



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

**EFFECTOS DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL
EN EL AUTOCUIDADO DE LOS PIES EN PACIENTES DIABÉTICOS**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:
IVONNE LIZBETH VIZCARRA ZAMORA**

TUTOR: MTRA. MA. CRISTINA BRAVO GONZÁLEZ, UNAM.
MIEMBROS DE CÓMITE TUTORIAL: DRA. ROCÍO TRON ALVAREZ, UNAM.
DRA. SANDRA ANGÉLICA ANGUIANO SERRANO, UNAM.
MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO, UNAM.
DR. JORGE ROGELIO PERÉZ ESPINOSA, UNAM.

MEXICO, D.F., NOVIEMBRE, 2013



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.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres: Martha y Rafael

Quienes con su amor incondicional me han apoyado en todas las decisiones de mi vida, y a quienes les debo quien ahora soy. Gracias por ser los mejores padres.

A mis hermanos: Karina y Rafael

Quienes han contribuido en mi formación con su valioso ejemplo y apoyo en los momentos que más los he necesitado. Gracias por ser los mejores hermanos.

A mis amigas:

Quienes me han dado un abrazo sincero muestra de su cariño, y con sus palabras soporte en el instante justo. Gracias por su amistad.

A mi tutora: Cristina, y miembros del comité

A quienes admiro y respeto, y quienes fueron mi guía principal en el desarrollo de este proyecto. Gracias por su completo apoyo.

***A mi Universidad,
maestros y
compañeros***

ÌNDICE

Introducción general.....	4
I. Efectos de una intervención cognitivo-conductual en el autocuidado de los pies en pacientes con DM2.	
Resumen.....	6
Introducción.....	7
Método.....	12
Resultados.....	18
Discusión y conclusiones.....	30
II. Reporte de experiencia profesional	
Residencia en el Hospital Juárez de México.....	36
Medicina Interna.....	36
Intervención psicológica en Medicina Interna.....	38
Características de la sede y actividades del residente.....	41
Características de la población atendida.....	44
Evaluación final.....	47
Comentarios y sugerencias.....	49
Nefrología.....	51
Intervención psicológica en Nefrología.....	52
Características de la sede y actividades del residente.....	54
Características de la población atendida.....	56
Evaluación final.....	58
Comentarios y sugerencias.....	60
Competencias alcanzadas.....	62
Referencias.....	64
Anexo 1. Propaganda del programa.	73
Anexo 2 Manual de Terapia Cognitivo-Conductual en el autocuidado de los pies de pacientes con DM2.....	74
Anexo 3. Lista de chequeo.....	104
Anexo 4. Casos clínicos.....	105

INTRODUCCIÓN GENERAL

Uno de los logros más importantes de la ciencia de la conducta en las últimas décadas, ha sido el desarrollo de la Medicina Conductual como una forma aplicada de la psicología. Este término fue utilizado inicialmente por Birk (1973), con el cual expresaba la importancia de las técnicas conductuales en enfermedades como el asma y la epilepsia. Posteriormente, surgió de manera formal en la conferencia sobre medicina conductual, llevada a cabo en la Universidad de Yale en 1977, siendo definida como el campo interdisciplinario que se ocupa del desarrollo e integración de las ciencias biomédicas y conductuales, y del conocimiento de las técnicas relevantes y su aplicación para la salud, la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades (Schwartz & Weiss, 1978).

Su aporte principal es la demostración de que el factor biológico constituye tan sólo uno de los múltiples componentes del proceso de salud-enfermedad, y que opera necesariamente en interacción con factores conductuales, los cuales intervienen en la promoción, el mantenimiento y la recuperación de la salud. Es así como la Medicina Conductual, al interrelacionar dinámicamente factores biológicos y conductuales, ha dado un paso adelante en el trato real de ciertos procesos complejos que tradicionalmente fueron relegados al análisis unicausal simplista (Roth, 1990).

Como resultado, el papel del psicólogo se ha extendido a diferentes contextos, como el hospitalario, donde la residencia en medicina conductual tiene su práctica profesional basada en un modelo de solución de problemas, bajo un enfoque cognitivo conductual. Su objetivo principal es desarrollar las capacidades requeridas para el ejercicio psicológico profesional especializado en salud, al contar con los conocimientos y competencias necesarios para prevenir y solucionar problemas prioritarios mediante la aplicación de las técnicas, métodos y procedimientos idóneos que sustentan el quehacer disciplinario, tanto a nivel individual como grupal, integrado de manera equilibrada en sus diferentes actividades, objetivos de docencia, servicio e

investigación (Reynoso-Erazo, Hernández-Manjarrez, Bravo-González & Anguiano-Serrano, 2011).

Por tanto, para cumplir con dicho objetivo, el presente trabajo describe las actividades realizadas a lo largo de la residencia, dividiéndolo en dos grandes apartados. En la primera parte se presentan los resultados obtenidos del protocolo de investigación titulado “Efectos de una intervención cognitivo-conductual en el autocuidado de los pies en pacientes diabéticos” desarrollado en el Hospital Juárez de México. La segunda parte la conforma el reporte de experiencia profesional, en el cual se describen las características de la sede, las estadísticas de productividad de los pacientes atendidos durante las dos rotaciones por los servicios de Medicina Interna y Nefrología, la evaluación del servicio y de la supervisión, así como las competencias alcanzadas en la residencia.

EFFECTOS DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN EL AUTOCUIDADO DE LOS PIES EN PACIENTES DIABÉTICOS

Resumen

La transición epidemiológica ha traído una serie de enfermedades crónicas degenerativas cuyas complicaciones merman de manera importante la calidad de vida de las personas, especialmente las relacionadas con la diabetes mellitus tipo 2, siendo el pie diabético una de las causas principales de hospitalización, así como causa de incapacidad temporal que podría convertirse en invalidez permanente para el trabajo. Por lo que la necesidad de crear intervenciones preventivas efectivas es una tarea primordial, teniendo en cuenta esta labor, la presente investigación tuvo como objetivo evaluar los efectos de una intervención dirigida a aumentar las conductas de autocuidado de los pies en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Se utilizó un diseño de estudio de un solo sujeto (N=1), con dos casos replicativos; la intervención consistió en 3 etapas: 1) Línea base, a través de una lista de chequeo se registraron las conductas durante un periodo de tres semanas. 2) Fase experimental, donde se aplicó del programa, con duración aproximada de nueve sesiones (dos sesiones de psicoeducación, una sesión de modelado, cuatro sesiones de control de estímulos, una sesión de generalización de la técnica a la dieta y actividad física, y una sesión de cierre); y 3) Seguimiento a un mes. Para el análisis de los datos se obtuvieron índices descriptivos (nivel de ejecución, tendencia, variabilidad y estabilidad) agrupando las conductas en tres categorías 1) Higiene, con las subcategorías: a) Lavado, b) Secado, y c) Hidratación; 2) Calzado; y 3) Inspección. Las conductas en las que se intervino tuvieron un aumento en estos índices después de la intervención en todos los participantes, los cuales se mantuvieron durante el seguimiento. Por lo que se concluye que las técnicas cognitivo-conductuales utilizadas en la intervención resultaron efectivas para favorecer el aumento de las conductas de autocuidado de los pies en los pacientes con DM2.

Palabras clave. Intervención cognitivo-conductual, autocuidado de los pies, DM2, enfermedad crónica degenerativa, pie diabético, prevención.

Introducción

Diabetes mellitus tipo 2 y pie diabético

La globalización y los cambios de la transición epidemiológica han incrementado la expectativa de vida, siendo la población más susceptible a enfermedades no transmisibles asociadas con la edad, constituyendo un problema de salud pública (Beckman, Creager & Libby, 2002).

La diabetes mellitus (DM) es definida como un síndrome heterogéneo, con una etiología multifactorial, resultado de una pérdida de insulina o de una inhabilidad del cuerpo de procesar eficientemente la insulina (Magela Salome, De Souza Pellegrino, Blanes & Masako Ferreira, 2011).

La DM es una pandemia con una incidencia creciente, que alcanza a todos los estratos de la población, tanto por el número de personas afectadas como por la implicación socioeconómica que supone el control y tratamiento de la enfermedad y sus complicaciones (Simmons, Meadows & William, 1991).

Los datos actuales son muy preocupantes y más si se considera el hecho de que muchas personas padecen la enfermedad y no están diagnosticadas, debido a que la diabetes puede evolucionar sin producir síntomas apreciables, sólo identificados cuando aparece alguna de sus complicaciones crónicas (Simmons, et al., 1991).

De acuerdo con el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS, 2011), la diabetes es la principal causa de mortalidad en nuestro país. La prevalencia de DM tipo 2 entre los mexicanos de 20 a 69 años de edad es de 10.8%, y está directamente relacionada con la edad, el sedentarismo y la dieta rica en grasa (80% de los diabéticos son obesos).

Las complicaciones que resultan de la enfermedad son una causa significativa de morbilidad y mortalidad, y se asocian al daño o falla de varios órganos tales como: ojos, riñones y tejido nervioso (Davies, Tringham, Troughton & Khunti, 2004).

La DM aumenta el riesgo de todas las complicaciones vasculares, incluyendo la enfermedad vascular periférica, que puede conducir a la amputación de los miembros pélvicos (Beckman et al., 2002).

El pie diabético es la consecuencia más común de la DM. Está caracterizado por úlceras en el pie resultado de cambios vasculares o neurológicos (o una combinación de ambos). Los pacientes diabéticos tienen un riesgo 10 a 15 veces mayor para una amputación del miembro pélvico que la población no diabética, teniendo un riesgo acumulativo para una amputación 25 años después del diagnóstico, de hasta el 11% (Beckman et al., 2002; Boulton, Kirsner & Vileikyte, 2004; Magela Salome et al., 2011).

Las úlceras del pie se presentan en 15% de los pacientes con diabetes y el 85% de las amputaciones del miembro pélvico en pacientes con DM están precedidas por la ulceración del pie. Sufriendo el 34% de estos pacientes una re-ulceración en los 12 meses siguientes, aumentando el riesgo al 50% en los siguientes 2 a 5 años (Castro et al., 2009; Vedhara et al., 2012).

Las complicaciones del pie son responsables del 14 a 20% de las hospitalizaciones de los pacientes diabéticos y del promedio de permanencia hospitalaria prolongada. El pie diabético es, además, la principal causa de amputación no traumática en el mundo, así como causa de incapacidad temporal que podría convertirse en invalidez permanente para el trabajo o del retiro laboral temprano, y hasta de muertes evitables (Alcántara, Flores & Garmendia, 1999; Magela Salome et al., 2011; Mayfield, Reiber, Sanders, Janisse & Pogach, 2000).

Desde la esfera psicológica, diversas investigaciones sugieren que el pie diabético tiene un profundo impacto social. Los pacientes reportan estigma, aislamiento, pérdida del rol en la sociedad y desempleo. También la calidad de vida se disminuye, y reportan mayor prevalencia de depresión comparados con pacientes diabéticos sin esta complicación (Vatankhah et al., 2009). La piel es extremadamente importante desde el punto de vista psicológico, influenciando la estabilidad emocional de manera específica, lesiones en la piel pueden

afectar la autoestima y la imagen corporal de los pacientes (Morgan, Currie, Stott, Smithers, Butler & Peters, 2000).

Es importante resaltar que el impacto negativo del pie diabético en los pacientes con diabetes mellitus ha estado influido, entre otros factores, por la falta de conocimientos sobre los factores de riesgo y de cómo prevenir la aparición del pie diabético (Soler et al., 1997; Suárez, García, Álvarez, Edreira, 2001).

Por lo que existe un consenso general de que el manejo exitoso del pie diabético implica una atención multidisciplinaria, estableciendo que la prevención y el cuidado apropiado de las lesiones del pie son de importancia suprema, siendo el nivel de conocimientos y habilidades del paciente ante los cuidados de los pies las principales recomendaciones (Suárez et al., 2001; Mayfield et al., 2000; Vatankhah et al., 2009).

Intervención psicológica en pacientes con DM2

El tratamiento de la diabetes implica considerables exigencias conductuales a los pacientes, abarcando la administración de medicamentos, dieta, actividad física y conductas de autocuidado (Amador-Díaz, Márquez-Celedonio & Sabido-Sighler, 2007; Brito, Aguilar, Rull & Gómez, 2004; Organización Mundial de la Salud, 2004; Walker & Rodgers, 2005).

Estos requerimientos, que son extensos, continuos y, en ocasiones tediosos, suelen ser frecuentemente olvidados o rechazados, siendo los cambios en el estilo de vida los más difíciles de seguir con regularidad (Clark, 2004; Reynoso & Seligson, 2005).

Ante la necesidad de lograr un apego al tratamiento, la Organización Mundial de la Salud (2004) planteó la importancia de integrar a la educación y las intervenciones psicológicas, la atención de las personas con diabetes, debido a que hay evidencia de que el conocimiento por sí solo es insuficiente para producir cambios significativos en el comportamiento. Sin embargo, la educación sobre la enfermedad al paciente y su familia resulta fundamental,

siendo este último apoyo y refuerzo en el mantenimiento de las conductas de adherencia (Lazcano-Burciaga, Rodríguez-Moran & Guerrero-Romero, 1999).

La psicoeducación otorga un entrenamiento para el entendimiento y la resolución de problemas producto de la enfermedad, con ello se mejoran el pronóstico y la calidad de vida del paciente (Palumbo & Melton, 2000). Glick (1994) define la psicoeducación como la administración sistemática de información acerca de los síntomas, etiología y tratamiento con el objetivo de mejorar el entendimiento y conductas asociadas a la enfermedad.

En ensayos clínicos tan importantes como el DCCT (*Diabetes Control and Complications Trial*, 1996) en la DM tipo 1 y el UKPDS (*United Kingdom Prospective Diabetes Study*, 1998) en la DM tipo 2, quedó perfectamente reflejada la importancia de que los pacientes tomaran parte activa en el tratamiento adquiriendo conocimientos sobre su enfermedad, así como la relevancia de una colaboración estrecha con el equipo médico que los atiende, para alcanzar mejores objetivos metabólicos.

El conocimiento y aplicación personalizada de estos principios puede llegar a reducir hasta la mitad el número de hospitalizaciones por diabetes (Hatfieldab, 1988; Gagliardino & Etchegoyen, 2001). La diabetes como condición definitiva, necesita una educación continua del paciente, más los cambios en el estilo de vida que le permita adaptarse a los cambios y posibles complicaciones que puedan manifestarse en el transcurso de la enfermedad. La educación debe estimular hábitos saludables mediante el conocimiento y el cambio conductual (Gagliardino, Williams & Clark, 2000; Monteagudo & Segura, 2010).

Cualquier intervención diseñada para mejorar el control metabólico en la diabetes o para reducir la probabilidad de complicaciones agudas y crónicas, logra su cometido al influir en el autocuidado de los pacientes (Amador-Díaz et al., 2007). Es por esto que las intervenciones psicológicas deben incluir técnicas que impliquen el aumento en el autocuidado y un mejor conocimiento personal sobre la enfermedad, consiguiendo que el tratamiento en su conjunto resulte eficaz (Siminerio, 1999). Siendo las intervenciones conductuales y

cognitivo conductuales las predominantemente útiles cuando se combinan con la información (Black & Scherba, 1983; Calle-Pascual, Rodríguez, Camacho, Sánchez, Martín-Alvarez & Yuste, 1992; Carroll & Yates, 1981; Gormally & Rardin, 1981; Liao, 2000).

Las intervenciones psicológicas encaminadas a la prevención de la aparición de úlceras en el pie son escasas, la mayoría de ellas sólo se basan en brindar información al paciente acerca del cuidado de los pies, sin llevar a cabo alguna técnica enfocada al aumento de las conductas de autocuidado (Kruger & Guthrie, 1992; Singh, Armstrong & Lipsky, 2005; Vatankhah et al., 2009).

Entre los pocos estudios realizados en prevención de pie diabético más integrales, se encuentra una investigación realizada en Inglaterra que estuvo dedicada a la evaluación de una intervención cognitivo conductual, sobre la modificación de los factores de riesgo asociados a la re-ulceración en diabéticos, tomó en cuenta el aspecto cognitivo (estrategias de afrontamiento de confrontación), emocional (sentimientos de desesperanza, depresión y culpa), conductual (baja actividad física y poco autocuidado de los pies), y social (ser hombre, aislamiento, bajo estrato social) del paciente con pie diabético. Los autores concluyeron que la intervención fue percibida como buena por los pacientes y éstos reportaron evidencias de cambios sustanciales en diversos factores de riesgo, siendo una intervención preventiva efectiva (Vedhara et al., 2012).

Por lo tanto, en general, una asistencia médica adecuada, asociada a los cuidados de un equipo multiprofesional, una educación e información individualizada al paciente, un control metabólico riguroso y la modificación de estilos de vida mediante intervenciones psicológicas, son capaces de prevenir o retardar la aparición de las complicaciones crónicas de la diabetes (Selli, Kauffmann, Nazareth & Zapico, 2005), y específicamente en la prevención del pie diabético se precisa de facilidades para el cuidado de los pies, crear hábitos en el paciente de examinarlos y cuidarlos adecuadamente, de revisar y seleccionar el calzado apropiado, de identificar los signos de alertas y de asistir oportunamente a su médico (Suárez, et al, 2001), por tanto, al conjuntar la alta

prevalencia del padecimiento con los altos costos económicos, sociales y personales que puede implicar el poco cuidado del pie en las personas diabéticas, es que surge la necesidad de diseñar intervenciones psicológicas encaminadas a la prevención de estas complicaciones y al mismo tiempo, desarrollen o mantengan conductas de autocuidado adecuadas. Así, el objetivo general de esta intervención fue evaluar los efectos de una intervención cognitiva-conductual dirigida a aumentar las conductas de autocuidado de los pies en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Adicionalmente, se consideran los siguientes objetivos específicos:

- Evaluar el nivel de conocimientos sobre la enfermedad en personas con diabetes.
- Aumentar las conductas de autocuidado de los pies.
- Determinar los efectos de la intervención en las conductas de autocuidado de los pies.

Método

Participantes

La selección de los pacientes fue mediante la entrega de folletos acerca del programa en la consulta externa de Medicina Interna (ver Anexo 1).

Se incluyeron tres participantes mujeres con edades de 45, 48 y 55 años de edad. La primera de ellas soltera y sin hijos, con escolaridad de carrera técnica en secretariado, residente del Estado de México, católica, y actualmente desempleada. La segunda participante es casada con una hija, con escolaridad de preparatoria completa, residente del Estado de México, católica, y trabaja con concesiones de transporte (una combi y una camioneta). La última paciente es casada con dos hijos, residente del D. F., con escolaridad de carrera técnica en auxiliar de enfermería, católica, y actualmente dedicada al hogar. Todas las pacientes con diagnóstico de DM2 desde hace aproximadamente dos años.

Las tres pacientes tenían buen conocimientos sobre la enfermedad, de acuerdo con los instrumentos aplicados. Asimismo cumplían con su apego al tratamiento y realizaban conductas de autocuidado de manera cotidiana ante la enfermedad.

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que acuden a la consulta externa en el Hospital Juárez de México.
- Mayores de 18 años.
- Pacientes que no presenten pie diabético al momento de la intervención.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no deseen formar parte del estudio.
- Pacientes con enfermedad psiquiátrica o neurológica severa que obstaculice la aplicación de la intervención.
- Pacientes que no sepan leer o escribir.
- Pacientes con pie diabético.
- Pacientes con dificultades visuales que impida el llenado de las listas de chequeo.

Escenario

La intervención se llevó a cabo en el consultorio 45 de Medicina Interna del Hospital Juárez de México.

