluye la responsabilidad de ser padre o madre, de ayudar, enseñar y cuidar a sus niños.
- 5.- **TEBER UNA RELACION INTIMA CON SU ESPOSO O COMPAÑERO (A)** Se refiere a su esposo o esposa persona del sexo opuesto.
- 6.- **TENER AMIGOS (AS) CERCANOS.** Compartir actividades intereses, opiniones, ser aceptado, visitarse, dando y recibiendo ayuda, amor, confianza, apoyo y consejos
- 7.-**AYUDAR A ALENTAR A OTRAS PERSONAS** Esto incluye niños y adultos que no sean familiares, amigos (as) cercanos. Estos pueden ser sus propios esfuerzos como miembro de una iglesia, un club o un grupo de voluntarios.
- 8.-**PARTICIPAR EN EL GOBIERNO.** Actividades relacionadas con el gobierno local y/o nacional y otras instituciones públicas.
- 9.-**APRENDER** Asistir a la escuela, mejorar sus conocimientos u obtener nuevos conocimientos.
- 10.-**CONOCERSE A SI MISMO (A)** Reconocer sus cualidades positivas, motivaciones, saber de lo que se trata la vida y tomar decisiones sobre actividades importantes en la vida. Para algunas personas, esto incluye experiencias religiosas o espirituales. Para otras, es como una actividad o filosofía hacia la vida
- 11.-**TRABAJAR.** Tener un trabajo fuera o dentro de su hogar que es interesante, recompensante y valioso
- 12.-**EXPRESARSE DE UNA MANERA CREATIVA** en la música, el arte, el escribir, la fotografía y otras actividades de su tiempo libre.
- 13.-**SOCIALIZAR.** Conocer a otras personas, compartir con estas, dar o asistir a fiestas.
- 14.-**TENER ALGUN ENTRETENIMIENTO PASIVO.** Leer, escuchar música, ver eventos deportivos u otras actividades de entretenimiento.
- 15.-**PARTICIPAR EN ALGUN ENTRETENIMIENTO ACTIVO.** Tales como deportes, viajar, visitar puntos de intereses, participar en juegos o jugar a las barajas, cantar, bailar, tocar algún instrumento musical, actuar y otras actividades similares.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

QUÉ TAN IMPORTANTE

- 1= Nada importante
 2= Poco importante
 3= Moderadamente importante
 4= Importante
 5= Muy Importante

QUÉ TAN SATISFECHO

- 1= Nada satisfecho
 2= Poco satisfecho
 3= Moderadamente satisfecho
 4= Satisfecho
 5= Muy Satisfecho

	Qué tan importante						Qué tan satisfecho				
	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											
9.											
10.											
11.											
12.											
13.											
14.											
15.											

XVII.-ESTILO DE VIDA

01.-¿Fuma usted?

SI NO

Si es no: 02.-¿Fumaba usted antes de enfermarse?

SI NO

03.-¿Toma bebidas alcohólicas?

SI NO

Si es no, 04.-¿Tomaba usted antes de enfermarse?

SI NO

05.-¿Desde que se enfermó cómo está su apetito? _____

06.- ¿Cómo se divierte? _____

07.- ¿Con qué frecuencia? _____

08.- ¿Hace dieta o lleva alguna dieta?

SI NO

Si es sí pase a la pregunta 12.-Si es no pase a la pregunta 09.- ¿Cree Ud. Ser capaz de llevar una dieta?

SI NO

si es sí pregunte:10.- ¿por qué no la lleva? _____

si es no pregunte:

302

11.- ¿por qué no se creé capaz de llevar una dieta?

12.-¿De qué tipo de dieta?

13.-¿Hace ejercicio?

SI

NO

Si es sí pase a la pregunta 17.- Si es no pase a la pregunta 14.- ¿Cree Ud. ser capaz de hacer ejercicio?

SI

NO

si es si pregunte: 15.- ¿por qué no hace ejercicio?

si es no, pregunte :16.- ¿por qué no se cree capaz de hacer ejercicio?

17.- ¿De qué tipo de ejercicio?

303

ANEXO 2

1. Tablas correspondientes a la primera etapa.

A) Estudio piloto N= 170

TABLA I DISRIBUCION PORCENTUAL DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS N=170								
CATEGORIA	SEXO		EDAD		EDOCIV		ESCOLARIDAD	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%
MASCULINO	51	30						
FEMENINO	119	70						
30 A 40			12	7.2				
41 A 50			38	22.5				
51 A 60			51	30.1				
61 A 70			52	30.6				
71 A 80			15	9.0				
81 A 94			2	1.2				
CASADO(A)					120	70.6		
SOLTERO(A)					11	6.5		
VIUDO(A)					28	16.5		
UNION LIBRE					9	5.3		
SEPARADOS					2	1.2		
ANALFABETO							23	13.5
NO TERMINO PRIMARIA							74	43.5
TERMINO PRIMARIA							48	28.2
TERMINO SECUNDARIA							9	5.3
TERMINO PREPARATORIA							4	2.4
LICENCIATURA							8	4.7
TECNICA							4	2.4
TOTALES	170	100.	170	100.0	170	100.0	170	100.0