Materiales

- Listas de chequeo impresas en papel
- Computadora portátil
- Manual de aplicación de la intervención cognitivo-conductual para terapeutas (ver Anexo 2).

Hipótesis

Ho. Las conductas de autocuidado de los pies de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 no aumentan después de la intervención cognitivo-conductual.

Ha. Las conductas de autocuidado de los pies de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 aumentan después de la intervención cognitivo-conductual.

Diseño del estudio

Se utilizó un diseño de un solo sujeto (N=1) de tipo A-B con seguimiento un mes después de la intervención.

Definición conceptual de variables

Conductas de autocuidado. Es definido como las actividades deliberadas que el individuo debe realizar para alcanzar un mejor estado de salud y bienestar. Las capacidades de autocuidado son habilidades especializadas que se desarrollan a lo largo de la vida de las personas y son indispensables para realizar cualquier acción, especialmente cuando existen problemas de salud (Méndez, 1999).

Psicoeducación. Es la administración sistemática de información acerca de los síntomas, etiología y tratamiento con el objetivo de mejorar el entendimiento y conductas asociadas a la enfermedad (Glick, 1999).

Modelamiento. La técnica consiste en la exposición del paciente a un modelo que muestre correctamente la conducta que está siendo el objetivo del entrenamiento, lo cual permite el aprendizaje observacional de este modo de actuación. Al llevar a cabo un procedimiento de modelado se pueden seguir los siguientes pasos: primero el terapeuta debe determinar por adelantado qué estímulos de modelado propuestos satisfacen los objetivos terapéuticos y el sistema de valores del paciente; y después el terapeuta debe expresar claramente al paciente cuál es la conducta deseada (Caballo, 2008).

Control de estímulos. Es una amplia estrategia por la cual la presencia o ausencia de un estímulo particular o de un complejo de estímulos influye, de modo fiable, sobre si una respuesta o una clase determinada de respuestas tendrá lugar o no. El objetivo es planificar el medio social y físico en el que se desenvuelve el sujeto, para modificar ciertos aspectos que llevarán a alterar la

probabilidad de la respuesta controlada. Se trata, por tanto, de ejercer el control sobre aquellos estímulos que están determinando la aparición de dicha respuesta, interviniendo antes de que ésta tenga lugar (Labrador, Cruzado & Muñoz, 1993). En la intervención se plantean tres pasos principales: en primer lugar, el terapeuta debe contribuir en la educación respecto de los factores que afectan la mala adherencia al tratamiento. Después se pide al paciente que cree una lista de condiciones que influyen de manera positiva y negativa en ella. Al final se procura que el paciente trabaje para maximizar la cantidad de factores positivos para favorecerla (Nezu, Nezu & Lombardo, 2004).

Definición operacional de variables

Conductas de autocuidado de los pies. Fue medido a través de listas de chequeo que incluyeron conductas de autocuidado de los pies descritas en Alonso (2005), posteriormente se sometieron a un piloteo y después fueron revisadas y aprobadas por 5 médicos internistas adscritos y el Jefe de servicio de Medicina Interna del Hospital Juárez de México (ver Anexo 3).

Intervención cognitivo conductual. Programa en el que se implementaron técnicas para obtener el aumento de conductas de autocuidado de los pies mediante las técnicas de psicoeducación, modelamiento y control de estímulos.

Procedimiento

Se realizó propaganda de la intervención mediante folletos, en la sala de espera de la consulta externa del servicio de Medicina Interna. A aquellos pacientes interesados en participar en el programa y que se ponían en contacto con la investigadora, se les explicaron los objetivos del estudio, posibles beneficios, duración y se subrayó que si en algún momento decidían abandonar la intervención, no habría consecuencias sobre la atención que recibiría por el personal de salud. Si el paciente accedía a participar se resaltaba la importancia de la veracidad en el llenado de la lista de chequeo brindándoles la primera de ellas, y se concertaba la segunda cita para el inicio del programa.

El programa consistió en 3 etapas descritas a continuación:

Primera etapa

Se realizó una entrevista inicial que constó de tres bloques, en el primero se registraban los datos generales sobre el paciente: edad, sexo, nivel de estudios, hábitos y se recogían los datos relacionados con la diabetes: fecha de inicio de la enfermedad, revisiones (periodicidad con la que acude al odontólogo, podólogo y oculista), complicaciones en el último año (hipoglucemias y cetoacidosis), ingresos hospitalarios debidos a diabetes u otras causas y otras enfermedades. En el segundo bloque se valoraba el grado de conocimiento de la enfermedad mediante tres cuestionarios.

El primero de ellos consistía en una serie de 20 preguntas, las preguntas básicas contestadas correctamente puntuaban con 2 puntos y si eran incorrectas restaban dos puntos, el resto de preguntas puntuaban 1 punto si eran correctas y restaban un punto si eran incorrectas. Los resultados se valoraron: de 0 a 10 puntos (nivel de conocimiento 1) el paciente no conoce la enfermedad, de 10 a 20 la conoce un poco (nivel de conocimiento 2), de 20 a 30 la conoce bien (nivel de conocimiento 3) y de 30 a 35 la conoce muy bien (nivel de conocimiento 4) (Castillo, De Haro & López, 2008).

El segundo cuestionario fue sobre conocimientos del paciente sobre la diabetes (Álvarez, 2005), consta de 19 preguntas cada una de ellas con un puntaje mínimo de 0 máximo de 3, con puntuación mínima de 0 y máxima de 57, clasificando el nivel como pésimo (0-14), leve (15-28), moderado (29-42) e ideal (43-57).

El último cuestionario fue creado para esta investigación y consta de siete preguntas abiertas sobre conocimientos de la enfermedad (¿Qué es la diabetes mellitus tipo 2?, ¿Qué es la glucosa?, ¿Qué función tiene la insulina?, ¿Cuáles son los principales síntomas de la diabetes?, ¿Cuáles son las principales consecuencias de la diabetes?, ¿Por qué las personas con diabetes necesitan un cuidado especial de los pies?, y ¿Cuáles son los principales cuidados en los pies que necesita tener un diabético?).

En el último bloque se evaluó el apego al tratamiento a través del test de Morisky-Green, sus conductas de autocuidado en general (Castillo et al., 2008), y por último se hizo una pequeña observación en vivo de las condiciones generales de los pies.

Al terminar la entrevista se les brindaron las dos listas de chequeo restantes para completar las tres semanas de línea base, y se concretó la tercera cita en 15 días para el inicio de la segunda etapa (intervención).

Segunda etapa

Consistió en la aplicación del programa con duración de 9 sesiones de aproximadamente 60 minutos distribuidas una vez a la semana. La primera sesión consistió en la exposición de información abarcando aspectos básicos de la DM2.

En la segunda sesión se expusieron las implicaciones psicológicas de la DM2 y del autocuidado de los pies en el paciente diabético. En la tercera sesión se utilizó la técnica de modelado para mostrar al paciente la manera en la que se deben realizar las conductas incluidas en la lista de chequeo.

Durante la cuarta, quinta, sexta y séptima sesiones, se aplicó la técnica de control de estímulos para favorecer las conductas de autocuidado de los pies en el paciente. Y en la octava sesión se usó la misma técnica para la generalización a la adhesión a la toma de medicamentos, a la dieta y a la actividad física.

Por último, en la novena sesión se hizo un resumen de lo realizado durante las sesiones a manera de conclusión y cierre del tratamiento. Brindando además retroalimentación del avance obtenido por el paciente y enfatizando la importancia del llenado de las listas de chequeo para el seguimiento. Para finalizar se volvió a observar las condiciones generales de los pies y se definía la cita en cuatro semanas para el seguimiento.

Tercera etapa

Ésta consistió en el seguimiento, cuyo objetivo fue verificar si después de un mes de terminado el tratamiento se mantuvieron los cambios en las conductas de autocuidado de los pies. En esta última cita también se orientó al paciente acerca de la necesidad o no de la continuación de una atención psicológica.

La estructura de la intervención quedó plasmada en un manual para el terapeuta, en cual se describen detalladamente las acciones a realizar durante la evaluación, las sesiones y el seguimiento; para cada sesión se especifica el objetivo de la sesión, las actividades del terapeuta, el establecimiento de la agenda u orden del día, el contenido de la sesión, las tareas de casa y la elicitación de realimentación por parte del paciente.

Resultados

La frecuencia de las conductas incluidas en la lista de chequeo se contabilizaron todos los días durante la línea base (3 semanas), el tratamiento (9 semanas) y el seguimiento (4 semanas), observando cambios como resultado de la aplicación de la intervención cognitivo-conductual.

Al ser una cantidad amplia de conductas evaluadas, y para que su representación gráfica fuera más práctica y cómoda se agruparon los datos en las siguientes categorías:

1) Higiene, con las subcategorías:

a) Lavado:

- Utilizó agua tibia
- Utilizó jabón neutro
- Dejó los pies menos de 5 minutos en el agua
- Lavó las zonas debajo de y entre los dedos

b) Secado:

- Secó suavemente entre los dedos con una toalla

- Evitó la fricción con la toalla

c) Hidratación:

- Utilizó crema hidratante
- Evitó aplicarse crema entre los dedos
- Aplicó crema en la planta del pie, dorso y toda la pierna hasta la rodilla
- Evitó utilizar talcos, polvos, aerosoles o desodorantes

2) Calzado:

- Utilizó calzado ligero y flexible, sin costuras interiores
- Utilizó zapatos de tacón de 2 a 2.5 cm
- Utilizó zapatos cómodos y a la medida
- Revisó el interior de los zapatos para observar que no tuvieran grietas, forro despegado, clavos, piedras o irregularidades
- Cambió los calcetines o las medias
- No caminó descalzo
- Utilizó calcetines a la medida de preferencia de algodón

3) Inspección:

- Examinó los pies en busca de irregularidades

4) Cuidado de las uñas:

- Cortó las uñas utilizando tijeras con punta redonda
- Cortó las uñas después del baño, cuando están más blandas
- Las cortó horizontalmente, dejando rectos los bordes de las uñas
- Limó las uñas con lima de cartón
- Cortó las uñas dejando en el borde al menos 1mm

Los datos se analizaron a través de los índices descriptivos para diseños de N=1, descritos en Chávez y Tron (2012), a excepción de las conductas incluidas en el cuidado de las uñas:

- Nivel de ejecución. Es el grado de ejecución que alcanza un participante en un período y en una fase dada, esta medida permite describir la conducta como un promedio de desempeño durante los períodos observados. El nivel se obtiene tanto en la línea base como durante el tratamiento y seguimiento, lo que permite su comparación, como un indicador de cambios entre las fases.
- Tendencia. Se refiere a la dirección que pueden tomar los datos, esta dirección puede ocurrir en línea base como en tratamiento. Si en la gráfica se aprecia la dirección ascendente de los datos, se dice que la tendencia es positiva, mientras que si la dirección es descendente, la tendencia es negativa. El cálculo de este índice se obtiene mediante el desarrollo numérico de la siguiente expresión:

$$b = \frac{n \left(\sum_{t=1}^n X_t Y_t \right) - \left(\sum_{t=1}^n X_t \right) \left(\sum_{t=1}^n Y_t \right)}{n \left(\sum_{t=1}^n X_t^2 \right) - \left(\sum_{t=1}^n X_t \right)^2}$$

- Variabilidad. Hace referencia a un conjunto de datos que fluctúan sin dirección definida, o bien, con un rango de fluctuación pequeño o muy amplio. Una línea base con poca variabilidad se considera estable. Este índice cuantitativamente se obtiene dando solución a la siguiente expresión:

$$V = \sqrt{\frac{\sum_{t=1}^n Y_t^2 - n(\bar{Y})^2}{n}}$$

El índice de variabilidad es una expresión en valores absolutos, por lo que para tener una apreciación de la variabilidad en términos relativos, se recomienda obtener el coeficiente de variabilidad, el cual se calcula al dividir el índice de variabilidad entre el nivel de ejecución.

$$CV = \frac{V}{\bar{Y}} \cdot 100$$

- Estabilidad. Es un índice que toma mayor sentido en la línea base, al ser esta condición el punto de comparación para poder comprobar la influencia que sobre la conducta tiene el tratamiento. La estabilidad se refiere básicamente a la ausencia de una tendencia o variabilidad en un nivel de ejecución. Se considera una línea base no estable cuando hay una gran variabilidad en la conducta observada o cuando se presenta una tendencia. Si bien es de esperar que en la fase de línea base haya fluctuaciones, lo deseable es que éstas sean mínimas. En cuanto a la ausencia de tendencia, se hace una excepción cuando se espera que la intervención modifique la conducta en dirección opuesta a la tendencia en la línea base. Para estimar la estabilidad se calcula el estadístico C de Tryon (1982), además de su error estándar:

$$C = 1 - \frac{\sum_{t=1}^{n-1} (Y_{t+1} - Y_t)^2}{2 \sum_{t=1}^n (Y_t - \bar{Y})^2} \quad Sc = \sqrt{((n-2) / ((n+1) (-1)))}$$

Finalmente, se obtiene el estadístico z, que corresponde a la razón del índice C con respecto a su error estándar, a través de la siguiente fórmula:

$$Z = \frac{C}{Sc}$$

Descripción general de los resultados

Considerando de manera amplia las categorías, en todas las figuras se muestra que las conductas de la primera y la última participante tuvieron un aumento ante la aplicación del programa. Los cambios en las diferentes conductas coinciden con los temas tratados en cada una de las sesiones.

Asimismo, se observa que los cambios en las conductas de la participante 1 comenzaron en su mayoría a partir de la tercera sesión, en la cual se utiliza la técnica de modelamiento para la modificación de la conducta (ver Figuras 1, 2, 3, 4 y 5). Esto ocurrió especialmente porque las dos primeras sesiones son exclusivas de psicoeducación, la primera sobre diabetes y la segunda sobre consecuencias psicológicas de la enfermedad, con una pequeña orientación acerca de la importancia de las conductas de autocuidado de los pies.

Aunque las pacientes tenían buen conocimiento de los cuidados de los pies, la segunda participante realizaba una buena parte de las conductas incluidas en la lista de chequeo, así que al observarse la frecuencia de realización de las conductas de las categorías como lavado y secado (ver Figuras 1 y 2), no existe aumento en sus conductas. Por lo tanto, se trabajó con el resto de ellas, las cuales en su mayoría no se modificaron hasta después de la cuarta sesión en la que se aplicó la técnica de control de estímulos.

También puede apreciarse que las frecuencias llegan, en la mayoría de las conductas, a sus niveles máximos en las últimas sesiones, manteniéndose el cambio durante las cuatro semanas de seguimiento en las tres pacientes.

Descripción de los resultados por categorías

A continuación se detallan los resultados obtenidos de acuerdo a los índices descriptivos antes señalados, para cada una de las categorías por participante.

1) Higiene

Como se observa en la Tabla y Figura 1, el nivel de ejecución en las participantes 1 y 3 va en aumento, pasa de 11 a 22 y de 10 a 22, respectivamente, asimismo la tendencia durante la línea base fue negativa y cambia a positiva en la primera participante (-1.5 a 2.28) y en la tercera aumenta de 0 a 2.08.

Considerando la magnitud del aumento en la conducta es entendible que la variabilidad en el tratamiento sea mayor que en la línea base en estas participantes. En relación a la estabilidad, la línea base se muestra estable, condición básica para evidenciar cambios posteriores, sin embargo, durante el tratamiento, la primer paciente tuvo un franco aumento en sus conductas por lo que sus datos pierden estabilidad, mientras que en la tercera el aumento fue menor y más paulatino, mostrándose estable.

Asimismo, es visible que en esta subcategoría de lavado, la segunda paciente no muestra cambios en sus índices descriptivos, debido a que esta participante realizaba la gran mayoría de conductas incluidas en esta categoría.

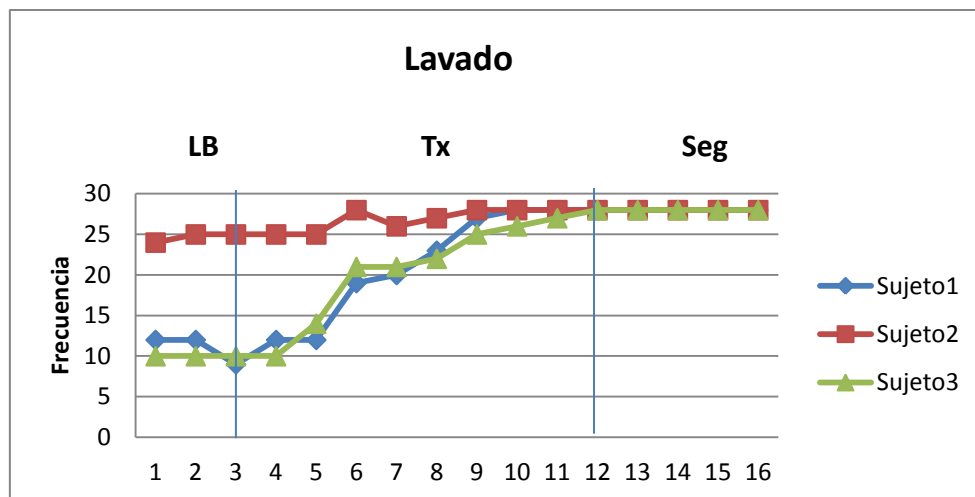


Figura 1. Frecuencias de las conductas en la subcategoría *lavado* durante el programa.

S1	NIVEL	TENDENCIA	RANGO DE VARIABILIDAD	COEFICIENTE DE VARIABILIDAD	ESTABILIDAD
LB	$\bar{Y} = 11$	$b = -1.5$	Límite inferior=9.6 Límite superior=12.4	CV=13%	Z=0.7 $p > .05$
Tx	$\bar{Y} = 22$	$b = 2.28$	Límite inferior=15.68 Límite superior=28.08	CV=28%	Z=3.01 $p < .05$
Seg	$\bar{Y} = 28$	$b = 0$	Límite inferior=28 Límite superior=28	CV=0%	Z=0 $p > .05$
S2					
LB	$\bar{Y} = 25$	$b = 0.5$	Límite inferior=24.19 Límite superior=25.13	CV=2%	Z=0.7 $p > .05$
Tx	$\bar{Y} = 27$	$b = 0.38$	Límite inferior=25.76 Límite superior=28.24	CV=5%	Z=1.56 $p > .05$
Seg	$\bar{Y} = 28$	$b = 0$	Límite inferior=28 Límite superior=28	CV=0%	Z=0 $p > .05$
S3					
LB	$\bar{Y} = 10$	$b = 0$	Límite inferior=10 Límite superior=10	CV=0%	Z=0.35 $p > .05$
Tx	$\bar{Y} = 22$	$b = 2.08$	Límite inferior=15.84 Límite superior=27.26	CV=27%	Z=0.29 $p > .05$
Seg	$\bar{Y} = 28$	$b = 0$	Límite inferior=28 Límite superior=28	CV=0%	Z=0 $p > .05$

Tabla1. Índices descriptivos de cada participante durante las tres fases en la subcategoría de *lavado*.

Para la subcategoría de secado, en la Tabla 2 se evidencian cambios positivos en el nivel de ejecución y tendencia en la primera paciente, de 7 a 11 y de -1 a 0.9, respectivamente. La variabilidad aumenta, muestra de la tendencia ascendente durante el tratamiento, por lo que también se aprecia inestabilidad en esta fase. De la misma manera, la tercera participante incrementa su nivel

(10 a 12) y su tendencia (0 a 0.6). La variabilidad aumenta, sin embargo, al ser un cambio más paulatino y menor, sus datos se muestran estables durante el tratamiento a diferencia del primer sujeto. En el caso de la segunda participante, las conductas incluidas en la subcategoría de secado las realizaba como hábitos bien establecidos, por lo que no se observan cambios en ella (ver Figura 2).

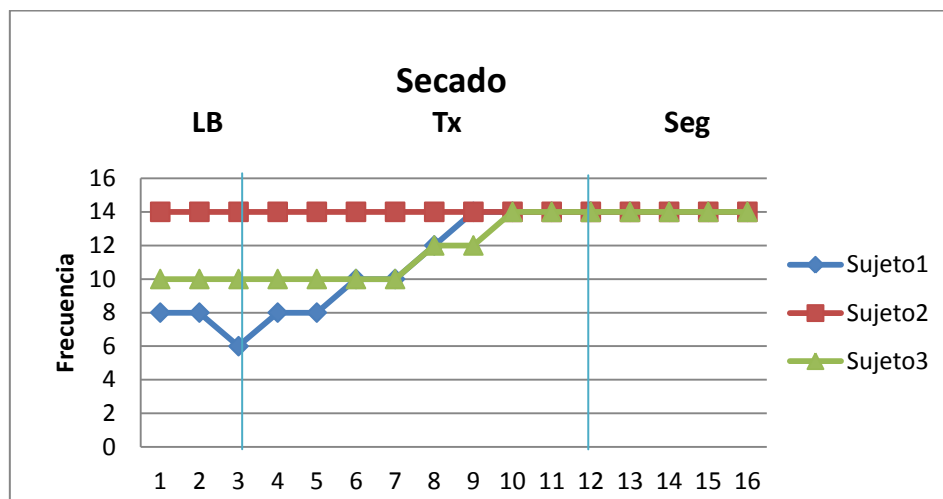


Figura 2. Frecuencias de las conductas en la subcategoría *secado* durante el programa.

S1	NIVEL	TENDENCIA	RANGO DE VARIABILIDAD	COEFICIENTE DE VARIABILIDAD	ESTABILIDAD
LB	$\bar{Y}=7$	$b=-1$	Límite inferior=6.39 Límite superior=8.27	CV=13%	$Z=0.7$ $p>.05$
Tx	$\bar{Y}=12$	$b=0.9$	Límite inferior=9.1 Límite superior=14	CV=21%	$Z=3.006$ $p<.05$
Seg	$\bar{Y}=14$	$b=0$	Límite inferior=14 Límite superior=14	CV=0%	$Z=0$ $p>.05$
S2					
LB	$\bar{Y}=14$	$b=0$	Límite inferior=14 Límite superior=14	CV=0%	$Z=0$ $p>.05$
Tx	$\bar{Y}=14$	$b=0$	Límite inferior=14 Límite superior=14	CV=0%	$Z=0$ $p>.05$
Seg	$\bar{Y}=14$	$b=0$	Límite inferior=14 Límite superior=14	CV=0%	$Z=0$ $p>.05$
S3					
LB	$\bar{Y}=10$	$b=0$	Límite inferior=10 Límite superior=10	CV=0%	$Z=0.35$ $p>.05$
Tx	$\bar{Y}=12$	$b=0.6$	Límite inferior=10.03 Límite superior=13.51	CV=15%	$Z=0.29$ $p>.05$
Seg	$\bar{Y}=14$	$b=0$	Límite inferior=14 Límite superior=14	CV=0%	$Z=0$ $p>.05$

Tabla 2. Índices descriptivos de cada participante durante las tres fases en la subcategoría de *secado*.

En la subcategoría de hidratación existen aumentos en el nivel de ejecución y tendencia en las conductas para todos los sujetos, la participante 1 pasó de 12 a 23 en su nivel y de 0 a 2.13 en su tendencia; la participante 2 avanzó de 7 en el nivel durante la línea base a 17 en tratamiento, y su tendencia paso de -0.5 a 2.5; mientras que la tercera aumentó de 15 a 22 en el nivel y de 0 a 1.85 en su tendencia (ver Tabla y Figura 3).

Las líneas bases se muestran estables en las tres participantes, lo cual es un requisito para pasar al tratamiento, posteriormente en las dos primeras pacientes se pierde debido a los cambios francamente ascendentes en sus conductas, lo cual concuerda con el mayor incremento de la variabilidad, a diferencia de la tercera paciente quien tiene cambios menos drásticos, mostrando estabilidad y menor variabilidad en sus datos.

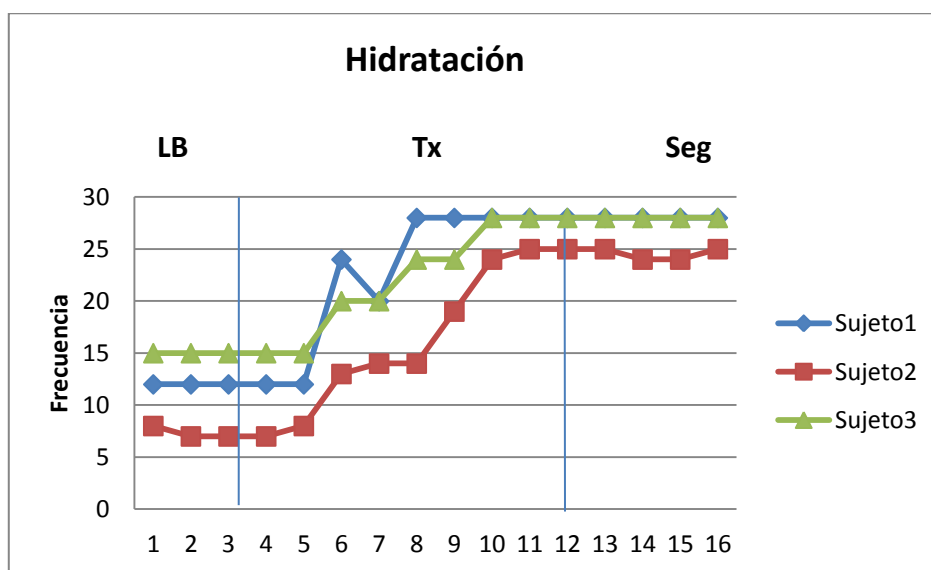


Figura 3. Frecuencias de las conductas en la subcategoría *hidratación* durante el programa.

S1	NIVEL	TENDENCIA	RANGO DE VARIABILIDAD	COEFICIENTE DE VARIABILIDAD	ESTABILIDAD
LB	$\bar{Y}=12$	b=0	Límite inferior=12 Límite superior=12	CV=0%	Z=0 p>.05
Tx	$\bar{Y}=23$	b=2.13	Límite inferior=16.64 Límite superior=29.58	CV=28%	Z=2.37 p<.05
Seg	$\bar{Y}=28$	b=0	Límite inferior=28 Límite superior=28	CV=0%	Z=0 p>.05
S2					
LB	$\bar{Y}=7$	b=-0.5	Límite inferior=6.86 Límite superior=7.8	CV=6%	Z=0.70 p>.05
Tx	$\bar{Y}=17$	b=2.5	Límite inferior=9.94 Límite superior=23.16	CV=40%	Z=3.04 p<.05
Seg	$\bar{Y}=24$	b=0	Límite superior=24.25 Límite superior=24.75	CV=1%	Z=0 p>.05
S3					
LB	$\bar{Y}=15$	b=0	Límite inferior=15 Límite superior=15	CV=0%	Z=0 p>.05
Tx	$\bar{Y}=22$	b=1.85	Límite inferior=17.5 Límite superior=27.38	CV=22%	Z=0.29 p>.05
Seg	$\bar{Y}=28$	b=0	Límite superior=28 Límite superior=28	CV=0%	Z=0 p>.05

Tabla 3. Índices descriptivos de cada participante durante las tres fases en la subcategoría de *hidratación*.

2) Calzado

En la Figura y Tabla 4 se observa que en la categoría de calzado también las tres participantes muestran aumentos en sus niveles de ejecución (de 21 a 30, de 20 a 35, y de 26 a 36, respectivamente) y en sus tendencias (de 0 a 2.86 en la paciente 1, de 1.5 a 3.03 en la paciente 2 y de 0 a 2.11 en la paciente 3).

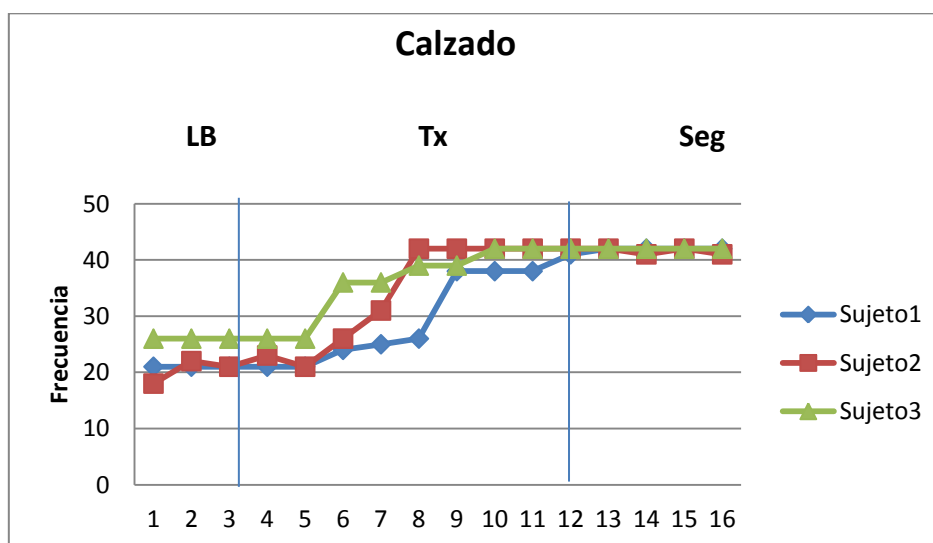


Figura 4. Frecuencias de las conductas en la categoría *calzado* durante el programa.

Asimismo la Tabla 4 muestra que las líneas base de las tres participantes son estables, sin embargo, ante la aplicación del programa la variabilidad aumenta en las dos primeras y se refleja poca estabilidad, lo que no se presenta en la tercera participante quien tuvo una menor variabilidad y mayor estabilidad.

S1	NIVEL	TENDENCIA	RANGO DE VARIABILIDAD	COEFICIENTE DE VARIABILIDAD	ESTABILIDAD
LB	$\bar{Y}=21$	b=0	Límite inferior=21 Límite superior=21	CV=0%	Z=0 p>.05
Tx	$\bar{Y}=30$	b=2.86	Límite inferior=22.4 Límite superior=38.04	CV=26%	Z=2.87 p<.05
Seg	$\bar{Y}=42$	b=0	Límite inferior=42 Límite superior=42	CV=0%	Z=0 p>.05
S2					
LB	$\bar{Y}=20$	b=1.5	Límite inferior=18.67 Límite superior=22.02	CV=8%	Z=0.05 p>.05
Tx	$\bar{Y}=35$	b=3.03	Límite inferior=25.86 Límite superior=43.24	CV=25%	Z=2.94 p>.05
Seg	$\bar{Y}=41$	b=-0.2	Límite inferior=41.25 Límite superior=41.75	CV=1%	Z=-3.75 p>.05
S3					
LB	$\bar{Y}=26$	b=0	Límite inferior=26 Límite superior=26	CV=0%	Z=0 p>.05
Tx	$\bar{Y}=36$	b=2.11	Límite inferior=30.44 Límite superior=42.44	CV=16%	Z=0.29 p>.05
Seg	$\bar{Y}=42$	b=0	Límite inferior=42 Límite superior=42	CV=0%	Z=0 p>.05

Tabla 4. Índices descriptivos de cada participante durante las tres fases en la categoría calzado.

3) Inspección

Para la categoría de inspección las participantes 1 y 2 mostraron los cambios más importantes en sus niveles de ejecución (de 0 a 3 para la primera paciente y de 1 a 4 para la segunda) y de tendencia (de 0 a 1 para la primera participante y de 0 a 1 para la segunda participante). Razón por la cual el coeficiente de variabilidad tiene aumentos considerables y los datos se muestran inestables durante el tratamiento (ver Figura y Tabla 5).

En la última paciente, los cambios fueron menores en comparación con las otras dos, pasó de 5 a 6 en su nivel de ejecución y de 0 a 0.31 en su tendencia. La variabilidad aumenta, sin embargo, sus datos se muestran estables en las tres fases.

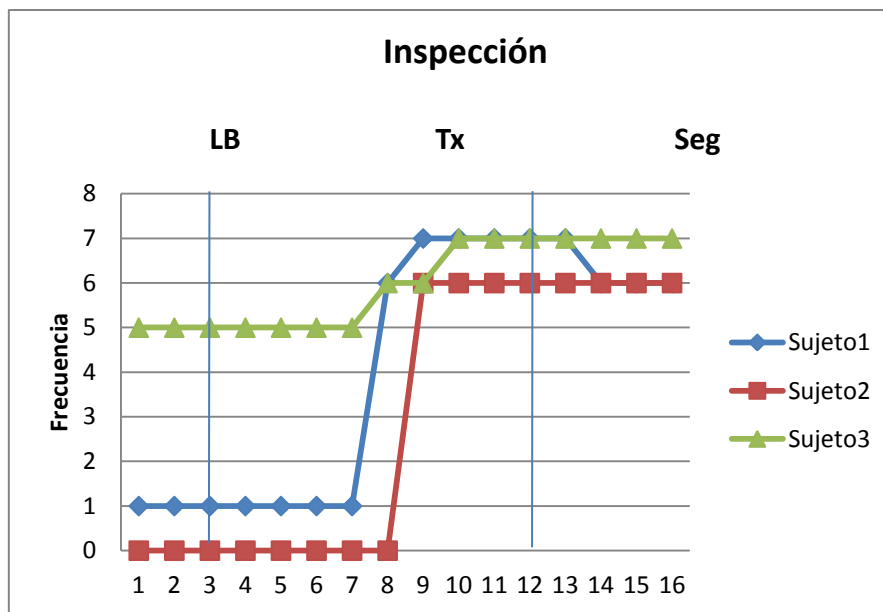


Figura 5. Frecuencias de la categoría *inspección* durante el programa

S1	NIVEL	TENDENCIA	RANGO DE VARIABILIDAD	COEFICIENTE DE VARIABILIDAD	ESTABILIDAD
LB	$\bar{Y}=0$	b=0	Límite inferior=0 Límite superior=0	CV=0%	Z=0 p>.05
Tx	$\bar{Y}=3$	b=1	Límite inferior=0.32 Límite superior=5.64	CV=111%	Z=2.61 p<.05
Seg	$\bar{Y}=6$	b=0	Límite inferior=6 Límite superior=6	CV=0%	Z=0 p>.05
S2					
LB	$\bar{Y}=1$	b=0	Límite inferior=1 Límite superior=1	CV=0%	Z=0 p>.05
Tx	$\bar{Y}=4$	b=1	Límite inferior=1.33 Límite superior=7.11	CV=69%	Z=2.79 p<.05
Seg	$\bar{Y}=6$	b=-0.3	Límite inferior=85.71 Límite superior=85.71	CV=3%	Z=2.5 p<.05
S3					
LB	$\bar{Y}=5$	b=0	Límite inferior=5 Límite superior=5	CV=0%	Z=0 p>.05
Tx	$\bar{Y}=6$	b=0.31	Límite inferior=5.01 Límite superior=6,75	CV=15%	Z=0.29 p>.05
Seg	$\bar{Y}=7$	b=0	Límite inferior=7 Límite superior=7	CV=0%	Z=0 p>.05

Tabla 5. Índices descriptivos de cada participante durante las tres fases en la categoría *inspección*.

4) Cuidado de las uñas

Para las conductas de la categoría Cuidado de las uñas no pudo realizarse la obtención de índices descriptivos debido que se llevan a cabo con una periodicidad más prolongada, lo cual impidió obtener datos suficientes durante

el tiempo que se llevó a cabo la intervención, por lo que el cambio sólo se puede describir por su aparición o no aparición antes, durante y después del tratamiento.

Las conductas incluidas en esta categoría fueron de especial importancia, debido a que durante el tratamiento se utilizaron como ejercicio para el desarrollo de la técnica de control de estímulos.

El primer sujeto tuvo que acudir con un podólogo para que le explicara el cuidado especial de las uñas después de una cirugía de uña enterrada, por lo que se hizo un plan para reunir los recursos económicos. La Figura 6 muestra que las conductas se modificaron, desde realizar sólo una conducta incluida en la categoría (cortó las uñas después del baño, cuando están más blandas) hasta realizar todas las que estaban incluidas en la lista en las dos mediciones posteriores (tratamiento y seguimiento).

De la misma manera, todas las conductas incluidas en el cuidado de las uñas de la segunda participante se modificaron desde las mediciones de línea base a la medición posterior durante el tratamiento, y continuaron realizándose hasta el seguimiento (ver Figura 6), estas conductas se trabajaron en la sesión de control de estímulos de condiciones intermedias.

Asimismo, para la última paciente las conductas incluidas en el cuidado de las uñas fueron relevantes, especialmente las conductas de cortarlas horizontalmente, dejando rectos los bordes de las uñas; y cortarlas dejando en el borde al menos 1mm, con las cuales se intervino en la sesión de control de estímulos de condiciones difíciles.

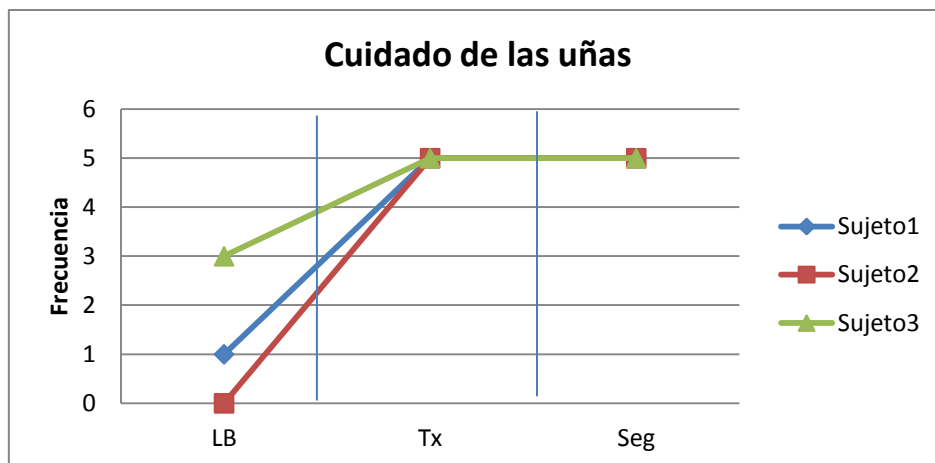


Figura 6. Frecuencias de las conductas en la categoría *cuidado de las uñas* durante el programa.

Discusión y conclusiones

El objetivo principal de esta investigación, fue evaluar la efectividad de una intervención cognitivo-conductual, en el aumento de las conductas de autocuidado de los pies en pacientes diabéticos. Entre los principales hallazgos están los descritos a continuación.

Las participantes fueron en su totalidad mujeres que se encontraban en la quinta y sexta década de la vida, con alrededor de dos años con el diagnóstico de DM2, por lo que se muestra que la aparición de las enfermedades crónico degenerativas han venido con el aumento de la expectativa de vida y la transición epidemiológica (Azzollini & Bail, 2010; Beckman et al., 2002; Gagliardino et al., 2000; Morgan et al., 2000).