TABLA II DISTRIBUCION PORCENTUAL DE: TIPO DE PADECIMIENTO, TIEMPO DE EVOLUCION, IMC=KG/MEIRO ² ,Y ANTECEDENTES HEREDITARIOS. N=170								
CATEGORIA	PADECI MIENTO		TIEMPO DE EVOLUCION		IMC= Kg/metro ²		ANTECEDENTES HEREDITARIOS	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%
DIABETES	49	28.8						
HIPERTENSION ESENCIAL	80	47.1						
DIABETES+ HIPERTENSION	31	18.2						
CARDIOPATIA ISQUEMICA	10	5.9						
< DE UN AÑO			7	4.1				
DE 1 A 5			69	40.6				
DE 6 A 10			41	24.1				
DE 11 A 20			38	22.4				
DE 20			15	8.8				
DE 19 A 22 *					9	5.29		
DE 23 A 27 **					64	37.64		
DE 28 A 30***					32	18.82		
MAYOR DE 30****					65	38.23		
SI							98	57.6
NO							72	42.4
TOTALES	170	100	170	100.0	170	100	170	100.0

* DELGADO ** NORMAL ***SOBREPESO ****OBESIDAD

308

TABLA IV DISTRIBUCION PORCENTUAL DE TIPO DE PADECIMIENTO, TIEMPO DE EVOLUCION, IMC=PESO/TALLA ² , IAC=ABDOMEN/CADERA Y ANTECEDENTES HEREDITARIOS. n=350										
CATEGORIA	TIPO PADECIMIENTO		TIEMPO EVOLUCION		IMC= Kg/metro ²		ICC = CINTURA/ CADERA		ANTECEDENTES HEREDITARIOS	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%
DIABETES	88	25.1								
HIPERTENSION	197	56.3								
DIABETES + HIPERTENSION	55	15.7								
CARDIOPATIA ISQUEMICA	10	2.9								
< UN AÑO			27	7.7						
DE 1 A 5			120	34.3						
DE 6 A 10			99	28.3						
DE 11 A 20			84	24.0						
> 20			20	5.7						
BAJO PESO					1	3				
NORMAL					48	13.7				
SOBREPESO					135	38.6				
OBESIDAD					148	42.3				
OBESIDAD SEVERA					18	5.1				
.71A.84= MUJERES NORMAL							2	.6		
>.85= MUJERES OBESIDAD							251	71.7		
>.93= HOMBRES OBESIDAD							97	27.7		
SI									213	60.8
NO									137	39.2
TOTAL	350	100	350	100	350	100	350	100	350	100

309

2. Tablas correspondientes a la segunda etapa.

A) Estudio piloto N=42

TABLA V Prueba de Wilcoxon. Distribución de medias (INTERGRUPALES) Grupo constante y Grupo no constante.

VARIABLES	ASISTENCIA	ANTES			DESPUES		
		\bar{X}	D. E.	P	\bar{X}	D. E.	P
IMC	CONSTANTE *	27.96	2.92		27.17	2.50	
	NO** CONSTANTE	28.98	5.42	.920	27.66	8.21	.537
ICC	CONSTANTE	1.01	5.81		.97	5.45	
	NO CONSTANTE	1.01	5.40	.733	1.01	4.81	.003
SISTOLICA	CONSTANTE	130.76	11.58		125.71	11.65	
	NO CONSTANTE	136.43	16.47	.151	125.43	16.94	.990
DIASTOLICA	CONSTANTE	85.90	8.79		77.05	7.00	
	NO CONSTANTE	79.76	13.18	.155	75.29	11.74	.839
GLUCOSA	CONSTANTE	213.80	103.55		123.00	51.43	
	NO CONSTANTE	112.50	21.35	.023	128.00	48.26	.739

* CONSTANTE 100 % DE ASISTENCIA

** NO CONSTANTE MENOS DEL 100 % DE ASISTENCIA

TABLA VI Prueba de Wilcoxon. Distribución de medias (INTRAGRUPALES) Grupo Constante y Grupo no constante.

VARIABLE	GRUPO CONSTANTE					GRUPO NO CONSTANTE				
	ANTES		DESPUES		P	ANTES		DESPUES		P
	\bar{X}	D. E.	\bar{X}	D. E.		\bar{X}	D. E.	\bar{X}	D. E.	
IMC	27.96	2.92	27.17	2.50	.001	28.98	5.42	27.66	8.21	1.000
ICC	1.01	5.81	.97	5.45	.003	1.01	5.40	1.01	4.81	.532
SISTOLICA	130.76	11.58	125.71	11.65	.147	136.43	16.47	125.43	16.94	.023
DIASTOLICA	85.90	8.79	77.05	7.00	.003	79.76	13.18	75.29	11.74	.097
GLUCOSA	213.80	103.55	123.00	51.43	.011	112.50	21.38	128.00	48.26	.273

* CONSTANTE 100 % DE ASISTENCIA

** NO CONSTANTE MENOS DEL 100 % DE ASISTENCIA

311

TABLA VIII DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS GRUPO CONTROL (n=55)

CATEGORIAS	SEXO		RANGO DE EDAD		ESTADO CIVIL		ESCOLARIDAD		OCUPACION		PADECIMIENTO		EVOLUCION	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
HOMBRE	11	20.0												
MUJER	44	80.0												
20 A 30 AÑOS			2	3.6										
31 A 50 AÑOS			21	38.2										
51 A 60 AÑOS			18	32.7										
MAS DE 61 AÑOS			14	25.5										
CASADO					53	96.4								
SOLTERO					1	1.8								
VIUDO					1	1.8								
NIVEL BAJO							47	85.5						
NIVEL MEDIO							8	14.5						
AMA DE CASA									44	80.0				
EMPLEADO									8	14.5				
DESEMPLEADO									3	5.5				
DIABETES TIPO 2											17	30.9		
HIPERTENSION ESENCIAL											19	34.5		
DIABETES + HIPERTENSION ESENCIAL											18	32.8		
DIABETES+ HIPERTENSION ESENCIAL+ CARDIOPATIA ISQUEMICA											1	1.8		
1 A 5 AÑOS													15	27.0
6 A 10 AÑOS													17	31.0
11 A 15 AÑOS													19	35.0
16 A 20 AÑOS													4	7.0
TOTAL	55	100.	55	100.	55	100.	55	100.	55	100.	55	100.	55	100.

FECHA DE ORIGEN
 LEER CON
 MOD. 1121

ANEXO 3

CUESTIONARIOS APLICADOS EN EL PROGRAMA DE INTERVENCION PSICOLOGICA.

I.- EVALUACION COGNOSCITIVA Y AFRONTAMIENTO AL PADECIMIENTO Y A LOS ESTRESORES POTENCIALES DIETA Y EJERCICIO

INSTRUCCIONES: Le voy a hacer algunas preguntas en relación con su enfermedad.

01.- Cuando el Médico le dijo que estaba enfermo(a) de . Que significó para usted padecer esta enfermedad?

SIGNIFICADO EN EL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO. _____

02 - En este momento ¿Qué significa para Ud. estar enfermo de . ?

SIGNIFICADO EN EL MOMENTO DE LA ENTREVISTA

03.-¿Hace dieta?_____ si es sí pregunte:

04.-¿Qué hace para cumplir la indicación médica de llevar dieta?

AFRONTAMIENTO DE LA DIETA _____

05.- ¿Qué significa para Ud. el hecho de tener que llevar una dieta?

SIGNIFICADO DE DIETA _____

06.- ¿Hace ejercicio?_____ si es sí pregunte:

07 - ¿Qué hace para cumplir la indicación médica de hacer ejercicio?

AFRONTAMIENTO DEL EJERCICIO _____

08 - Qué significa para Ud. tener que hacer ejercicio a diario, para mejorar su salud?

SIGNIFICADO DE EJERCICIO _____

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

FACTORES PERSONALES

II.- CUESTIONARIO DE CREENCIAS HACIA LA ENFERMEDAD

01.- ¿Creé que se enfermó debido a

1	2	3	4	5	6
MALA SUERTE	DESTINO	DIOS	HABITOS	HERENCIA	OTRA

02.- ¿Creé Ud. que su enfermedad se pueda controlar? SI _____ NO _____

03.- ¿De qué manera? _____

04.- ¿Creé Ud. que pueda hacer algo para controlar su enfermedad? SI _____ NO _____

05.- ¿Cómo qué? _____

06.- ¿Qué espera del tratamiento médico? _____

III.-ESCALA DE PERCEPCIÓN DE LOCUS DE CONIROL DEL PACIENTE CRONICO-DEGENERATIVO.

INSTRUCCIONES.- Le voy a leer algunas frases. Y le voy a pedir que me diga si está de acuerdo con ellas o en desacuerdo

- 1.- COMPLETAMENTE EN DESACUERDO
- 2.- EN DESACUERDO
- 3.- NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO
- 4.- DE ACUERDO
- 5.- COMPLETAMENTE DE ACUERDO

01.-De Ud. depende evitar que se enferme más.	1 2 3 4 5
02.-El Seguro social es el único que puede ayudarlo(a) a restablecer su salud	1 2 3 4 5
03.-Si los vecinos de su colonia modificaran su estilo de vida mejorarían su salud	1 2 3 4 5
04.- De Ud. depende el control su enfermedad	1 2 3 4 5
05.- Estar enfermo es cosa del destino.	1 2 3 4 5
06.-Dios es el único que puede evitar complicaciones de su enfermedad	1 2 3 4 5
07.-La salud es responsabilidad de Usted.	1 2 3 4 5
08.-La enfermedad puede enfrentarse si existe apoyo de otras personas de la comunidad	1 2 3 4 5
09.-Si uno se cuida como lo indica el médico se pueden evitar complicaciones de la enfermedad y controlarla	1 2 3 4 5