Las pacientes incluidas en la intervención contaban con buen conocimiento de las conductas de autocuidado de los pies, sin embargo, la primera no realizaba las conductas todos los días, la segunda sólo desconocía algunos cuidados, mientras que la tercera tenía ambos problemas. Es por eso que en estas dos últimas pacientes se observan pocos cambios en ciertas categorías.

La intervención evidencia cambios en las conductas sobre las cuales se trabajó durante las sesiones, y el aumento en su frecuencia coincide con lo realizado

en las mismas. Es por eso que los cambios drásticos en la frecuencia de ciertas conductas coinciden con el trabajo realizado en las sesiones, principalmente en las relacionadas con la técnica de control de estímulos.

Esto puede ser explicado debido a que la técnica de control de estímulos, implica la modificación de ciertos aspectos del medio del paciente, para alterar la probabilidad de aparición de la respuesta a controlar, por lo tanto, al ejercer control sobre los estímulos identificados, se interviene antes de que ésta tenga lugar, produciendo un cambio en el comportamiento. Es por esto que diversas investigaciones dedicadas a aumentar la adhesión al tratamiento, han empleado dicha técnica y sus resultados muestran su efectividad (Caballo, 2008; Carrol & Yates, 1981; Eakin et al., 2010; Wing, 1993).

Los cambios más importantes para todas las participantes se observaron en la subcategoría de hidratación, y en las categorías de calzado e inspección, mostrando un déficit en conocimientos de autocuidados en relación a estos aspectos, opuesto a las subcategorías de lavado y secado, las cuales mostraban frecuencias más altas en la línea base.

Por lo que parecería que los pacientes requieren mayor orientación en las conductas pertenecientes a estas conductas: utilizar crema hidratante; evitar aplicarse crema entre los dedos; aplicar crema en la planta del pie, dorso y toda la pierna hasta la rodilla; evitar utilizar talcos, polvos, aerosoles o desodorantes; utilizar calzado ligero y flexible, sin costuras interiores; utilizar zapatos de tacón de 2 a 2.5 cm; utilizar zapatos cómodos y a la medida; revisar el interior de los zapatos para observar que no tengan grietas, forro despegado, clavos, piedras o irregularidades; cambiar los calcetines o las medias; no caminar descalzo; y examinar los pies en busca de irregularidades

Sin embargo, existieron particularidades entre los sujetos, observándose en el primer sujeto aumentos en las frecuencias de las subcategorías de lavado y secado, y menor aumento en la subcategoría de hidratación. Mientras que la segunda paciente realizaba casi todas las conductas de la subcategoría de lavado y todas las de secado, y en relación a hidratación tuvo incrementos más

grandes que el primer participante. Por último, la tercera paciente tuvo los cambios más importantes en lavado a diferencia de las otras dos, y en hidratación y calzado, al igual que las demás participantes.

Por tanto, resulta importante destacar que sería sustancial una evaluación previa de las conductas problemáticas de los pacientes, para enfocarse sólo en aquellas que se tendrían que aumentar en cada caso en particular.

Las conductas incluidas en el cuidado de las uñas fueron muy importantes en la aplicación del programa, debido a que todas las participantes desconocían la mayoría de las recomendaciones y su cambio fue clasificado en condiciones intermedias y difíciles para realizarlo, esto es especialmente relevante porque el riesgo de una úlcera en el pie aumenta en gran parte debido a lesiones accidentales durante el cortado de las uñas.

De acuerdo a los resultados de los índices descriptivos, se concluye que las técnicas utilizadas en la intervención, especialmente, el modelamiento y control de estímulos son útiles para favorecer el cambio conductual, y su conocimiento y aplicación por parte de los pacientes permite generalizarla a otras conductas, como se realizó durante la octava sesión. Aceptándose la hipótesis alterna y cumpliéndose el objetivo de este estudio.

Diversas investigaciones han demostrado la eficacia de las intervenciones cognitivo conductuales, en la prevención de complicaciones en pacientes con DM2 (Black & Scherba, 1983; Calle-Pascual et al., 1992; Carroll & Yates, 1981; Gormally & Rardin, 1981; Kruger & Guthrie, 1992; Liao, 2000; Singh et al., 2005; Vatankhah et al., 2009), lo cual también queda evidenciado en esta investigación, sin embargo, son pocas las relacionadas con prevención del pie diabético.

Tomando en cuenta la poca literatura en relación a la prevención de úlceras en el pie en personas diabéticas, es importante resaltar la efectividad del programa de intervención como un avance en la prevención de esta complicación en los pacientes diabéticos. El cual podría utilizarse dentro de las

instituciones de salud para cumplir con dicho objetivo, destacando que es la primera causa de hospitalización en pacientes con DM2, además de las consecuencias psicológicas que acarrea.

Resultando la intervención cognitivo conductual efectiva para el aumento de las conductas de autocuidado de los pies, podría utilizarse su estructura por separado para el seguimiento de la dieta, realización de actividad física o toma de medicamentos.

En las intervenciones acerca de prevención de úlceras en los pies se ha utilizado el brindar información a los pacientes acerca del autocuidado de los pies, resultando efectiva en evaluaciones sobre conocimientos antes y después de la intervención, sin embargo, en esta investigación la psicoeducación en sí misma produjo pocos aumentos en las conductas (Kruger & Guthrie, 1992; Singh et al., 2005; Vatankhah et al., 2009). Mientras que las técnicas utilizadas posteriormente produjeron los incrementos en las conductas.

Es importante la creación de intervenciones psicológicas que incluyan tanto aspectos de psicoeducación, como técnicas destinadas al cambio en la conducta para modificar hábitos (OMS, 2004). Debido a que los cambios en el estilo de vida de los pacientes con DM2 son los más difíciles de modificar (Seligson & Reynoso, 2005).

Dentro de las limitaciones del estudio está que el seguimiento es a corto plazo, así que no se llegó a observar si los cambios continúan a largo plazo. También las conductas incluidas en la lista de chequeo en su mayoría fueron fáciles de modificar para las participantes, aunque se tuvo la oportunidad de modificar conductas que fueron clasificadas como intermedias y difíciles de modificar realizándose todo un plan a seguir.

Además, cabe destacar que no es posible definir un cambio estadísticamente significativo debido a que el análisis que se realizó de los datos es descriptivo, sin embargo fue el pertinente, de acuerdo a las características de la medición y al tipo de diseño, por lo que el empleo de esos índices fue la mejor forma de

demostrar cambios conductuales a partir de la intervención. Indicando de esta manera la efectividad del programa al incrementar las conductas en los participantes.

Otro aspecto importante es la población a la que estas intervenciones debería ir dirigida, las participantes incluidas en el estudio tenían una buena adhesión al tratamiento médico, además de buen conocimiento acerca de la enfermedad, lo que pudo haber influenciado el aumento en las conductas. Por tanto, sería importante probar la intervención en personas con menor adhesión e información.

Por otro lado, el auto reporte puede llevar a los sujetos a contestar por deseabilidad social, habiendo sesgos en los datos, por lo que al inicio y al término de la investigación se realizó una inspección visual de los pies, sin embargo, existen maneras de aumentar la validez como el registro simultaneo de la lista de chequeo por un familiar cercano.

También es preciso resaltar la necesidad de intervenciones cognitivo conductuales integrales, que abarquen más factores de riesgo para el pie diabético, por que la prevención de úlceras no sólo estaría determinada por las conductas de autocuidado de los pies, sino también por la adherencia de los pacientes a la dieta, a la actividad física y a los medicamentos, o del mismo modo a estrategias de afrontamiento poco efectivas, o a aspectos emocionales que podrían afectar la motivación al cambio o la adhesión, como sintomatología depresiva (Álvarez, 2005; Azzollini & Bail, 2010; Calle-Pascual et al., 1992; Clark, 2004; Fabián, García & Cobo, 2010; Lamers, Jonkers, Bosmah., Knottnerus & Vaneijkj, 2011; Vedhara et al., 2012; Wing et al., 2001).

Se realizó un trabajo en relación al autocuidado de los pies como medida de prevención de lesiones, siendo efectivo para dicho propósito. Por lo que intervenciones enfocadas en la prevención, utilizando técnicas cognitivo conductuales podrían disminuir costos en la atención a la salud de pacientes con enfermedades crónicas y sus complicaciones, como la DM2 y sus

consecuencias, la cual se ha convertido en la primera causa de muerte en el país.

Demostrando además la utilidad de la medicina conductual dentro de las instituciones de salud, siendo la mejor manera realizando intervenciones psicológicas efectivas y con evidencia empírica.

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

RESIDENCIA EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Descripción de la sede

El Hospital Juárez de México se encuentra ubicado sobre Avenida Politécnico Nacional, al norte del Distrito Federal, clasificado en el segundo y tercer nivel de atención en salud, puesto que constituye un centro de referencia a nivel nacional, y porque cuenta con diversas áreas especializadas para la atención de patologías complejas, que necesitan equipo e instalaciones especiales.

Primera rotación: Medicina Interna

Ubicación del residente en la sede

El servicio de Medicina Interna pertenece a la Dirección de Medicina, es la residencia base de diversas subespecialidades, como se muestra en el organigrama de la Figura 7.

El servicio de Medicina Interna Adultos cuenta con atención por consulta externa así como hospitalización. Además de atender diversas patologías propias del área, es un servicio filtro en el cual ingresan pacientes provenientes del servicio de Urgencias para ser estabilizados y posteriormente ser referidos a la especialidad correspondiente.

Para el área de hospitalización están pre-asignadas 26 camas fijas, distribuidas principalmente en el lado sur del tercer piso del edificio de hospitalización, sin embargo, se hacen uso de camas de otros servicios para cubrir las necesidades del área incluso de otros pisos designados para cirugía. La consulta externa está ubicada en el segundo piso, consultorio 45 con disposición de dos cubículos.

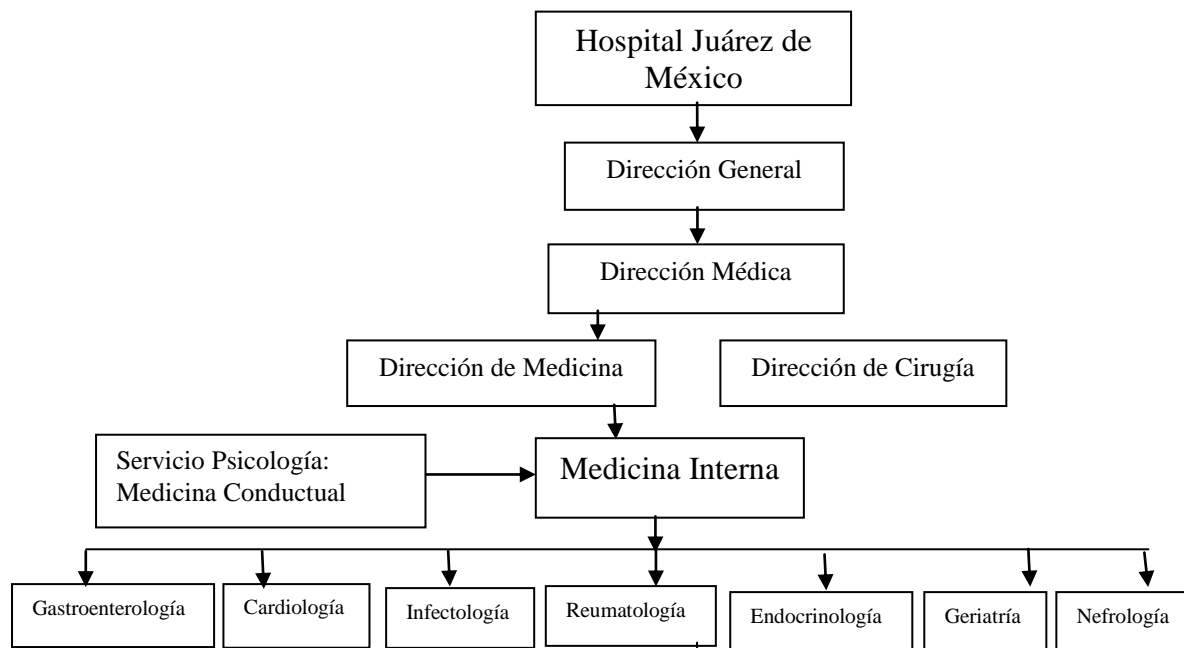


Figura 7. Organigrama de Medicina Interna en el Hospital Juárez de México.

El equipo de trabajo está constituido por:

- Jefe de Servicio: Dr. Martín Alberto Herrera Cornejo.
- Médicos Adscritos:
 - Dra. Edith Flores Hernández.
 - Dra. Claudia Esperanza García Vudoyra.
 - Dra. Velia Martínez Hernández.
 - Dr. Heriberto Gómez Moreno.
 - Dr. Fausto González Villagrán.
- Médicos Residentes.
- Trabajo Social: Angélica Santiago Camargo.
- Residentes de Medicina Conductual: Se realizan rotaciones de manera anual (Periodo de Enero de 2012 a Octubre de 2012)
 - Lic. Blanca Andrea Badillo Navarrete.
 - Lic. Ivonne Lizbeth Vizcarra Zamora.
- Médicos Internos: Se realizan rotaciones quincenales.
- Enfermeras: Existen tres turnos diferentes.

- Estudiantes: Varían de acuerdo al semestre escolar, pertenecientes al Instituto Politécnico Nacional y a la Universidad Nacional Autónoma de México.

En la Figura 8 se muestran las líneas de autoridad y la ubicación del residente de Medicina Conductual en el servicio.

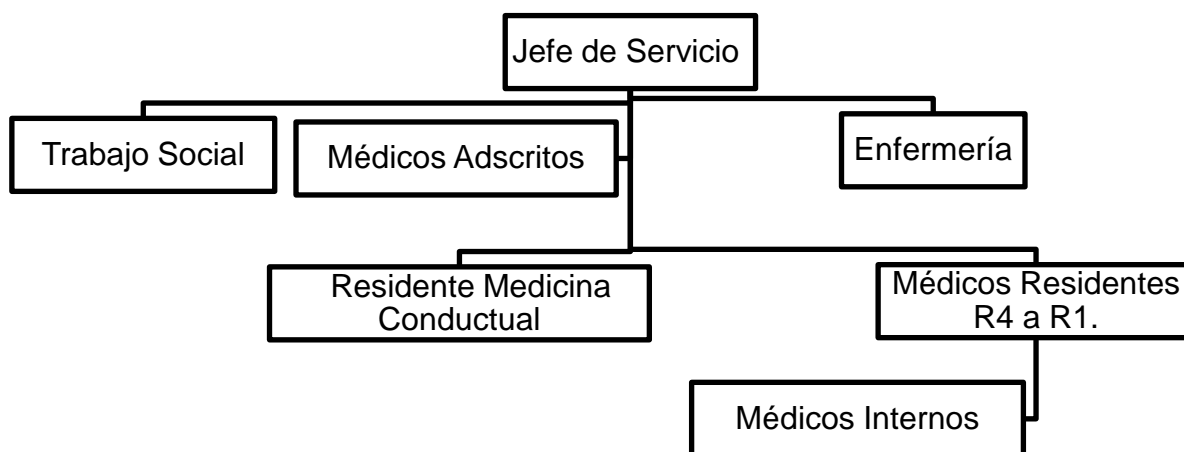


Figura 8. Organigrama del Servicio de Medicina Interna.

Intervención psicológica en Medicina Interna

Existen varias definiciones de medicina interna. La primera de ellas dice que es una de las cuatro grandes divisiones de la medicina clínica; otra la define como la ciencia que estudia los padecimientos no quirúrgicos del adulto; también se puede englobar en este concepto la división médico-administrativa de un hospital que conjunta las especialidades no quirúrgicas de atención del adulto enfermo. Recientemente se ha designado con este nombre a los conocimientos propedéuticos requeridos para emprender cursos de especialización en algunas subespecialidades médicas. Sin embargo, la definición más utilizada es la que señala a la medicina interna como la disciplina que atiende de manera integral a los enfermos adultos con padecimientos de alta prevalencia (Ramiro, Lifshitz, Cherem & Frati, 2008).

La atención psicológica a los pacientes dentro de Medicina Interna es variable. Sin embargo, se atienden principalmente a personas a quienes se les diagnostica o sufren una enfermedad crónico-degenerativa y se enfrentan, junto con su familia, a situaciones que desafían su habilidad para afrontar, resolver y adaptarse al diagnóstico, lo que ocasiona una crisis que se distingue por la desorganización, perturbación y los trastornos en las estrategias previas de enfrentamiento. La resolución de dicha crisis depende de factores como: la gravedad del suceso, los recursos personales y sociales, y la percepción cognitiva que el paciente tiene de la crisis (Slaikeu, 1996).

Otro aspecto importante en la intervención es el trabajo con pacientes para quienes la hospitalización es una experiencia estresante y que puede llegar a ser abrumadora. Algunos pueden tener una percepción distorsionada de lo que pasa a su alrededor y experimentar sentimientos de impotencia e incapacidad para enfrentar la situación. También ciertos procedimientos médicos son particularmente estresantes, sin embargo, necesarios para el diagnóstico de enfermedades (Phares & Trull, 1999).

Para lograr un enfrentamiento efectivo de la estancia en el hospital, el psicólogo explora y solicita información, incita a que el paciente exprese todo tipo de sentimientos, integre el suceso a su sistema cognitivo, pida ayuda a su red de apoyo, enfrente los problemas haciéndolos manejables y concentrándose en uno a la vez, retomando el control de la situación (Slaikeu, 1996). Siendo la primera sesión la más importante, porque con frecuencia es la única oportunidad de orientar psicológicamente a un paciente, debido a que médicamente se busca estabilizarlo para enviarlo a su casa a continuar con su tratamiento (Bellack & Siegel, 1986).

La perspectiva de los médicos acerca de la integración del psicólogo en el ámbito hospitalario es encontrada favorable, debido a que incrementan el reconocimiento de la importancia que juegan factores psicológicos en condiciones médicas (Schoenberg & Shiloh, 2002). Actuando como vínculo entre el paciente, su familia y el personal del hospital, su rol es servir como un vehículo de aclaración y resolución, sabe escuchar y es buen observador, es

eficaz comunicador; practica la tolerancia, la simpatía, la cordialidad y está cuando se le necesita (Bellack & Siegel, 1986).

Durante las notificaciones del diagnóstico por parte del personal médico, o en las discusiones que el profesional mantiene con la familia, los miembros de ésta se encuentran vulnerables y sensibles, y experimentan falta de control. Es por eso que la atención a la familia es igualmente importante (Leske, 1991; Rolland, 2000).

Las necesidades psicológicas más importantes que tiene la familia son, recibir información clara sobre el estado clínico del paciente en términos que pueda entender, tener proximidad con el paciente, ser tranquilizados y aliviados de la ansiedad, establecer para la enfermedad un significado que haga posible la sensación de control, percibir que el paciente recibe cuidados de alta calidad, y recibir apoyo de la propia familia y los amigos (Álvarez & Kirby, 2006; García et al., 2009; Rolland, 2000).

Al enfrentar la posible pérdida de un ser querido, la familia lucha por adaptarse estructuralmente a su ausencia, la pérdida ocasiona estrés, tristeza, culpa, soledad, desesperación, agotamiento y cambio de vida, y puede promover la posibilidad de disminución crónica en el funcionamiento general (Rolland, 2000).

Por lo que al momento de orientar a la familia, el psicólogo explora y atiende expectativas respecto al curso y desenlace de la enfermedad, afectos, ideas, estrategias de respuesta, información errónea, estilos de afrontamiento, pautas de comunicación, diferencias de percepción, cambios en los roles y adaptaciones de cada uno de los familiares, procura que se asimile la pérdida del estilo de vida anterior al padecimiento y que la enfermedad se acepte, debe mostrar empatía, apoyar a la familia para que aprenda a vivir con la incertidumbre y establecer pautas funcionales que le permitan mejorar su respuesta a la adaptación o a la pérdida, además de, ofertar disponibilidad (Leske, 1991; Rolland, 2000; Lee & Lau, 2003; Redley, Beanland & Botti, 2003).