- 10.- El que se enferme más depende de la suerte 1 2 3 4 5
- 11.- Los médicos son los únicos que pueden controlar su enfermedad 1 2 3 4 5
- 12.- Está en sus manos evitar complicaciones de su enfermedad 1 2 3 4 5
- 13.- Las medicinas son las únicas que pueden ayudarle a controlar su enfermedad. 1 2 3 4 5
- 14.- Si su esposo(a) le apoya, mejorará mas fácilmente de su salud. 1 2 3 4 5
- 15.- Sufrir una enfermedad se debe a la mala suerte 1 2 3 4 5
- 16.- Si se lo propone puede contribuir en algo para resolver los problemas de salud de su comunidad 1 2 3 4 5
- 17.- Las enfermedades pueden ser controladas sólo por las Instituciones de salud 1 2 3 4 5
- 18.- Si lleva la dieta que le indicó el médico su enfermedad se controlará 1 2 3 4 5
- 19.- Si su familia le apoya podrá controlar más fácilmente su enfermedad 1 2 3 4 5
- 20.- El control de su enfermedad depende más de los médicos que de Ud. 1 2 3 4 5
- 21.- El ejercicio le ayudará a mejorar su salud 1 2 3 4 5
- 22.- Si toma los medicamentos que le indicó el médico, podrá controlar mejor su enfermedad 1 2 3 4 5
- 23.- Para controlar su enfermedad necesita del apoyo de sus vecinos 1 2 3 4 5
- 24.- Su enfermedad puede ser controlada solo por las instituciones de salud 1 2 3 4 5
- 25.- Si asiste con regularidad a sus citas podrá controlar mejor su enfermedad 1 2 3 4 5
- 26.- Sólo con la ayuda de Dios podrá controlar su enfermedad 1 2 3 4 5
- 27.- El que su enfermedad se controle depende del destino 1 2 3 4 5
- 28.- Si evita fumar mejorará su salud 1 2 3 4 5
- 29.- Sólo si los médicos lo(a) recetan controlará su enfermedad 1 2 3 4 5
- 30.- Si asiste a las pláticas de orientación podrá controlar mejor su enfermedad 1 2 3 4 5
- 31.- Si cumple con los cuidados higiénicos dados por el médico evitará complicaciones en su enfermedad 1 2 3 4 5
- 32.- Si tiene buena suerte controlará mejor su enfermedad. 1 2 3 4 5
- 33.- Sólo si los servicios de salud le apoyan su enfermedad se controlará 1 2 3 4 5
- 34.- Sólo con ayuda de su religión podrá controlar su enfermedad 1 2 3 4 5

315

- 35.- Si disminuye la sal en las comidas su enfermedad se controlará mejor 1 2 3 4 5
- 36.- Si evita el café, las grasas y las bebidas alcohólicas su enfermedad se controlará mejor 1 2 3 4 5
- 37.- Está enfermo(a) por su mala suerte. 1 2 3 4 5
- 38.- Si asiste al laboratorio para que le hagan exámenes clínicos cuando se lo indique el médico, podrá controlar mejor su enfermedad 1 2 3 4 5

RECURSOS PROPIOS

IV.- CUESTIONARIO DE HABILIDADES EN CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO.

01.- ¿ Considera usted tener un manejo adecuado de la ira, la angustia y la preocupación?

SI _____ NO _____

02.- ¿Conoce usted alguna técnica de relajación? SI _____ NO _____

03.- ¿la practica? SI _____ NO _____

04.- ¿Mide usted personalmente o con ayuda de un familiar, su presión arterial y su nivel de glucosa capilar?

SI _____ NO _____

05.- ¿Con qué frecuencia? _____

ANEXO 4

Estudio complementario: desarrollo y validación de la escala “Percepción de Locus de control en el paciente crónico degenerativo”

La presente investigación es un estudio de campo, transversal y de carácter confirmatorio, con el propósito de probar el número de dimensiones y los contenidos de los factores señalados en investigaciones previas.

La muestra fue intencional no probabilística con N=1850, formada con participantes con diagnósticos establecidos de diabetes tipo 2 e hipertensión arterial esencial. Se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar # 24 perteneciente al IMSS, en Tepic, Nayarit. El tamaño de la muestra se decidió de acuerdo con la norma que sugiere que se debe de tener una muestra con el # de reactivos, por el # de opciones de respuesta por una constante $K=10$.

La versión final del instrumento, se aplicó con la técnica de entrevista, a la muestra antes señalada, debido al nivel de escolaridad bajo (56%) que se encontró en el primer estudio realizado a este mismo tipo de población. Esta versión se obtuvo después de haber sometido el instrumento inicial a dos estudios pilotos: el primero N=170 y el segundo N=350. En el primero se buscaba hacer comprensibles los contenidos y en el segundo probar que los reactivos cumplieran los criterios estadísticos que requiere la validez de constructo, como son: capacidad de discriminación, distribución normal y consistencia interna.

El instrumento final quedó constituido por 37 reactivos de 45 iniciales; con formato tipo Lickert, con 5 opciones de respuesta: 1=totalmente en desacuerdo, 2=en desacuerdo, 3=ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4=de acuerdo y 5=completamente de acuerdo. Estos se califican: a mayor puntuación tendencia a la internalidad o a la externalidad, de acuerdo con la sub escala que se mida.

Para la formulación de reactivos se tomaron algunos de la Escala de Locus de Control en Salud (López y Pérez, 1999); de la Escala de Locus de Control Interno de Salud, de Marshall (1991); y de la escala de Levenson (1973), los que fueron parafraseados de acuerdo al objetivo de esta investigación: la adherencia al tratamiento.

Este cuestionario englobó las dos dimensiones del locus de control (interno y externo), considerando además la multidimensionalidad de cada una de ellas. De esta manera tanto en el caso del locus de control externo como en el del locus de control interno, las dimensiones estuvieron formadas por reactivos que englobaban sub escalas.

Para estimar el locus de control externo esta escala contó con 23 reactivos agrupados en 4 sub escalas:

- a) **“Poderosos”** Los reactivos (seis) que la componen miden la creencia del individuo de que sólo con la ayuda de instituciones o de Dios pueden llevar a cabo conductas de control del padecimiento (tabla 1).

Tabla 1
Reactivos que conforman la sub escala "poderosos"

"Sólo el seguro social puede ayudarlo a no tener síntomas de su enfermedad"
"Sólo con la ayuda de Dios no presentará complicaciones de su enfermedad"
"Solamente con la ayuda de la religión uno podrá mejorar de sus síntomas"
"Mantenerse sin síntomas depende de su médico familiar"
"Cuando se mejoran los síntomas de la enfermedad es porque otras personas (doctores, enfermeras o trabajadoras sociales) nos ayudan"
"Si uno consulta un excelente médico la enfermedad se curará"

- b) **"Otros"**. Esta sub escala está conformada con seis reactivos que tienen que ver con la creencia de los individuos de que solamente con el apoyo de familiares y vecinos pueden adherirse al tratamiento o controlar su padecimiento (tabla 2).

Tabla 2
Reactivos que conforman la sub escala "otros"

"Sólo con el apoyo de su esposo(a) y/o hijos podrá modificar sus hábitos negativos de alimentación"
"Solamente con el apoyo de vecinos y amigos usted podrá evitar los síntomas y complicaciones de su enfermedad"
"Su familia es la única responsable de que su enfermedad no se complique"
"Que usted mejore de sus síntomas dependerá del apoyo de su familia"
"Gracias a otras personas (esposo(a) y/o hijos) usted se mantiene sin complicaciones de su enfermedad"
"Sólo con el apoyo de amigos y vecinos usted podrá hacer el ejercicio indicado por el médico"

- c) **“Destino”**. Esta subescala comprende seis creencias que consideran el control del padecimiento a través de situaciones dependientes del azar (tabla 3).

Tabla 3
Reactivos que forma la sub escala “destino”

<p>“El que se tenga síntomas de la enfermedad es cosa del destino” “Mantenerse sin síntomas y complicaciones de la enfermedad depende absolutamente del destino” “Si el destino está de su lado su enfermedad no se complicará” “Depende del destino el que usted se sienta bien” “Se debe al destino que se presenten los síntomas de la enfermedad” “Que padeciera esta enfermedad ya estaba escrito en su destino”</p>

- d) **“Suerte o fatalismo”** . Conformada por cinco reactivos que dejan el control de la enfermedad y la adherencia al tratamiento en manos de la suerte (tabla 4).

Tabla 4
Reactivos que forman la sub escala “suerte o fatalismo”

<p>“Sólo teniendo buena suerte no se presentarán los síntomas de la enfermedad” “Lo que hace que usted mejore de los síntomas de su padecimiento es su buena suerte” “Frecuentemente siente que si la suerte no le ayuda haga lo que haga, las complicaciones de su enfermedad se presentarán” “Hacer el ejercicio indicado por el médico es cuestión de buena suerte” “Aunque usted siga las indicaciones del médico se le presentarán los síntomas de su enfermedad”</p>

La dimensión del locus de control interno se conformó con 14 reactivos que agrupan 4 subescalas:

- a) **“Autodominio de la enfermedad”**. Compuesta por tres reactivos que tienen que ver con creencias de auto control del padecimiento (tabla 5).

Tabla 5

Reactivos que forman la sub escala “autodominio de la enfermedad”

<p>“La conducta, lo que uno haga, es lo principal para mantenerse sin síntomas de la enfermedad”</p> <p>“De acuerdo con lo que uno haga los síntomas de la enfermedad se controlarán”</p> <p>“Sus malos hábitos (dieta y ejercicio) son la causa principal de las complicaciones de su enfermedad”</p>

- a) **“Autoeficacia”**. Los reactivos que componen esta sub escala (cuatro) miden creencias de capacidad para controlar el padecimiento (tabla 6).

371

Tabla 6

Reactivos que forman la sub escala "autoeficacia"

"Si usted padece los síntomas de su enfermedad será capaz con su propia conducta de restablecer su salud"
"Usted es capaz de controlar los síntomas de su enfermedad a través de sus propios esfuerzos"
"Usted puede seguir la conducta adecuada para permanecer sin complicaciones ni síntomas de su enfermedad"
"Usted es capaz de seguir la dieta indicada por el nutriólogo"

- c) **"Manejo de la enfermedad"**. Los reactivos (tres) que la componen miden creencias favorables acerca de conductas de adherencia al tratamiento y control del padecimiento (tabla 7).

Tabla 7

Reactivos que forman la sub escala "manejo de la enfermedad"

"Si se toman acciones correctas, se evitarán complicaciones de la enfermedad"
"Si usted se responsabiliza de sus hábitos alimentarios podrá controlar su enfermedad y evitar las complicaciones"
"Se puede permanecer sin síntomas de la enfermedad siguiendo la dieta indicada por el nutriólogo"

- d) **"Autoculpa"**. Contiene cuatro reactivos que manejan creencias acerca de la responsabilidad de las complicaciones del padecimiento (tabla 8).

Tabla 8
Reactivos que forman la sub escala "autoculpa"

- "Si se complica su enfermedad usted sería el (la) culpable"**
- "Cualquiera que sea el síntoma o complicación de su enfermedad, usted tiene la culpa de que se presente"**
- "Cuando se aumenta de peso uno tiene la culpa"**
- "Uno tiene la culpa de que se presenten los síntomas de la enfermedad"**

Con este conjunto de ítems, se cubrieron los supuestos encontrados por investigaciones previas. Esta versión del cuestionario fue aplicada a la muestra antes mencionada (n=1850), para los objetivos ya descritos.

Procedimiento. El instrumento fue aplicado en la Unidad de Medicina Familiar no. 24 perteneciente al sistema IMSS, por tres pasantes de psicología, los que fueron entrenados previamente. Las respuestas fueron obtenidas a través de interrogatorio directo. Los pacientes fueron invitados a contestar el cuestionario de la siguiente forma: **"Sr. o Sra., estamos realizando una encuesta para conocer más acerca de las enfermedades como la diabetes, la presión arterial y enfermedades del corazón, las respuestas que usted nos proporcione van a ser confidenciales, ¿le gustaría contestarnos unas preguntas?."** Si accedían a colaborar se realizaba el interrogatorio.