Por lo tanto, el trabajo realizado por el medico conductual en Medicina interna, implica una diversidad de intervenciones relacionadas con las mismas características de la población atendida en el servicio, siendo importante tanto la atención a los pacientes como a la familia.

Características de la sede y actividades diarias del residente

En la rotación por el servicio de Medicina Interna se atendieron mayormente a pacientes con DM2, enfermedad con mayor prevalencia en nuestro país, principalmente con técnicas para mejorar el apego al tratamiento médico. Sin embargo, la atención psicológica se brindaba a una población caracterizada por la heterogeneidad y por múltiples comorbilidades.

Como parte de las labores diarias se realizaba pase de visita en las salas de hospitalización, con una rotación de un día por semana, con cada uno de los cinco médicos adscritos del área. Durante el pase de visita se detectaba a los pacientes que requerían intervención psicológica inmediata, además de que se realizaban seguimientos con aquellos con los que se había trabajado previamente, algunos también eran referidos por el personal de salud (médicos adscritos y residentes, enfermeras y jefe de servicio).

Asimismo, se estaba presente durante las notificaciones acerca del estado de salud del paciente a familiares por parte del médico, para que en el momento de alguna crisis se interviniera de manera inmediata.

De igual manera, se asistía a los médicos en consulta externa para monitorear el estado emocional de los pacientes, apoyar en el apego a su tratamiento o realizar valoraciones psicológicas.

A los pacientes valorados en consulta externa y que requerían continuar con una intervención, se citaban en los consultorios de Medicina interna en horarios en los cuales se encontraran libres, con previa autorización de los médicos adscritos y el Jefe de Servicio.

La atención psicológica estuvo dirigida tanto al paciente como a los familiares, en especial cuando el estado de salud era muy grave, o cuando se encontraban en protocolo de diagnóstico con prolongadas estancias hospitalarias.

Cuando los pacientes concluían el protocolo de diagnóstico y los médicos notificaban al paciente y a familiares el mismo, se trabajaba en conjunto para estar presentes y realizar intervenciones en crisis o psicoeducación acerca de la enfermedad y consejería para su manejo posterior. Se procedía de la misma manera cuando se notificaba acerca del próximo fallecimiento del paciente a los familiares.

Cuando se notificaba el diagnóstico y los pacientes eran referidos a otro servicio, se ofrecía continuar con la atención psicológica aunque se encontrara en otro servicio y darle seguimiento, esto debido a que una de las principales características del servicio es el diagnóstico y derivación de los pacientes a otras especialidades.

Se trabajó también con preparación para procedimientos médicos invasivos para disminuir la ansiedad (por ejemplo, colocación de catéter, realización de biopsias, aspirados de médula ósea, etc.) mediante ejercicios de relajación (respiración diafragmática, relajación autógena e imaginación guiada), psicoeducación y distracción cognitiva.

La intervención psicológica con el paciente diabético se daba principalmente en tres momentos: en el diagnóstico, durante el tratamiento o en las complicaciones/recaídas. En los tres períodos era importante evaluar: el estado de ánimo, el estilo de afrontamiento, los niveles de ansiedad y depresión, las atribuciones, actitudes, creencias y conocimientos de paciente sobre la enfermedad, la autoeficacia percibida, conductas de autocuidado en salud, el apoyo social real y percibido, aspectos culturales relacionados especialmente con la dieta, y aspectos socioeconómicos. Estos aspectos eran la referencia para su manejo psicológico posterior, utilizando técnicas tanto cognitivas como conductuales, principalmente la psicoeducación, solución de problemas,

reestructuración cognitiva, control de estímulos y entrenamiento en habilidades sociales.

Después de la intervención se realizaban notas en los expedientes de los pacientes atendidos. Posterior a la primera sesión, se realizan únicamente notas de seguimiento con observaciones de la sesión y del tratamiento. Para las notas, se elabora una descripción sociodemográfica del paciente y posteriormente se redacta de acuerdo con el Modelo SOAP que consiste en:

- Subjetivo. Se presenta la información reportada por el usuario, en forma literal.
- Objetivo. Se incluye impresión física, aliño e higiene, orientación en las tres esferas, lenguaje, procesos cognitivos de atención, concentración y memoria, afecto y estado de ánimo, alteraciones sensoriales o motoras, inteligencia promedio, contenido de pensamiento, locus de control, estilo de afrontamiento, redes de apoyo, noción y consciencia de enfermedad.
- Análisis. Se brinda una impresión diagnóstica, basada en criterios clínicos y del DSM IV-R y los resultados de los instrumentos psicométricos, en caso de haberse aplicado.
- Plan. Se incluyen las acciones que se llevaron a cabo durante la sesión así como aquellas sugeridas o recomendadas para las sesiones de seguimiento.

Como parte de las actividades académicas se acudía a sesiones médicas semanales por parte de la División de Medicina Crítica y de la División de Medicina con diversos temas que fortalecían los conocimientos y que eran apoyo para intervenciones en las cuales se brindaba información a pacientes y familiares, misma que también era base para realizar alguna toma de decisión. Además se llevaban sesiones dentro del grupo de Medicina Conductual sobre discusión de casos clínicos y sesiones bibliográficas en las cuales se revisaba algún artículo de interés para el área, estas actividades eran coordinadas por el supervisor *in situ*.

Por último, la residente en Medicina Conductual formó parte del grupo de profesores en el Curso “Diabetes Mellitus: Un enfoque multidisciplinario” realizado en la Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS, con el tema de “Aspectos psicológicos en el paciente diabético”.

Características de la población atendida

La rotación por el servicio de Medicina Interna se realizó durante el período comprendido entre el mes de enero de 2012 a octubre del mismo año. En total se realizaron 828 sesiones de intervención psicológica, de las cuales 42.56% correspondieron a pacientes de sexo masculino y 57.85% al femenino. Las edades de los pacientes eran completamente variables, sin embargo la atención sólo se brindaba a población adulta, con tendencia a edades entre los 50 a 65 años.

El número de intervenciones mensuales varió dependiendo de las demandas del servicio y de las actividades propias de la residencia (ver Figura 9). El 94.92% de las intervenciones se realizaron en hospitalización y 5.07% en consulta externa. El 34.76% fueron sesiones de primera vez, mientras que el 65.57% restante fueron sesiones de seguimiento.

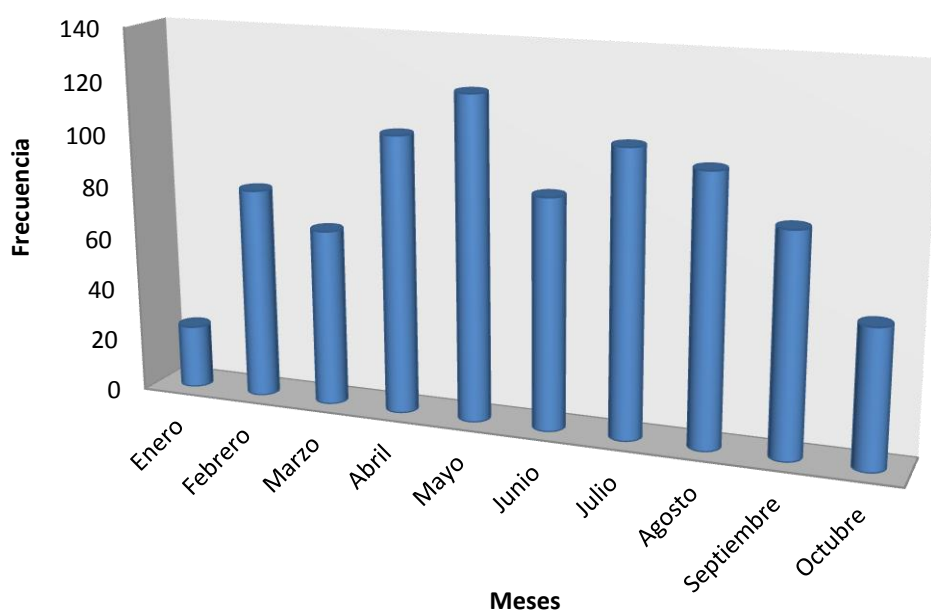


Figura 9. Número de intervenciones realizadas por mes.

De las 828 intervenciones que se brindaron, 89 correspondieron a pacientes con DM2 y de éstos 31 con pie diabético, 43 con pacientes con neumonía, 25 en protocolo de diagnóstico para algún tipo de cáncer, 21 viviendo con VIH, 20 con ERC, 13 con HAS, 12 con insuficiencia hepática, 7 con celulitis, 7 con síndrome de supresión etílica, 5 con lupus eritematoso sistémico y 2 con pénfigo, los demás pacientes presentaban diferentes tipos de enfermedades poco usuales. Los diagnósticos psicológicos más frecuentes fueron: falta de adhesión al tratamiento, reacción de estrés ante la notificación del diagnóstico, sintomatología depresiva y estrés ante estancia hospitalaria.

La terapia breve así como las intervenciones con familiares fueron los abordajes que se utilizaron con mayor frecuencia. Representando la atención a pacientes el 76.70%, mientras que a los familiares el 23.29% (ver Figura 10).

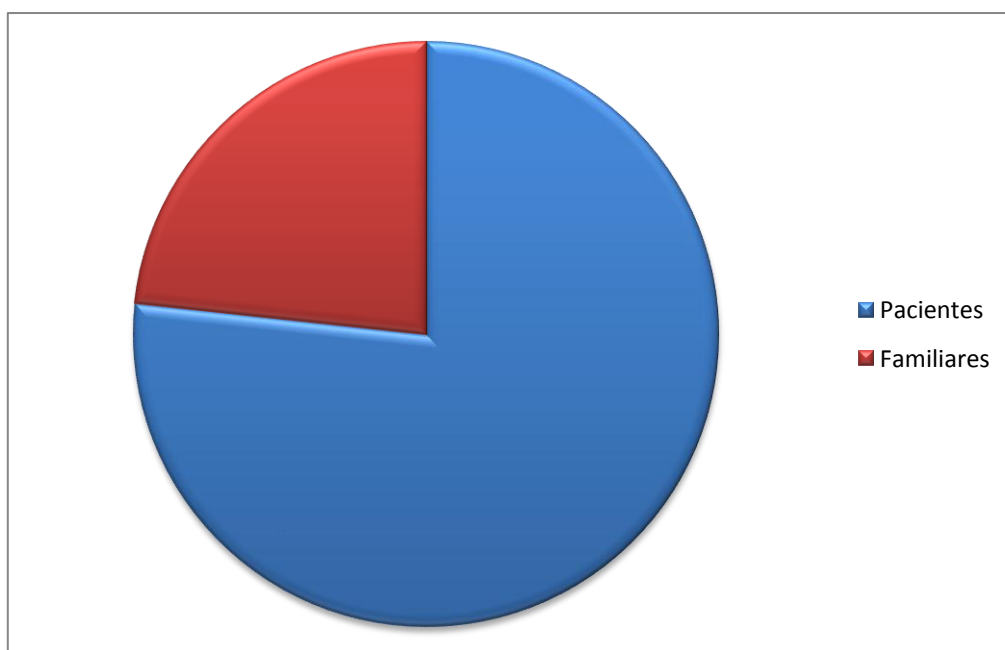


Figura 10. Porcentaje de atención a pacientes y a familiares.

Las técnicas más utilizadas fueron: solución de problemas, psicoeducación, intervención en crisis, debate, relajación autógena o muscular profunda y control de estímulos (ver Figura 11).

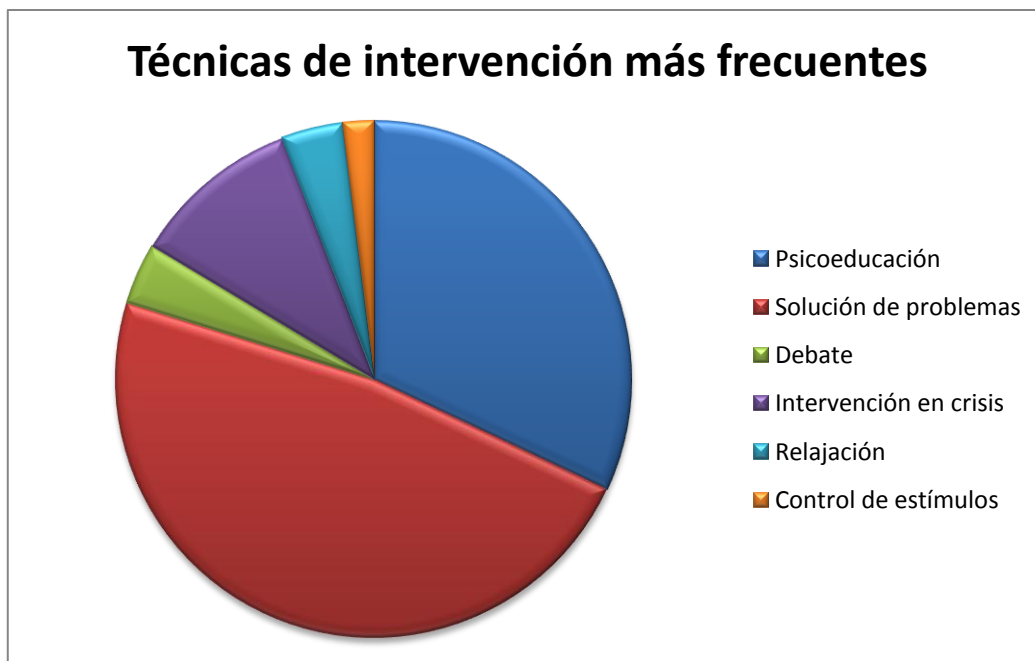


Figura 11. Porcentaje de las técnicas de intervención más utilizadas durante la primera rotación.

Evaluación final

Del servicio

Durante la rotación en el servicio de Medicina Interna se encontró una estructura de trabajo bien definida, con actividades y funciones claramente determinadas para el residente en Medicina Conductual, y donde se considera muy importante la participación del psicólogo en la atención multidisciplinaria del paciente. Esta manera de trabajo facilitó la incorporación al servicio y brindó la oportunidad de realizar diferentes tipos de intervenciones con la población atendida.

Al inicio de la rotación por el servicio no se contaba con un espacio propio para la atención psicológica del paciente, por lo que se tenía que hacer trabajo en los pasillos o buscar espacios de trabajo en las salas de espera. Es importante adaptarse a las condiciones físicas y materiales del hospital, aunque también es importante buscar alternativas que permitan mejorar la calidad de las intervenciones. Por lo que con previa autorización del Jefe de servicio y del médico adscrito y gracias a la comunicación con ellos, se brindó la facilidad para la utilización de los consultorios de Medicina Interna en horarios durante

los cuales éstos estuvieran desocupados. Siendo una excelente oportunidad para estructurar planes de tratamiento por consulta externa.

Medicina Interna, debido a sus propias características, en donde la cantidad de pacientes es grande, es un servicio demandante y en ocasiones esta demanda excedía los recursos tanto materiales como humanos y de tiempo con los que se contaba en el servicio, por lo que priorizar las actividades y la organización del tiempo era fundamental.

Durante esta primera rotación al ambiente de trabajo fue excelente, con una gran comunicación con todo el personal de salud, los médicos eran muy accesibles, teniendo la disposición de escuchar cualquier aportación además de discutir acerca de sus observaciones del caso y aportaban información que permitía la orientación del paciente y facilitaba su manejo psicológico.

A veces el trabajo era estresante y en ocasiones no pudieron cumplirse las metas que se establecían inicialmente con cada paciente, o no como los médicos querían. Sin embargo, el servicio representó el mejor lugar para la aplicación de los conocimientos previamente aprendidos y la adquisición de competencias propias del residente en Medicina Conductual.

De las actividades

Clínicas

Las actividades clínicas que fueron realizadas durante la rotación, permitieron la obtención de las habilidades propuestas para el egresado en Medicina Conductual.

Además, la heterogeneidad de la población atendida enriqueció la formación de la residente, debido a que se aprendió a evaluar necesidades y adaptar intervenciones de acuerdo al tipo de enfermedad, edad, variables socioculturales y económicas.

Dada la diversidad de padecimientos vistos en el área facilitó la aplicación de todo tipo de estrategias de intervención. Debido a que gran parte de la

población atendida tenía DM2, fue una oportunidad para adquirir habilidades para el manejo del paciente diabético y facilitar su adhesión al tratamiento, población que era del mayor interés para la residente en Medicina Conductual.

Las actividades clínicas absorbían la mayor cantidad de tiempo de la residencia. El tener que atender a los pacientes y sus familiares, fue una oportunidad para un manejo integral. Además de que la rotación con cada uno de los médicos, ayudaba al conocimiento y manejo de casi todos los pacientes en el piso. De igual manera la excelente comunicación y trabajo en equipo con la otra residente de Medicina Conductual dentro del servicio, hacía del ambiente de trabajo y de las actividades una experiencia enriquecedora.

La posibilidad de atender a pacientes, familiares en hospitalización, consulta externa, en ocasiones terapia intensiva, además de interconsultas de diferentes servicios permitió la adquisición de destrezas clínicas requeridas para el posterior trabajo en campo.

Académicas

Las actividades académicas realizadas durante la rotación contribuyeron a la adquisición de conocimientos para la formación integral del médico conductual. En la supervisión de casos clínicos, las aportaciones de los demás residentes, así como de los supervisores brindaban una visión integral de la formulación y manejo de los pacientes, asimismo la posibilidad de realizar alternativas de intervención no propuestas en un inicio en el plan de tratamiento.

En las sesiones bibliográficas al revisar artículos especializados en Medicina Conductual, eran de gran ayuda para el entendimiento de las problemáticas de los pacientes, y de realizar intervenciones psicológicas basadas en fundamentos teóricos sólidos.

Aunque en un inicio las clases con los médicos eran difíciles de entender, facilitaron la comprensión de aspectos básicos de las enfermedades y los procedimientos a los que eran sometidos los pacientes, sirviendo de enlace de comunicación entre el médico y el paciente.

De la supervisión

In situ

La supervisión brindada en el hospital en general ayudó a la formación del residente. Sin embargo, al ser el supervisor de otro marco teórico, durante la discusión de casos clínicos se discrepaban en algunos comentarios y sugerencias.

El supervisor siempre estuvo abierto al diálogo y brindaba un ambiente que favorecía la comunicación tanto en la supervisión de casos clínicos como durante la realización del protocolo de investigación.

Académica

La supervisión académica contribuyó de manera fundamental al desarrollo de competencias y adquisición de conocimientos para el psicólogo. La supervisora al ser del mismo marco teórico de la maestría proveyó valiosas aportaciones en la formulación de casos clínicos y planes de tratamiento. Asimismo, en la supervisión de la realización y aplicación del protocolo su ayuda permitió su elaboración y finalización, tanto por el apoyo académico como moral para la residente.

Comentarios y sugerencias

La rotación por el servicio de Medicina interna dentro del Hospital Juárez de México, cumplió con las expectativas que tenía acerca del ejercicio desempeñado por el médico conductual dentro de la institución.

La posibilidad de realizar práctica clínica en el hospital es muy valiosa, experiencia que difícilmente se adquiere en otro lugar. El servicio presenta un escenario propicio para adquirir competencias profesionales, académicas y personales que permiten integrar el conocimiento teórico a la práctica, y teniendo en cuenta que la población atendida se caracteriza por la heterogeneidad, se presenta la oportunidad ideal para diseñar e implementar distintos tipos de intervenciones cognitivo-conductuales.