RESULTADOS

377

a) **Descripción de la muestra.** La muestra quedó formada como sigue: el 31% ($n=567$) con pacientes del sexo masculino y el 69% ($n=1283$) del sexo femenino. El rango de edad fue de 21 a 92 años correspondiendo el 46% de los participantes con edades comprendidas entre 41 a 60 años, y el 44% en el rango de 61 a 80 años. Los porcentajes de edad minoritarios correspondieron a los pacientes más jóvenes de 21 a 40 años (6%) y a los ancianos, de 81 a 92 años (4 %). El 69% de los participantes respondió que era casado y el (92%) que eran católicos. Respecto a la ocupación la mayoría de las mujeres (64%) se dedicó a las labores del hogar (ama de casa) en tanto que los hombres a la ocupación de empleados 10%. La escolaridad mayoritaria fue la de primaria incompleta con un 46% y un 14% de personas "iletradas", por lo que si se suma ambos porcentajes tenemos un 60% de participantes con un nivel de escolaridad bajo (tabla 9).

Tabla 9

Distribución porcentual de variables sociodemográficas N=1850

CATEGORIA	SEXO		EDAD		ESTADO CIVIL		OCUPACION		RELIGION		ESCOLARIDAD	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
HOMBRE	567	30.6										
MUJER	1283	69.4										
20-40			120	6.5								
41-60			846	45.7								
61-80			816	44.1								
>81			68	3.7								
CASADO					1273	68.8						
SOLTERO					112	6.1						
VIUDO					349	18.9						
UNION LIBRE					72	3.9						
DIVORCIADO					11	.6						
SEPARADO					33	1.7						
AMA DE CASA							1186	64.1				
AGRICULTOR							138	7.5				
COMERCIANTE							40	2.2				
PENSIONADO							134	7.2				
JUBILADO							57	3.1				
EMPLEADO							180	9.7				
OFICIO							55	3.0				
SIN OCUPACION							60	3.2				
CATOLICA									1698	91.8		
OTRAS									152	8.2		
ILETRADAS											265	14.3
NO TERMINO PRIMARIA											860	46.5
NIVEL BASICO Y MEDIO											619	33.5
LICENCIATURA Y TECNICO											106	5.7
TOTAL	1850	100.0	1850	100.0	1850	100.0	1850	100.0	1850	100.0	1850	100.0

b) Respecto a las características del padecimiento tenemos que: el 22% (n=404) de los participantes contaban con el diagnóstico de diabetes tipo 2, el 65 % (n=1199) con el de hipertensión arterial esencial, el 12% (n=220) con los dos padecimientos y el 1% (n=27) con tres padecimientos: diabetes tipo 2, hipertensión arterial esencial y cardiopatía isquémica. En cuanto al tiempo de evolución se encontró que el porcentaje más alto (38%) fue en el rango de 1 a 5 años y que el 47 % aceptaba tener algún tipo de antecedente hereditario del padecimiento (tabla 10).

323

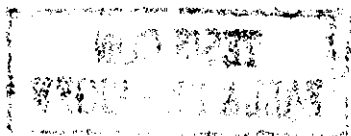
Tabla 10

Distribución porcentual del tipo de padecimiento, tiempo de evolución y antecedentes hereditarios N=1850

CATEGORIA	PADECIMIENTO		TIEMPO DE EVOLUCION		ANTECEDENTES HEREDITARIOS	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%
DIABETES	404	21.8				
HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL	1199	64.8				
DIABETES+ HIPERTENSION	220	11.9				
DIABETES+ HIPERTENSION+ CARDIOPATIA ISQUEMICA	27	1.5				
< DE UN AÑO			156	8.4		
DE 1 A 5			713	38.5		
DE 6 A 10			487	26.4		
DE 11 A 15			237	12.8		
>15			257	13.9		
SI					879	47.5
NO					971	52.5
TOTALES	1850	100.0	1850	100.0	1850	100.0

Confiabilidad. Para conocer la consistencia interna de la escala, se utilizó el coeficiente Alpha propuesto por Cronbach, encontrándose para el cuestionario total, un Coeficiente Alpha = 0.84

Validez de Constructo. Para conocer la validez de constructo, el cuestionario fue sometido a un análisis factorial con el método de extracción de los Componentes Principales. Este arrojó once factores con valores eigen superiores a 1.0 y que



explicaron el 84.4% de la varianza total. Este análisis mostró reactivos cuya carga factorial era menor a .300; y se encontraron factores compuestos por reactivos que no tenían coherencia teórica, decidiendo eliminarlos. Estos reactivos fueron: 9, 11, 12, 15, 17, 18, 26, 32.

Se procedió a un nuevo análisis factorial con extracción de los Componentes Principales, con Rotación Varimax, en donde los resultados fueron como sigue: como se muestra en la tabla 11, el análisis reportó 7 factores que explican el 93.67% de la varianza total, con valores eigen mayores a 1.

Tabla 11

Factores iniciales con valores propios mayores a 1.0 N=1850

FACTORES	EIGEN	% VARIANZA	VARIANZA ACUMULADA
1	6.900	23.781	23.781
2	4.890	16.865	40.646
3	4.160	14.350	54.996
4	3.720	12.828	67.824
5	3.160	10.883	78.707
6	2.540	8.751	87.458
7	1.800	6.207	93.665

Discriminación de los reactivos. Posteriormente con base en la frecuencia de respuesta de los sujetos para los reactivos que componen los diferentes factores se realizaron estadísticas descriptivas, así como pruebas t de Student entre las medidas



37

de los sujetos que se ubicaron arriba de la mediana y los que se ubicaron debajo de ella. Los resultados evidenciaron que los reactivos discriminaban satisfactoriamente ($p=0.001$).

Los resultados de la matriz rotada se muestran en la tabla 12, donde se observa que los pesos factoriales son iguales o superiores de 0.400. Los factores encontrados se denominaron: Factor 1 "Autodominio de la enfermedad", factor 2 "Autoculpa"; factor 3 "Otros", factor 4 "Destino", factor 5 "Autoeficacia", factor 6 "Suerte" y factor 7 "Poderosos", perteneciendo los factores 1, 2 y 5 al locus de control interno; y los factores 3, 4, 6 y 7 al locus de control externo. Se describen además los resultados de los análisis de consistencia interna de cada factor, así como sus medias y desviación estándar.

Tabla 12

Resultados del análisis factorial. Medias, Desviaciones estándar, carga factorial, varianza explicada y alpha.

FACTOR 1 "AUTODOMINIO DE LA ENFERMEDAD"	\bar{X}	$\pm D.E.$	CARGA FACTO RIAL	VARIANZA 23.781 %	ALPHA 0.9549
LA CONDUCTA, LO QUE UNO HAGA, ES LO PRINCIPAL PARA MANTENERSE SIN SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD.	1.93	.27	.993		
SI SE TOMAN ACCIONES CORRECTAS, SE EVITARAN COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD			.996		
SI USTED SE RESPONSABILIZA DE SUS HABITOS ALIMENTARIOS, PODRA CONTROLAR SU ENFERMEDAD Y EVIAR LAS COMPLICACIONES.			.996		
SUS MALOS HABITOS (DIETA Y EJERCICIO) SON LA CAUSA PRINCIPAL DE LAS COMPLICACIONES DE SU ENFERMEDAD.			.996		
SE PUEDE PERMANECER SIN SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD SIGUIENDO LA DIETA INDICADA POR EL NUTRIOLOGO.			.961		

FACTOR 2	1.99	.15	16.870	.8839
“AUTOCULPA”				
SI SE COMPLICA SU ENFERMEDAD USIED SERIA EL(LA) CULPABLE			999	
CUALQUIERA QUE SEA EL SINTOMA O COMPLICACION DE SU ENFERMEDAD, USTED TIENE LA CULPA DE QUE SE PRESENTE.			999	
UNO TIENE LA CULPA DE QUE SE PRESENTEN LOS SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD CUANDO SE AUMENTA DE PESO UNO TIENE LA CULPA			999	
FACTOR 3	4.41	.49	14.350	.9651
“OTROS”				
SOLO CON EL APOYO DE SU ESPOSO(A) Y/O HIJOS PODRA MODIFICAR SUS HABITOS NEGATIVOS DE ALIMENTACION			967	
QUE USTED MEJORE DE SUS SINTOMAS DEPENDERA DEL APOYO DE SU FAMILIA			967	
GRACIAS A OTRAS PERSONAS (ESPOSO(A) Y/O HIJOS) USTED SE MANTIENE SIN COMPLICACIONES DE SU ENFERMEDAD			967	
SOLO CON EL APOYO DE AMIGOS Y VECINOS USTED PODRA HACER EL EJERCICIO INDICADO POR EL MÉDICO.			967	
FACTOR 4	4.57	.50	12.830	.9583
“DESIINO”				
EL QUE SE TENGA SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD ES COSA DEL DESTINO			957	
DEPENDE DEL DESTINO EL QUE USTED SE SIENTA BIEN			917	
SE DEBE AL DESTINO QUE SE PRESENTEN LOS SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD			957	
QUE PADECIERA ESTA ENFERMEDAD YA ESTABA ESCRITO EN EL DESIINO			957	
FACTOR 5	1.99	.21	10.880	.9164
“AUTOEFICACIA”				
SI USTED PADECE LOS SINTOMAS DE SU ENFERMEDAD SERA CAPAZ CON SU PROPIA CONDUCTA DE RESTABLECER SU SALUD			995	
USTED ES CAPAZ DE CONTROLAR LOS SINTOMAS DE SU ENFERMEDAD A TRAVES DE SUS PROPIOS ESFUERZOS.			995	
USTED ES CAPAZ DE SEGUIR LA DIEIA INDICADA POR EL NUTRIOLOGO			953	
USTED PUEDE SEGUIR LA CONDUCTA ADECUADA PARA PERMANECER SIN COMPLICACIONES NI SINTOMAS DE SU ENFERMEDAD.			995	
FACTOR 6	4.44	.51	8.751	.9139
“SUERIE”				
SOLO TENIENDO BUENA SUERIE NO SE PRESENTARAN LOS SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD			851	