Nuestra labor en el servicio es bien reconocida y valorada, sin embargo y pese a grandes esfuerzos realizados por los residentes de medicina conductual, faltan espacios físicos para la realización de intervenciones, no obstante las facilidades para la utilización de consultorios ha ido en aumento.

Aunque la principal actividad dentro del hospital es la práctica clínica, es igualmente importante la labor que se podría realizar en relación a la prevención. Esto es especialmente importante en el servicio de Medicina Interna donde la mayoría de la población atendida es diabética y obesa, siendo la principal causa de hospitalización consecuencias de esta enfermedad, como el pie diabético.

El medico conductual puede actuar en la implementación de programas y actividades educativas (pláticas, talleres, cursos, etc.) que fomenten la prevención de la enfermedad así como la promoción y educación en salud, dirigidos no sólo a pacientes, sino a familiares y personal sanitario.

Asimismo el psicólogo puede ser un evaluador de la satisfacción de los pacientes con los servicios y su relación con su percepción de salud, lo cual podría aumentar la calidad del servicio dentro de las instituciones y del personal.

Las necesidades de atención en salud han marcado el desarrollo de la medicina conductual, nuestra inserción en las instituciones de salud marcaría una mejora en la calidad de la atención al paciente, sin embargo, la entrada de los médicos conductuales estará determinada por la efectividad de sus intervenciones y su demostración empírica.

Segunda rotación: Nefrología

Ubicación del residente en la sede

El servicio de nefrología se encuentra dividido en cuatro diferentes áreas: hospitalización, hemodiálisis, consulta externa y diálisis peritoneal continúa ambulatoria (DPCA).

Para el área de hospitalización se designan dos salas en el tercer piso del edificio de hospitalización, una para mujeres en el ala sur y otra para hombres en el ala norte, cada una con seis camas respectivamente. El área de hemodiálisis se encuentra en la planta baja, cuenta con siete riñones artificiales, cinco de ellos se utilizan para pacientes programados en tres horarios diferentes, y las maquinas restantes se utilizan para pacientes hospitalizados que no cuentan con panel viral.

La consulta externa se ubica en el segundo piso, en el consultorio 48 el cual cuenta con tres cubículos. El área de DPCA se sitúa en el tercer piso y es un programa de entrenamiento y seguimiento para pacientes en diálisis peritoneal.

El equipo está formado por:

- El jefe de servicio: Dra. María del Socorro Vital Flores
- Médicos adscritos:
 - Dr. Pedro López Vázquez
 - Dr. Arturo Reyes Marín
 - Dr. Eduardo Romero Serrano
- Médicos Residentes
- Trabajo Social.
- Residentes de Medicina Conductual: Periodo de Noviembre de 2012 a Julio de 2013.
 - Lic. Josefina Vértiz Camacho (ingreso enero de 2013).
 - Lic. Ivonne Lizbeth Vizcarra Zamora.
 - Lic. Jorge Humberto Rosas
- Enfermeras: Existen tres turnos en las diferentes áreas, cada una de ellas especializada en las técnicas y procedimientos realizados en cada una de ellas

- Estudiantes: Varían de acuerdo al semestre escolar, pertenecientes al Instituto Politécnico Nacional, a la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Universidad Anáhuac.

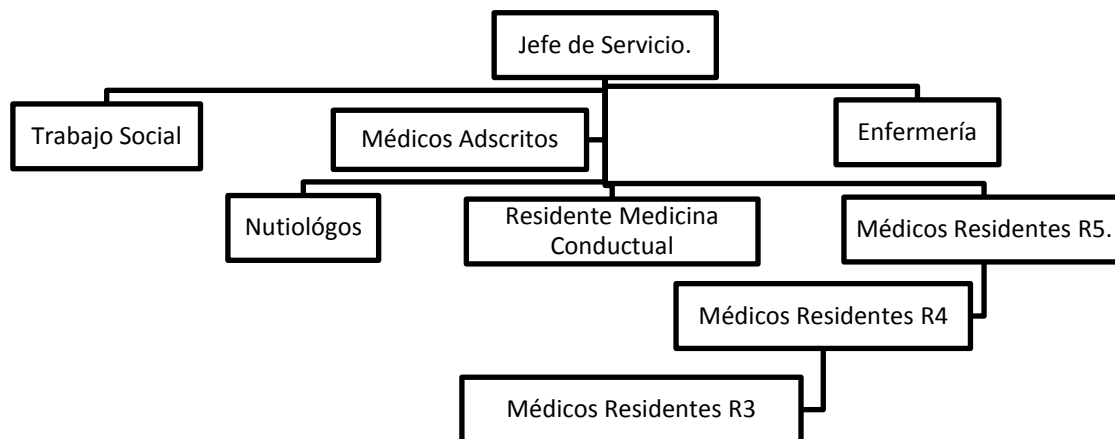


Figura 12. Organigrama del servicio de Nefrología

Dentro del servicio se realizaron rotaciones internas entre las cuatro áreas para así obtener la práctica clínica de las características particulares en cada tipo de paciente.

Intervención psicológica en Nefrología

La enfermedad renal crónica (ERC) es una de las enfermedades que genera mayor deterioro en el aspecto emocional, físico, funcional y psicosocial, debido a que implica un deterioro lento, progresivo e irreversible de la función renal durante un periodo de meses o años (Pérez, Llamas, & Legido, 2005).

Investigaciones realizadas han demostrado que tanto la ERC como sus tratamientos afectan de manera notable su calidad de vida, especialmente porque un mismo paciente puede recibir diferentes tipos de terapia sustitutiva de la función renal durante el curso de su enfermedad. Por lo que las guías internacionales para el manejo del paciente renal, aconsejan que se evalúe de manera regular su calidad de vida, con el fin de establecer la situación basal y poder monitorizar los cambios que se producen con el paso del tiempo (Álvarez-Uda & Rebollo, 2008).

Asimismo, la enfermedad renal crónica es una fuente generadora de estrés, siendo de vital importancia el afrontamiento que se haga de esta condición, para poder anticipar el impacto que pueda ocasionar y de esta manera mediar, aminorar o amortiguar los efectos del estrés (Acosta, Chaparro & Rey, 2008).

Son muchos los factores estresantes a los que se enfrentan estos pacientes, entre los mas frecuentes están: tensiones matrimoniales y familiares, dependencia forzada del personal y del sistema hospitalario, restricciones alimentarias, cambios en la imagen corporal (hinchazón, adquieren una tonalidad amarilla, etc.), limitaciones funcionales, pérdida total o disminución de la capacidad de empleo, cambios en la percepción de sí mismo, alteraciones en el funcionamiento sexual, percepción de los efectos de la enfermedad, uso de medicamentos para tratar la enfermedad y temores relacionados con la muerte (Cassaretto, Chau, Oblitas & Valdez, 2007; Valderrabano, Jofre & Lopez-Gómez, 2001). Dentro de las intervenciones utilizadas para el manejo del estrés con pacientes renales están la retroalimentación biológica y la relajación muscular progresiva (Vázquez-Mata, Vital-Flores, Bravo-González, Jurado-Cárdenas & Reynoso Erazo, 2009).

De la misma manera los síntomas depresivos son comunes en los pacientes renales, principalmente cuando el afrontamiento de la enfermedad no resulta efectivo, hay poco apoyo social, el nivel socioeconómico es bajo y las admisiones al hospital son mayores (Fabrazzo & De Santo, 2006; Lee, Schepp & Jung, 2008). Para tales síntomas la terapia de Beck ha sido la intervención más utilizada para el manejo en múltiples enfermedades crónicas, incluyendo la enfermedad renal (Marvi, Bayazi, Rahmani & Deloei, 2011).

Del mismo modo el incumplimiento en la adhesión al tratamiento es usual en los pacientes renales. El régimen de tratamiento los enfrenta a estrictos lineamientos para seguirlo. Los aspectos que se han encontrado como los más difíciles son las restricciones en la alimentación (limitaciones en alimentos ricos en sodio o potasio) y limitaciones en el consumo de líquidos. En relación a la restricción de líquidos, diversos estudios han concluido la efectividad de programas cognitivo-conductuales para su manejo con técnicas como

psicoeducación, economía de fichas, contrato conductual, reforzamiento y automonitoreo (Sagawa, Oka & Chaboyer, 2003; Welch & Hawkins, 2005).

A pesar de que la necesidad de atención psicológica en los pacientes renales es fundamental debido a las consecuencias de la enfermedad a nivel emocional, los estudios que se han realizado con estos pacientes son escasos en la literatura. Es por eso que el papel del médico conductual en el servicio de nefrología es elemental en una institución hospitalaria realizando intervenciones efectivas además de protocolos de investigación.

Características de la sede y actividades diarias del residente

Dentro del servicio se encuentra bien definido el papel del médico conductual. El personal está dispuesto a trabajar como un equipo interdisciplinario, existiendo espacios físicos designados para las actividades prácticas, sin embargo ninguno de ellos es exclusivo para la residencia en medicina conductual.

Las actividades se encuentran divididas en las distintas áreas, dependiendo de la rotación por la que cursas. Como parte de las actividades diarias se realizaba pase de visita a los pacientes hospitalizados, y posteriormente el residente se dirigía al área designada, ya sea hemodiálisis, hospitalización o DPCA, para la atención al paciente renal.

Al ser un servicio pequeño se atendían a todos los pacientes tanto hospitalizados como en DPCA o los que asistían a los dos primeros horarios en el área de hemodiálisis, en esta última teniendo la oportunidad de utilizar al riñón artificial con diferentes técnicas de retroalimentación biológica.

Asimismo se atendían a pacientes en consulta externa previamente citados brindando la oportunidad de diseñar e implementar intervenciones cognitivo-conductuales bien estructuradas.

En el programa de DPCA el psicólogo cumplía con diversas actividades: acudía a las visitas domiciliarias junto con la trabajadora social y la enfermera especializada en diálisis peritoneal para realizar la valoración psicológica de los

pacientes candidatos a ingresar al programa; también brindaba una plática acerca de aspectos psicológicos de la enfermedad renal que hacía complemento al entrenamiento del paciente; y daba seguimiento a los pacientes que ya estuvieran dentro del mismo.

Otra de las actividades designadas para los residentes de medicina conductual fue la organización e impartición de sesiones dentro del “Taller de apoyo psicológico para pacientes renales”, tratando los temas de: fomento a la adhesión al tratamiento, alteración de la dinámica familiar por la enfermedad renal y calidad de vida en la enfermedad renal.

Igualmente en las salas de espera se brindaban pláticas enfocadas a la prevención primaria de la enfermedad renal junto con las nutriólogas del servicio, con la finalidad de sensibilizar y concientizar a la población en general que acude al hospital acerca de la enfermedad.

Además se formó parte del comité organizador del Día Mundial del riñón, evento realizado el 14 de marzo, encargándose de actividades administrativas, de promoción, diseño y organización del evento, así como la impartición de una conferencia en el auditorio principal del hospital llamada “Enfermedad renal, paciente y familia”.

El evento consistió en la toma de estudios de laboratorio de sangre, orina y saliva gratuitos, después se entregaron box lunch y se les invitó a los pacientes a pasar al auditorio donde se brindaron tres conferencias, una relacionada con aspectos médicos, otra sobre nutrición y la última destinada a aspectos psicológicos. Al finalizar las pláticas se realizó una “expoventa”, actividad organizada por la residencia sólo con los pacientes de los diferentes servicios en donde se incluía al médico conductual, durante cual se vendieron productos hechos por ellos mismos como parte de técnicas de activación conductual.

Para concluir con el evento en junio se entregaron los resultados de los estudios de laboratorio por grupo de riesgo (estadio I, II, III, IV, V, hiperfiltración o normal) brindando recomendaciones médicas, nutricionales y psicológicas, conjuntando a un equipo interdisciplinario integrado por el Jefe de Servicio, pasantes de nutrición y residentes de medicina conductual.

Dentro de las actividades académicas se continuaron con las clases de exposición de casos clínicos y sesiones bibliográficas que se tenían desde la primera rotación, actividades importantes para la formación del perfil del residente.

Características de la población atendida

La rotación por Nefrología comprendió el período de noviembre de 2012 a junio de 2013. Durante la estancia en el servicio se realizaron 464 intervenciones en las diferentes áreas, de las cuales el 56% fueron a pacientes del sexo femenino y 44% del sexo masculino.

El 56.34% de las intervenciones fueron realizadas en hospitalización, el 32.68% en hemodiálisis, el 8.38% en consulta externa, y el 2.58% restante se atendió en el área de DPCA. Las edades de los pacientes comprendieron un intervalo bastante amplio que fue desde los 17 a los 85 años.

El número de intervenciones mensuales dependía de las demandas del área por la que rotabas internamente y de las actividades asignadas paralelamente como la impartición del taller, las pláticas preventivas, la organización del día mundial del riñón o de actividades académicas (ver Figura 13).

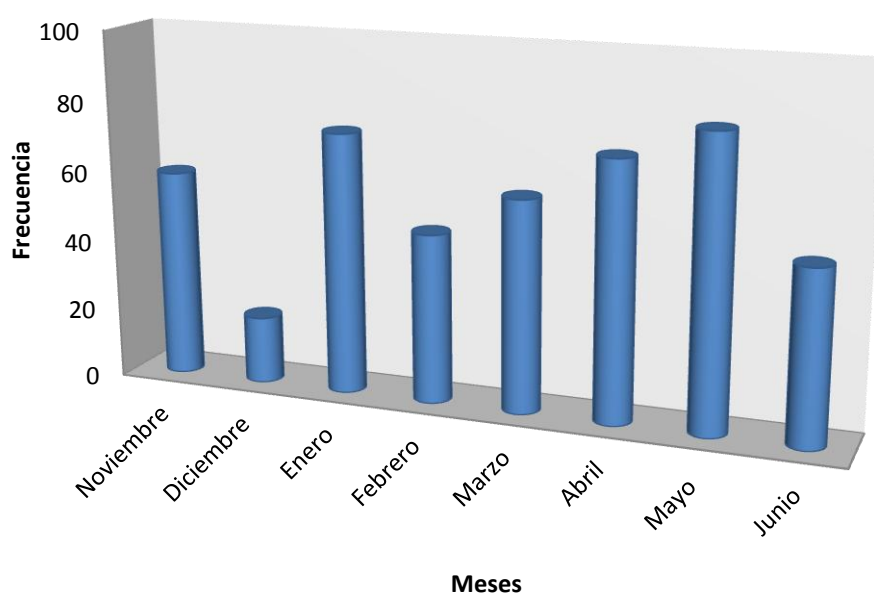


Figura 13. Número de intervenciones al mes en la segunda rotación.

Se atendieron a 148 pacientes de primera vez y a 316 subsecuentes. Todos los pacientes atendidos tenían el diagnóstico de insuficiencia renal crónica en diferentes estadios, sin embargo la mayoría se encontraba en estadio 5 (ERC5).

La atención a familiares así como la terapia breve fueron los abordajes más utilizados. Representando la atención a pacientes el 84%, y a los familiares el 16% (ver Figura 14).

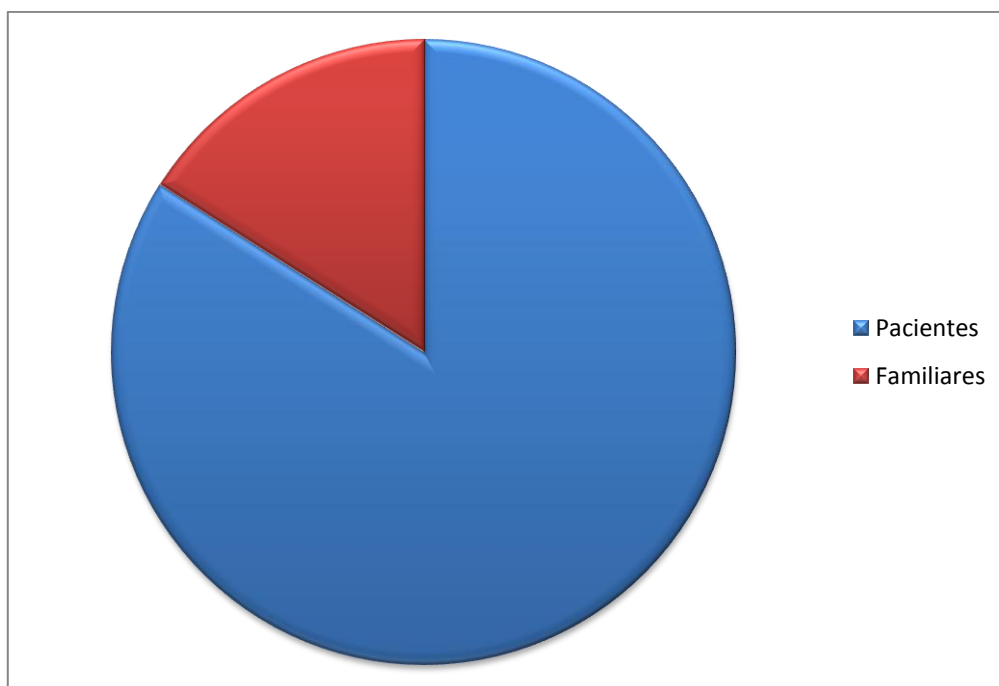


Figura 14. Porcentaje de la atención a pacientes y a familiares.

Por las condiciones socioeconómicas de la población atendida, los pacientes ingresaban a hospitalización con ERC5 y con la necesidad de un tratamiento sustitutivo, sin antes llevar un tratamiento para el daño renal. Por lo que el trabajo principal con estos pacientes así como con los familiares, fue la psicoeducación acerca de la enfermedad y tratamientos, conjuntamente con la planeación de cambios en el estilo de vida y dinámica familiar mediante la técnica de solución de problemas (ver Figura 15).

En el área de hemodiálisis al tener los mismos pacientes programados, se puede realizar intervenciones estructuradas especialmente en relación al fomento a la adhesión al tratamiento, con técnicas como la de control de estímulos, también las máquinas ofrecen la oportunidad de realizar técnicas de

relajación muscular progresiva o retroalimentación biológica ofreciendo datos objetivos sobre sus cambios en frecuencia cardiaca o presión arterial. A los pacientes que llevaban un buen control medico y nutricional simplemente se les brindaba seguimientos y monitoreo (ver Figura 15).

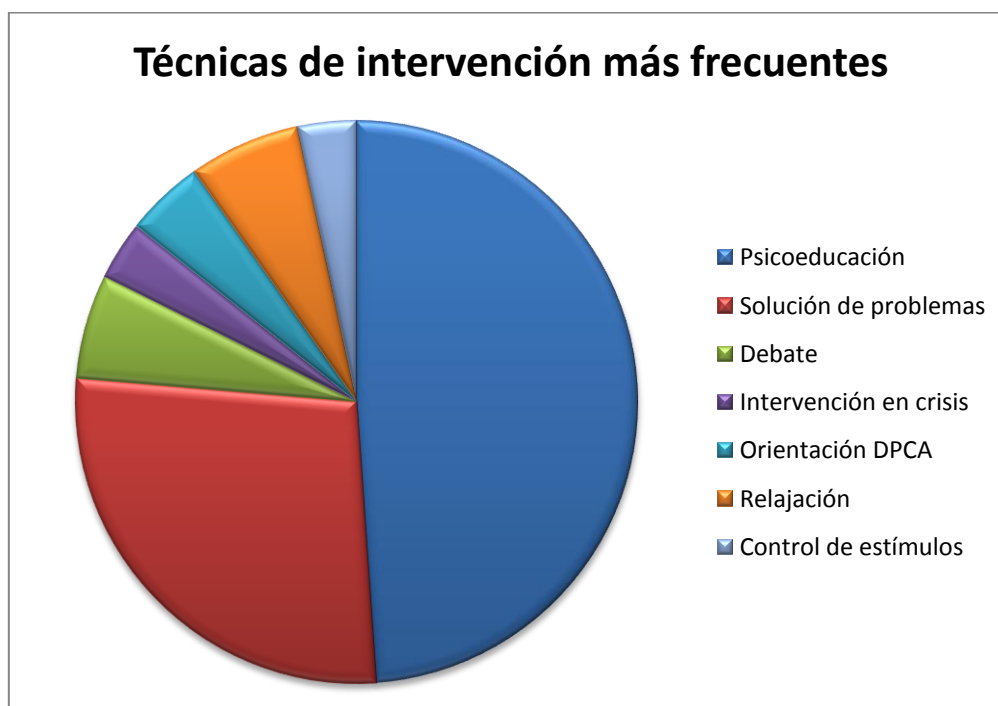


Figura 15. Porcentaje de las técnicas de intervención más utilizadas durante la primera rotación.

Evaluación del servicio

Del servicio

En el transcurso de este segundo año el servicio permitió a la residente ampliar sus conocimientos y realizar intervenciones en un servicio con rotaciones internas, estas áreas permiten el manejo de pacientes de acuerdo a sus características específicas.

En el servicio de Nefrología las tareas para el psicólogo se encontraban bien puntualizadas en cada área, además de que el personal que labora en cada una de ellas tomaba en cuenta el papel del médico conductual en la atención del paciente. Además el personal tenía la disposición para realizar un trabajo en equipo, en especial la Jefa del servicio, quien tomaba en cuenta la

evaluación psicológica para tomar decisiones en el manejo del tratamiento médico.

Cabe destacar que aunque la mayoría del personal estaba dispuesta al trabajo en equipo, alguna minoría se encontraba desinteresada, a menos que el psicólogo tomara la iniciativa para discutir los casos.

Para dar consulta externa existía un espacio, dentro del consultorio de Nefrología después de que la consulta médica terminaba, sin embargo éste no era exclusivo, era compartido con nutrición simultáneamente. Lo cual afectaba la confidencialidad y dificultaba el trabajo con el paciente.

De las actividades

Clínicas

Las actividades clínicas en esta segunda rotación continuaron con la obtención de habilidades propuestas para el egresado en Medicina Conductual. El servicio brindaba la posibilidad de realizar intervenciones con pacientes renales en cuatro áreas, por lo que el manejo con cada una de ellas es diferente, brindando la experiencia completa en el manejo del paciente con enfermedad renal y enriqueciendo la adquisición de competencias.

Asimismo la posibilidad de atender pacientes en todo el trascurso de una enfermedad crónica brindó la experiencia en el diseño y aplicación de intervenciones útiles para el desarrollo profesional.

Académicas

La continuación de las clases, tanto bibliográfica como revisión de casos clínicos, en este segundo año sirvieron para ampliar el conocimiento de la atención de los pacientes con enfermedades crónicas ya con un año de experiencia clínica.

La experiencia de la primera rotación ofreció la posibilidad de ser más críticos y creativos en cada clase: en las sesiones de casos clínicos lo fue en el diseño de las intervenciones, y en las sesiones bibliográficas al ser más selectivos en los criterios de elección de los artículos.

De la supervisión

In situ

La supervisión en el hospital proporcionó la libertad de realizar intervenciones dentro del marco teórico cognitivo-conductual, brindando comentarios constructivos en el manejo del paciente.

Sin embargo, al igual que el año anterior la supervisión fue fundamentada en una teoría diferente, además de la poca oportunidad del intercambio de puntos de vista, pero la disposición al trabajo en equipo y profesionalismo siempre fueron su característica principal.

Asimismo el apoyo en el desarrollo del protocolo fue fundamental para su finalización y entrega dentro de la institución, cumpliendo con un requisito importante dentro de las actividades destinadas para este segundo año de la residencia, además de ser una vía de entrada al conocimiento y reconocimiento de nuestro trabajo por parte de directivos del hospital.

Académicas

En esta segunda rotación se tuvieron a dos supervisores académicos. Los cuales de manera similar impulsaron el desarrollo profesional de la residente, por lo que fueron piedras angulares en el desarrollo del protocolo y su finalización.

La supervisión de casos clínicos en el segundo año se orientó más profundamente en la fundamentación teórica de las intervenciones, con lo cual se obtuvo la mejor efectividad de los programas de intervención.

Comentarios y sugerencias

La enfermedad renal crónica es un problema de salud pública en aumento a consecuencia de enfermedades como la DM2 y la HAS, la cual implica altos costos en su atención, por lo que su prevención y manejo psicológico en la adhesión al tratamiento es de suma importancia.

Debido a las limitaciones mismas de la institución se restringe el tratamiento sustitutivo a los pacientes, por lo que las actividades preventivas están bien justificadas. Así que la experiencia dentro del servicio creo la perspectiva de que la prevención en cualquiera de sus niveles debería de ser el trabajo principal.

Por lo que realizar un evento como el Día Mundial del Riñón fue una oportunidad inigualable para efectuar una labor de prevención primaria en un ambiente hospitalario, e incorporar el papel del psicólogo en ésta tarea tan importante.

Además existe una amplia necesidad de impartir talleres o sesiones de terapia de grupo para atender las implicaciones psicológicas de los pacientes con enfermedad renal crónica, especialmente cuando se encuentran en el momento decisivo para tomar una terapia sustitutiva de la función renal a la cual la mayoría se rehúsa.

También se necesita realizar investigaciones para crear diseños de intervención diferenciales que vayan relacionados con las necesidades de atención dependiendo tanto de la etapa de la enfermedad como del tratamiento sustitutivo en el que se encuentren.

Pero para que el papel del médico conductual sea reconocido deben de realizarse investigaciones basadas en evidencias, específicamente orientadas a población mexicana y que se puedan incorporar como parte de programas integrales en la atención al paciente para éste padecimiento.

COMPETENCIAS ALCANZADAS

La residencia en Medicina Conductual permite alcanzar distintas competencias académicas, profesionales y personales. En general, concuerdan con aquellas propuestas por el programa de la maestría. En particular, las competencias adquiridas durante la residencia fueron las siguientes:

Clínicas

- Detectar y evaluar necesidades de atención psicológica en pacientes hospitalizados y sus familiares.
- Manejo de intervención en crisis tanto con el paciente como con familiares
- Manejo de técnicas cognitivo-conductuales: psicoeducación, relajación (respiración diafragmática, imaginación guiada, relajación muscular progresiva, relajación autógena), balance decisional, solución de problemas, manejo de contingencias, desensibilización sistemática, distracción cognitiva, debate empírico, habilidades sociales, control de estímulos, autocontrol.
- Diseñar intervenciones breves seleccionando técnicas cognitivo-conductuales adecuadas a las necesidades del paciente.
- Implementar y adaptar las técnicas seleccionadas a la etapa de desarrollo del paciente, así como a la fase de la enfermedad en la que se encuentra.
- Implementar y adaptar las técnicas seleccionadas a la fase de la enfermedad en la que se encuentra el paciente con ERC.
- Diseñar intervenciones para fomentar la adhesión al tratamiento en el paciente diabético y renal.
- Evaluación y diagnóstico de problemas psicológicos utilizando pruebas psicométricas y el DSM-IV.
- Evaluar la eficacia de programas de intervención.
- Realizar un trabajo psicológico profesional especializado en salud, desde una perspectiva multidisciplinaria.

Académicas

- Integración de fundamentos teóricos en la práctica clínica.
- Adquisición de conocimientos especializados en programas de intervención cognitivo-conductuales para distintas problemáticas.
- Conocimiento del proceso de salud-enfermedad.
- Conocimiento del manejo del paciente diabético de acuerdo a la etapa de la enfermedad: diagnóstico, tratamiento, consecuencias, comorbilidades.
- Conocimiento del manejo del paciente con ERC dependiendo de la etapa de la enfermedad y del tratamiento sustitutivo.
- Conocimiento de métodos de investigación para la evaluación del comportamiento.
- Desarrollo de habilidades de investigación.
- Desarrollo de habilidades de búsqueda de información.
- Fortalecimiento de habilidades de análisis y síntesis.
- Desarrollo del pensamiento crítico y constructivo.

Personales

- Trabajo en equipo interdisciplinario.
- Fortalecimiento de la empatía.
- Desarrollo de la tolerancia a la frustración.
- Manejo de habilidades de solución de problemas.
- Desarrollo de habilidades sociales y asertivas.
- Desarrollo de habilidades administrativas.
- Organización y manejo del tiempo.
- Aumento de la creatividad.
- Fortalecimiento del cuidado de salud personal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, H. L., Chaparro, L. C. & Rey, A. C. (2008). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. *Revista colombiana de psicología*, 17, 9-26.
- Alcántara, W., Flores, R. & Garmendia, F. (1999). Prevalencia y Riesgo de Amputación en Pacientes con Pie Diabético. *Anales de la Facultad de Medicina*, 60(3), 159 – 164.
- Álvarez, M. D. (2005). *Evaluación del apoyo familiar, conocimiento sobre la diabetes mellitus, dieta, su adherencia y su relación con el control glicémico en pacientes diabéticos*. Tesis de especialidad en Medicina Familiar. Inédita. Facultad de Medicina: Universidad de Colima.
- Álvarez, G.F. & Kirby, A.S. (2006). The perspectives of families of the critically ill patient: Their needs. *Current Opinion in Critical Care*, 12, 614–8.
- Álvarez-Uda, C. A. & Rebollo, A. P. (2008). Alteraciones psicológicas y de la calidad de vida relacionada con la salud en el paciente con enfermedad renal crónica estadios 3-5. *Nefrología*, supl. 3, 57-62.
- Amador-Díaz, M. B., Márquez-Celedonio, F. G. & Sabido-Sighler, A. S. (2007). Factores asociados al auto-cuidado de la salud en pacientes diabéticos tipo 2. *Archivos en Medicina Familiar*, 9(2), 99-107.
- Azzollini, S. & Bail, V. P. (2010). La relación entre el locus de control, las estrategias de afrontamiento y las prácticas de autocuidado en pacientes diabéticos. *Anuario de investigaciones de la Facultad de psicología UBA*, 17, 287- 297.

- Beckman, J. A., Creager, M.A. & Libby, P. (2008). Diabetes and atherosclerosis: epidemiology, pathophysiology, and management. *JAMA*; 287(19), 2570-81.
- Bellak, L. & Siegel, H. (1986). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México: Manual Moderno.
- Birk, L. (1973). *Biofeedback: behavioral medicine*. New York: Grune & Stratton.
- Brito, G.X., Aguilar, C.A., Rull, J.A. & Gómez, F.J. (2004) *Alimentación en la Diabetes. Una guía práctica para la prevención y el tratamiento*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Boulton, A. J., Kirsner, R.S. & Vileikyte, L. (2004). Clinical practice. Neuropathic diabetic foot ulcers. *New England Journal Medicine*, 351(1), 48-55.
- Caballo, V. (2008). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Calle-Pascual, A., Rodríguez, C., Camacho, F., Sánchez, R., Martín-Alvarez, P. & Yuste, E. (1992). Behavior modification in obese subjects with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 15, 157-162.
- Carrol, I. L. & Yates, B. (1981). Further evidence for the role of stimulus control training in facilitating weight reduction after behavioral therapy. *Behavior Therapy*, 12, 287-291.
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H., & Valdez, N. (2007). Afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Estrés y afrontamiento*, 1, 87-98.
- Castillo, G. E., De Haro P. E. & López, C. A. (2008). Implantación de un programa de educación sanitaria y seguimiento fármaco terapéutico a

pacientes con diabetes tipo 2 en una farmacia comunitaria. *Revista de la O.F.I.L.*, 18(3), 43-54.

Castro, G., Liceaga, G., Arriola, A., Calleja, J. M., Espejel, A., Flores, J., García, T., Hernández, S., López-Gavito, E., Martínez de Jesús, F., Jacobo-Nettel, F., Romero-Cabello, R., Rosas, J., Wachter, N., Cote, L., Guzmán, R. M., Bladinieres, E., Márquez, G. & Alvarez, E. R. (2009). Guía clínica basada en la evidencia para el manejo del pie diabético. *Medicina Interna de México*, 25(6), 481-526.

Clark, M. (2004) Adherence to treatment in patients with type 2 diabetes. *Journal of Diabetes Nursing*, 8(10), 386-391.

Chávez, M., & Tron, R. (2012). *Análisis descriptivo en Psicología. Aspectos Metodológicos y Estadísticos*. Cap. 6. México: UNAM-FESI.

Davies, M. J, Tringham, J. R, Troughton, J. & Khunti, K.K. (2004). Prevention of Type 2 diabetes mellitus. A review of the evidence and its application in a UK setting. *Diabetic Medicine*, 21(5), 403-14.

Eakin, E., Reeves, M. M., Marshall, A. L., Dunstan, D. W., Graves, N., Healy, G. N., Bleier, J., Barnett, A. G., O'Moore-Sullivan, T., Russell, A. & Wilkie, K. (2010). Living Well with Diabetes: a randomized controlled trial of a telephone-delivered intervention for maintenance of weight loss, physical activity and glycaemic control in adults with type 2 diabetes. *BMC Public Health*, 10, 452.

Fabián, M. G. S., García, C. F. S. & Cobo, C. A. (2010). Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su asociación con el tipo de tratamiento, complicaciones de la diabetes y comorbilidades *Medicina Interna de México*, 26(2) ,100-108.

Fabrazzo, M. & De Santo, R. (2006). Depression in Chronic Kidney Disease. *Seminars in Nephrology*, 26, 56-60.

- Gagliardino, J.J. & Etchegoyen, G. (2001). A model educational program for people with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 24, 1001-7.
- Gagliardino, J.J., Williams, R. & Clark, C.M. (2000). Using hospitalization rates to track the economic costs and benefits of improve diabetes care in the Americas: a proposal for health policy makers. *Diabetes Care*, 23, 1844-6.
- García, M. A., Sánchez, R. F., Amorós, C. S., Balaguer, A. F., Díez, A. M., Durán, T. M., González, G. M., Lastra, C. P., Sánchez, C. C. & Zaforteza, L. C. (2009). Desarrollo de una guía de atención a los familiares del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*, 21(1), 20-27.
- Glick, I. (1994). Effectiveness in psychiatric care. Psychoeducation and outcome for patients with major affective disorders and their families. *British Journal Psychiatry*, 164, 104-106.
- Gormally, J. & Rardin, D. (1981). Weight loss and maintenance and changes in diet and exercise for behavioral counseling and nutrition education. *Journal of Counseling Psychology*, 28(4), 295-304.
- Kruger, S. & Guthrie, D. (1992). Foot care: knowledge retention and self-care practices. *Diabetes Education*, 18, 487-490.
- Lamers, F., Jonkers, C.C.M., Bosmah., Knottnerus, J .A. & Vaneijkj, T.H.M. (2011). Treating depression in diabetes patients: does a nurse-administered minimal psychological intervention affect diabetes-specific quality of life and glycaemic control? A randomize controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 67(4), 788-799.
- Lazcano-Burciaga G, Rodríguez-Moran M, & Guerrero-Romero F. (1999). Eficacia de la educación en el control de la glucemia de pacientes con diabetes tipo 2. *Revista de Medicina IMSS*, 37, 39-44.

- Lee, L.Y. K. & Lau, Y.L. (2003). Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 490-500.
- Lee, H., Schepp, K., & Jung, Y. (2008). Testing a Theoretical Model Predicting Uncertainty and Depression in Patients Undergoing Renal Replacement Therapy in Korea. *Asian Nursing Research*, 2 (2), 92-101.
- Leske, J. S. (1991). Overview of family needs after critical illness: From assessment to intervention. *Clinical Issues in Critical Care Nursing*, 2, 220-9.
- Liao K. (2000). Cognitive-behavioral approaches and weight management: an overview. *Journal of the Royal Society of Health*, 120(1), 27-30.
- Magela Salome, G., De Souza Pellegrino, D. M., Blanes, L. & Masako Ferreira, L. (2011). Self-esteem in patients with diabetes mellitus and foot ulcers. *Journal of Tissue Viability*, 20, 100-106.
- Marvi, A., Bayazi, M. H., Rahmani, M. & Deloei, A. (2011). Studying the effect of cognitive behavioral group training on depression in hemodialysis patients. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 1831 – 1836.
- Mayfield, J. A., Reiber, G. E., Sanders, L. J., Janisse, D. & Pogach, L. M. (2000). Preventive foot care in people with diabetes. *Diabetes Care*; 21, 2161-77.
- Monteagudo L. A. M. & Segura P. J. M. (2010). Implementación de un programa de educación terapéutica mínimo para pacientes diabéticos hospitalizados que inician tratamiento con insulina. *Avances en Diabetología*, 26, 281-5.

- Morgan, C. L., Currie, C. J., Stott, N. C., Smithers, M., Butler, C. C. & Peters, J. R. (2000). The prevalence of multiple diabetes related complications. *Diabetes Medicine*, 17(1), 146-150.
- Nezu, A., Nezu, C. & Lombardo, E. (2004). *Cognitive-behavioral case formulation and treatment design. A problem-solving approach*. New York: Springer Publishing Company.
- Olivares, J. & Sánchez, A. I. (1998). Intervenciones conductuales y mejora de las conductas de autocuidado en sujetos diabéticos: meta-análisis de la literatura española. *Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 48, 16-25.
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2004) *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. Washington: Autor.
- Palumbo, P.J. & Melton, L.J. (2000). *Peripheral vascular disease and diabetes*. Washington: Government Printing Office.
- Pérez, J., Llamas, F. & Legido, A. (2005). Insuficiencia renal crónica: revisión y tratamiento conservador. *Archivos de Medicina*, 1, 1-10.
- Phares, J. & Trull, T. (1999). *Psicología clínica*. México: Manual Moderno.
- Ramiro, M., Lifshitz, A., Cherem, J. H. & Frati, A. C. (2008). *El internista. Medicina interna para internistas*. México: Nieto editores.
- Reynoso, E. L. & Seligson, I. (2005) *Psicología Clínica de la Salud. Un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.
- Reynoso-Erazo, L., Hernández-Manjarrez, M. E., Bravo-González, M. C. & Anguiano-Serrano, S. A. (2011). Panorama de la residencia en Medicina Conductual de la UNAM. *Revista de Educación y Desarrollo*, 17, 43-49.

- Rolland J. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad*. Barcelona: Gedisa.
- Roth, E. (1990). Aplicaciones comunitarias de la Medicina Conductual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 22(1), 27-50.
- Sagawa, M. Oka, M. & Chaboyer, W. (2003). The utility of cognitive behavioural therapy on chronic haemodialysis patients' fluid intake: a preliminary examination. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 367–373.
- Schwartz, G. & Weiss, S. (1978). Yale Conference on behavioral medicine: a proposed definition and statement goals. *Journal of behavioural Medicine*, 1, 3-12.
- Selli, L., Kauffmann P. L., Nazareth M. S. & Zapico T. J. (2005). Técnicas educacionales en el tratamiento de la diabetes. *Cad. Saúde Pública*, 21(5), 1366-1372.
- Shoenberg, M. & Shiloh, S. (2002). Hospitalized patients' view on in-ward psychological counseling. *Patient education and counseling*; 48: 123-129.
- Singh, N., Armstrong, D. & Lipsky, B. (2005). Preventing Foot Ulcers in Patients With Diabetes. *Journal of the American Medical Association*, 293(2), 217-228.
- Simmons, D., Meadows, K. A. & William, D.R. (1991). Knowledge of diabetes in Asians and Europeans with and without diabetes: the Coventry Diabetes Study. *Diabetic Medicine*, 8, 651-6.
- Siminerio, L.M. (1999). Defining the role of the health education specialist in the United States. *Diabetes Spectrum*, 12, 152-7.
- Slaikue, K (1996). *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*. México: Manual Moderno.