379

FRECUENTEMENTE SIENTE QUE SI LA SUERTE NO LE AYUDA HAGA LO QUE HAGA, LAS COMPLICACIONES DE SU ENFERMEDAD SE PRESENTARAN					885
HACER EL EJERCICIO INDICADO POR EL MEDICO ES CUESTION DE BUENA SUERTE					883
AUNQUE USIED SIGA LAS INDICACIONES DEL MEDICO SE LE PRESENTARAN LOS SINTOMAS DE SU ENFERMEDAD					857
FACTOR 7	4.01	.11		6.207	.6877
"PODEROSOS"					
SOLO EL SEGURO SOCIAL PUEDE AYUDARLO A NO TENER SINTOMAS DE SU ENFERMEDAD					.991
SOLO CON LA AYUDA DE DIOS NO PRESENTARA COMPLICACIONES DE SU ENFERMEDAD					.400
SOLAMENTE CON LA AYUDA DE LA RELIGION UNO PODRA MEJORAR DE LOS SINTOMAS					.991
MANTENERSE SIN SINTOMAS DEPENDE DE SU MEDICO FAMILIAR					.991
VARIANZA TOTAL EXPLICADA				93.669	

Considerando los valores de las medias correspondientes a los factores que miden externalidad: "otros", "destino", "suerte" y "poderosos"; se encontró que las creencias de los participantes de esta muestra están ubicadas en un locus de control externo, ya que estos pacientes estuvieron a favor de que el control de su padecimiento y la adherencia a conductas saludables depende de los demás, el destino o la suerte. Mientras que los valores promedios que miden internalidad: ("autodominio de la enfermedad", "autoculpa" y "autoeficacia") consistentemente con lo anterior muestran que no creen que ellos pudieran tener control de su enfermedad ni conductas de adherencia (tabla 12).

DISCUSION

De acuerdo con los resultados se puede afirmar que la Escala de Percepción de Locus de Control del enfermo crónico degenerativo, tiene una estructura multidimensional, confirmando lo reportado previamente, esto es, puede medir siete factores que explican un alto porcentaje de la varianza total (93.67%), mostrando además altos coeficientes de consistencia interna (de 0.69 a 0.96). La multidimensionalidad encontrada en esta escala, concuerda con investigaciones realizadas tanto en otras culturas (Marshall, 1991; Wallston y Wallston, 1978; así como en la nuestra (Díaz-Loving y Andrade-Palos, 1984, La Rosa, Díaz y Andrade, 1986).

Los siete factores resultantes se denominaron como sigue: autodominio de la enfermedad, autoculpa, autoeficacia, otros, destino, suerte y poderosos. La sub escala de autodominio de la enfermedad con cinco reactivos, mide el locus de control interno que el individuo muestra en relación con los síntomas y complicaciones de su padecimiento. Esta sub escala corresponde a la sub escala de locus de control interno de salud, de Wallston y Wallston (1978). La siguiente sub escala "autoculpa" está compuesta por cuatro reactivos que miden el locus de control interno que se encuentra en la responsabilidad que el individuo muestra con relación a la presentación de síntomas o complicaciones de su padecimiento; y corresponde a la subescala del mismo nombre del cuestionario elaborado por Marshall, (1991). La sub escala "autoeficacia" que cuenta con cuatro reactivos, mide el locus de control interno que valora la capacidad que el individuo considera tener para controlar los síntomas y

complicaciones de su enfermedad así como de adherirse a la dieta prescrita. Esta subescala corresponde a la denominada auto-maestría reportada por Marshall, (1991).

La subescala "otros" con cuatro reactivos, mide el locus de control externo, es decir, la creencia del individuo de que del apoyo de sus familiares o vecinos depende la modificación de sus hábitos no saludables o el control de síntomas y complicaciones de su padecimiento. En el caso de la subescala "destino" se agruparon cuatro reactivos que miden el locus de control externo, evaluando la creencia del individuo de que el azar controla su enfermedad y los síntomas que se presenten. Respecto a la subescala llamada "suerte", contiene cuatro reactivos que miden el locus de control externo y consideran la creencia del individuo de que el control de los síntomas y las complicaciones de su padecimiento dependen de la suerte, así como, el que se adhiera al ejercicio indicado. Por último, tenemos la subescala "poderosos" que cuenta con cuatro reactivos que miden el locus de control externo al valorar la creencia del individuo de que el control de síntomas y complicaciones de su padecimiento depende de Dios, la religión, los médicos y las instituciones de salud. Estas subescalas corresponden a las contenidas en la escala de Levenson (1973), las que fueron parafraseadas de acuerdo con los objetivos de la investigación.

Se considera que la Escala de Percepción de Locus de Control en el paciente crónico degenerativo, facilitará la intervención psicológica por las siguientes razones: 1) Es un instrumento evaluativo del tipo de locus de control del paciente que al ser utilizado en el momento mismo del diagnóstico permitiría predecir la conducta de adherencia al

tratamiento y manejo de la enfermedad; 2) la tipificación del locus de control permitiría la intervención psicológica con un conocimiento preciso de las creencias que sería conveniente modificar; y 3) permitiría evaluar el impacto (antes-después) de intervenciones psicológicas dirigidas a modificar creencias de locus de control externo.

Es importante subrayar, que la aplicación de este instrumento está restringida a pacientes de instituciones públicas, con características sociodemográficas: bajo ingreso económico que implica también un pobre nivel de escolaridad y un aspecto cultural rural, que la hacen especial aún en el contexto geográfico al que pertenece y que por lo tanto, es conveniente confirmar o desconfirmar los hallazgos encontrados, con nuevas investigaciones en muestras de poblaciones similares y considerando además otros tipos de padecimientos crónicos.