- Soler, T. M., Capdevila, E., Miralles, M. N., Vidiella, B. M., Costa, J. J. Llambrich, A. J. & Hernández, M. (1997). Autocuidado y factores de riesgo de pie diabético en pacientes con diabetes mellitus tipo II. *Atención Primaria*, 20, 186-90.
- Suárez. R., García, R., Álvarez, R. & Edreira, J. (2001). Conocimientos, destrezas y conductas ante el cuidado de los pies en un grupo de amputados diabéticos. *Revista Cubana de Endocrinología*, 12(2), 93-104.
- The DCCT Research Group (1996). Influence of intensive diabetes treatment on quality of- life outcomes in the Diabetes Control and Complications Trial. *Diabetes Care*, 19, 195-203.
- UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group (1998). Intensive blood glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk complications in patients with type 2 diabetes. *Lancet*, 352, 837-53.
- Valderrabano F., Jofre, R. & López-Gómez, J. (2001). Quality of life in end-stage renal disease patients. *American Journal of Kidney Diseases*, 38, 443-464.
- Vatankhah N, Khamseh, M. E., Noudehc, Y. J., Aghilib, R., Baradarand, H. R. & Haerib, N. S. (2009). The effectiveness of foot care education on people with type 2 diabetes in Tehran, Iran. *Primary care diabetes*, 3, 73–77.
- Vázquez-Mata, I., Vital-Flores, S., Bravo-González, M. C., Jurado-Cárdenas, S. & Reynoso Erazo, L. (2009). Retroalimentación biológica y relajación en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 1(2), 35-43.

- Vedhara, K., Beattie A., Metcalfe, C., Roche, S., Weinman, J., Cullum, N., Price P., Dayang, C., Cooper, A. R., Campbell, R. & Chalder, T. (2012). Development and preliminary evaluation of a psychosocial intervention for modifying psychosocial risk factors associated with foot re-ulceration in diabetes. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 323-332.
- Walker, R. & Rodgers, J. (2005) *Diabetes. Guía Práctica para el manejo de la salud*. México. Editorial Diana.
- Welch, J. & Hawkins, C. (2005). Psycho-educational strategies to promote fluid adherence in adult hemodialysis patients: a review of intervention studies. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 597–608.
- Wing, R. R. (1993). Behavioral Treatment Obesity. Its application to type II diabetes. *Diabetes care*, 16(1), 193-199.
- Wing, R. R., Goldstein, M. G., Acton, K. J., Birch, L. L., Jakicic, J. M., Sallis, J. F., Smith-West, D., Jeffery, R. W. & Surwit, R. S. (2001). Behavioral science research in diabetes: lifestyle changes related to obesity, eating behavior, and physical activity. *Diabetes Care*, 24(1), 117-123.

ANEXO 1

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

**PROGRAMA DE AUTOCUIDADOS DE LOS PIES EN PACIENTES DIABÉTICOS**

¿Has sido diagnosticado con Diabetes Mellitus tipo 2?

¿Te han surgido dudas acerca de: por qué se presenta la enfermedad, cuál es su tratamiento médico o alimenticio, cómo cambia tu vida y los cuidados necesarios para proteger tus pies?

Sabias que: entre más información tengan las personas sobre la enfermedad y su tratamiento, así como de las conductas de autocuidado necesarias, pueden prevenir las consecuencias de la DM2, como el pie diabético y con ello tener una mejor calidad de vida.

Es por ello que el hospital se esfuerza por ofrecerte una atención de calidad e individualizada, y te brinda un programa donde podrás aprender más acerca de la enfermedad y resolver dudas en un ambiente de confianza.

Si te gustaría participar sólo tienes que mandar un mail al correo: vizalyz@hotmail.com o llamar al cel: 0445523323559 para programar una cita.

¡Te esperamos!

El programa NO tiene costo.

ANEXO 2



Universidad Nacional Autónoma de México

Maestría en Psicología

**Manual de Intervención Cognitivo-Conductual
para aumentar conductas de autocuidado de los pies diabéticos.**

Elaborado por:

Lic. en Psicología. Ivonne Lizbeth Vizcarra Zamora

R2 Medicina Conductual

Introducción

La transición epidemiológica ha traído una serie de enfermedades crónico degenerativas cuyas complicaciones merman de manera importante la calidad de vida de las personas, especialmente las relacionadas con la diabetes mellitus tipo 2, siendo el pie diabético una de las causas principales de hospitalización, así como causa de incapacidad temporal que podría convertirse en invalidez permanente para el trabajo.

Es por ello que surge la necesidad de crear intervenciones psicológicas preventivas breves y efectivas en el cambio conductual para aumentar conductas de autocuidado y prevenir consecuencias de la enfermedad.

Por lo que el presente manual tiene como objetivo desarrollar una intervención cognitivo conductual dirigida a aumentar las conductas de autocuidado de los pies en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

El trabajo está dirigido a psicólogos entrenados en el manejo de técnicas cognitivo conductuales con pacientes con alguna enfermedad orgánica especialmente para el manejo de conceptos y procedimientos.

La intervención consistirá en 3 etapas, descritas a continuación:

En la primera etapa se obtendrán los datos del paciente y se hará la evaluación de la frecuencia de conductas de autocuidado de los pies en los pacientes incluidos en la investigación, tomando tres semanas como línea base, en la cual las conductas se registrarán en una lista de chequeo.

La segunda etapa será la aplicación del programa con duración aproximada de 9 sesiones. La primera sesión consistirá en la exposición de información abarcando aspectos básicos de la DM2.

En la segunda sesión se expondrán las implicaciones psicológicas en el autocuidado de los pies en el paciente diabético. En la tercera sesión se utilizará la técnica de modelado para mostrar al paciente la manera en la que se deben realizar las conductas incluidas en la lista de chequeo.

Durante la cuarta, quinta, sexta y séptima sesiones se aplicará la técnica de control de estímulos para favorecer las conductas de autocuidado de los pies en el paciente. Y en la octava sesión se aplicará la misma técnica para la adhesión a la toma de medicamentos, a la dieta y a la actividad física.

Por último, en la novena sesión se hará un resumen de lo realizado durante las sesiones a manera de conclusión y cierre del tratamiento. Brindando además retroalimentación del avance obtenido por el paciente.

La última etapa es el seguimiento, cuyo objetivo será verificar si después de un mes continua el aumento en las conductas de autocuidado de los pies.



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
MEDICINA CONDUCTUAL

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

PACIENTE	Fecha:	Edad:	Sexo:		
FORMACIÓN					
Leer/escribir	Primaria	Secundaria	Preparatoria/Carrera técnica	Licenciatura	Posgrado
HÁBITOS					
Fumador	NO	SI: cigarros diario: <1	11-20	>20	exfumador
Alcohol	NO	SI: consumo diario: 1-2 copas	2-5 copas	>5 copas	
Té-café	NO	SI: consumo diario: 1-2 vasos	2-5 vasos	>5 vasos	
Régimen alimenticio	NO	SI	Come en casa:	SI	NO
Ejercicio físico	NO	SI: horas/semana: 1	2-4	5-7	<7
REVISIONES			PERIODICIDAD		
BOCA	SI	NO	Uno/año	Dos/año	Tres/año
			Más		
PIES	SI	NO	Uno/año	Dos/año	Tres/año
			Más		
COMPLICACIONES EN EL ÚLTIMO AÑO					
	No	Una	Dos	Tres-Cinco	Más de cinco
Cetoacidosis	No	Una	Dos	Tres-Cinco	Más de cinco
INGRESOS HOSPITALARIOS EN EL ÚLTIMO AÑO					
Causados por la diabetes:	No	Una	Dos	Tres-Cinco	Más de cinco
Otras causas:	No	Una	Dos	Tres-Cinco	Más de cinco
OTRAS ENFERMEDADES					
Hipertensión	Dislipidemias		Ácido úrico		
Cardiovasculares					
Otras:					



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
MEDICINA CONDUCTUAL

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Nombre:	Sexo:
Edad:	Estado civil:
Ocupación:	Escolaridad:
Religión:	Lugar de origen/residencia:
No. De hermanos:	Posición que ocupa:
No. De hijos:	Dx médico:

DATOS RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD

Nivel de la glucemia en ayuno en los últimos tres meses (valor promedio)	
Edad al momento del diagnóstico	
Tiempo de evolución de la diabetes	

CRITERIOS DE CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO

COMPORTAMIENTOS	Si	No
Acude a recibir atención al servicio de nutrición		
Se apega a la dieta		
Sigue el tratamiento farmacológico		
Practica ejercicio en forma regular		
Auto-explora sus pies		
Asiste a platicas informativas sobre su enfermedad		
Cumple con las citas médicas		

CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

TEST DE MORISKY-GREEN	SI	NO
¿Se le olvida tomar alguna vez los medicamentos?		
¿Los toma a la hora indicada?		
Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomarlos?		
Si alguna le sienta mal, ¿deja de tomarlos?		

LISTA DE CHEQUEO

Fecha de inicio: _____.

Fecha de término: _____.

PARTE I. Instrucciones: Marque con una X si llevó a cabo la conducta enunciada.

CONDUCTAS	DÍAS DE LA SEMANA						
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
HIGIENE							
<i>Lavado:</i>							
Utilizó agua tibia							
Utilizó jabón neutro							
Dejó los pies menos de 5 minutos en el agua							
Lavó las zonas debajo de y entre los dedos							
<i>Secado:</i>							
Secó suavemente entre los dedos con una toalla							
Evitó la fricción con la toalla							
<i>Hidratación:</i>							
Utilizó crema hidratante							
Evito aplicarse crema entre los dedos							
Aplicó crema en la planta del pie, dorso y toda la pierna hasta la rodilla							
Evitó utilizar talcos, polvos, aerosoles o desodorantes							
CALZADO							
Utilizó calzado ligero y flexible, sin costuras interiores							
Utilizó zapatos de tacón de 2 a 2.5 cm							
Utilizó zapatos cómodos y a la medida							
Revisó el interior de los zapatos para observar que no tengan grietas, forro despegado, clavos, piedras o irregularidades							
Cambió los calcetines o las medias							
NO caminó descalzo							
Utilizó calcetines a la medida de preferencia de algodón							
INSPECCIÓN							
Examinó los pies en busca de irregularidades							

Observaciones: _____

PARTE II.

Última fecha en que se cortó las uñas de los pies: _____.

Instrucciones: Marque con una X si llevo a cabo la conducta enunciada.

CONDUCTA	DIAS DE LA SEMANA						
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
<i>Cuidado de las uñas:</i>							
Cortó las uñas utilizando tijeras con punta redonda							
Cortó las uñas después del baño cuando están más blandas							
Las corto horizontalmente, dejando rectos los bordes de las uñas							
Limó las uñas con lima de cartón							
Cortó las uñas dejando en el borde al menos 1mm							

Preevaluación

Objetivo: Identificar las conductas de autocuidado de los pies antes de la intervención para crear una línea base de éstas durante tres semanas.

Actividades del terapeuta: Explicar la manera en la que se llenara la lista de chequeo. Y se aplicarán los cuestionarios sobre conocimientos de la enfermedad.

El establecimiento de la agenda u orden del día

Para lograr el objetivo de la sesión se le brindará al paciente tres listas de chequeo correspondientes a las tres semanas de línea base. Y se aplicarán lo cuestionarios sobre conocimientos de la enfermedad.

Las tareas de casa

Se le pide al paciente que llene las listas de chequeo.



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
MEDICINA CONDUCTUAL

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS DEL PACIENTE SOBRE LA
DIABETES

Para las siguientes preguntas marque su opinión sobre la frase de acuerdo con la siguiente escala:

Frases	De acuerdo	No sé	Desacuerdo
El diabético que toma pastillas o se inyecta insulina NO necesita hacer dieta			
La diabetes puede afectar el riñón, los ojos, la circulación y los pies			
Los hijos de un diabético tienen más posibilidades de ser diabéticos			
Un diabético goza menos la vida que un no diabético			
La gente obesa se vuelve diabética más fácilmente			
La diabetes es curable			
El cigarro favorece las complicaciones de la diabetes			
Los pies del diabético necesitan cuidados especiales			
El ejercicio disminuye el azúcar en la sangre			
El diabético debe llevar una dieta especial			
El paciente diabético debe ser revisado por el oculista, cuando menos una vez al año			
Cuando el médico prescribe insulina, es necesario aplicársela			
La medicina natural (tés, plantas, raíces, aguas mágicas, etc.) son más útiles para controlar la diabetes que el tratamiento prescrito por el médico			
El diabético debe disminuir su actividad social			
La diabetes interfiere con las oportunidades de trabajo			
Al paciente diabético le incomoda hablar de su enfermedad con otras personas			
La diabetes disminuye la actividad sexual en el hombre			
Debe recomendarse a las familias de un diabético que examine su glucosa periódicamente			
El diabético debe acudir con frecuencia a su consulta médica			



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
MEDICINA CONDUCTUAL

CONTROL DE LA DIABETES	SI	NO	No se
1. ¿La diabetes siempre tiene síntomas?			
2. ¿Cree que la diabetes tiene cura?			
3. ¿Puede tener complicaciones no controlar la diabetes?			
4. ¿Los problemas renales y la pérdida de la vista pueden aparecer como consecuencia del mal control del azúcar en sangre?			
5. ¿Los síntomas de hipoglucemia son: sudoración fría, temblores, hambre, debilidad, mareos, palpitaciones, etc.?			
6. ¿En caso de hipoglucemia tomaría azúcar?			
7. ¿Los síntomas de hiperglucemia son: sed, cansancio, necesidad de orinar, náuseas y vómitos?			
8. ¿Todas las personas con diabetes toman pastillas?			
9. ¿Para el control de la diabetes son más importantes los medicamentos que el ejercicio y la dieta equilibrada?			
10. ¿El ejercicio regular disminuye el azúcar en sangre?			
11. ¿Un diabético puede comer pan?			
12. ¿Un diabético debe comer sólo tres veces al día?			
13. ¿Un diabético debe comer algo a media mañana y a media tarde?			
14. ¿Un diabético debe tener especial cuidado de sus pies?			
15. ¿Es más importante la revisión ocular en los diabéticos que en los no diabéticos?			
16. ¿El exceso de peso puede ser perjudicial en la diabetes?			
17. ¿Cree que el tabaco empeora la evolución de la enfermedad?			
18. ¿Es importante el control del colesterol en los diabéticos?			
19. ¿Es importante el control de la presión arterial en los diabéticos?			
20. ¿Es aconsejable tomar complejos vitamínicos con antioxidantes?			

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS DE LA ENFERMEDAD

1. ¿Qué es la diabetes mellitus tipo 2?

2. ¿Qué es la glucosa?

3. ¿Qué función tiene la insulina?

4. ¿Cuáles son los principales síntomas de la diabetes?

5. ¿Cuáles son las principales consecuencias de la diabetes?

6. ¿Por qué las personas con diabetes necesitan un cuidado especial de los pies?

7. ¿Cuáles son los principales cuidados en los pies que necesita tener un diabético?

Sesión 1

Objetivo: Que el paciente identifique los aspectos básicos de la enfermedad para mejorar el cumplimiento del tratamiento.

Actividades del terapeuta: Dar información al paciente sobre aspectos básicos en DM2.

El establecimiento de la agenda u orden del día

Para lograr el objetivo de la sesión se les mostrará una presentación en Power Point y posteriormente se aplicará los cuestionarios sobre conocimientos de la enfermedad hechos en la pre-evaluación.

El contenido de la sesión

Los temas que se darán a conocer son:

1. Etiología de la diabetes.
2. Triada del tratamiento: dieta, ejercicio y medicación.
3. Posibles complicaciones.
4. Signos y síntomas de una hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, fatiga, visión borrosa y pérdida de peso.
5. Posibles causas de una hiperglucemia
6. Importancia de seguir la dieta y el programa de ejercicio prescritos.
7. Explicación del porque los diabéticos tienen mayor riesgo de tener problemas en los pies y la importancia de notificar cualquier lesión o cambio en el pie.
8. Importancia del cuidado y examen diario del pie.
9. Modos de impedir lesiones en el pie.

Las tareas de casa

Se le pide al paciente que continúe llenando la lista de chequeo.

Elicitación de la realimentación del cliente

Se le pide al paciente que dé su opinión sobre el trabajo que se realizó durante la sesión y lo que le pareció más importante.

Sesión 2

Objetivo: Que el paciente identifique las implicaciones psicológicas de la DM2, cómo le afectan para su adhesión al tratamiento y que así vea la necesidad de cambio y los beneficios de este cambio.

Actividades del terapeuta: Brindar información al paciente sobre las implicaciones psicológicas de la enfermedad.

La revisión de tareas de casa

Se revisa que el paciente haya traído la lista de chequeo.

El establecimiento de la agenda u orden del día

Para lograr el objetivo de la sesión se les mostrará una presentación en Power Point.

El contenido de la sesión

Los temas que se darán a conocer son:

- Dificultades en la aceptación del diagnóstico.
- Cambio en el estilo de vida del paciente.
- Dificultades en la adherencia al tratamiento.

Las tareas de casa

Se le pide al paciente que continúe llenando la lista de chequeo.

Elicitación de la realimentación del cliente

Se le pide al paciente que dé su opinión sobre el trabajo que se realizó durante la sesión y lo que le pareció más importante.

Sesión 3

Objetivo: Que el paciente reproduzca las conductas incluidas en la lista de chequeo.

Actividades del terapeuta: El terapeuta funge como modelo para efectuar las conductas incluidas en la lista de chequeo mediante un modelado encubierto.

La revisión de tareas de casa

Se revisa que el paciente haya traído la tarea.

El establecimiento de la agenda u orden del día

Para lograr el objetivo se tomarán en cuenta los cuatro procesos básicos implicados en el proceso de modelado (atención, retención, reproducción y motivación).

El contenido de la sesión

El modelado seguirá los siguientes pasos elementales:

1. El modelo describe verbalmente las conductas establecidas.
2. El terapeuta solicita al cliente que imagine vívidamente la conducta descrita.
3. Instruir al cliente para que lleve a la práctica lo aprendido en la sesión.
4. Apoyar al cliente durante la imaginación (señales verbales) y proporcionar feedback positivo.
5. Realizar los ensayos necesarios hasta la consolidación de la conducta.
6. Planificación de tareas terapéuticas entre las sesiones.

Las tareas de casa

Se le pide al paciente que realice todos los días las conductas establecidas y continúe con la lista de chequeo.

Elicitación de la realimentación del cliente

Se le pide al paciente que dé su opinión sobre el trabajo que se realizó durante la sesión y lo que le pareció más importante.

Sesión 5

Objetivo: Que el paciente clasifique los estímulos que favorecen y dificultan su autocuidado de los pies por nivel de complejidad.

Actividades del terapeuta: Realizar la técnica de control de estímulos para aumentar conductas de autocuidado de los pies.

El establecimiento de la agenda u orden del día

Se le pedirá al paciente que jerarquice la lista de condiciones que influyen de manera positiva y negativa en el autocuidado de los pies en tres niveles de complejidad (fácil, intermedia y difícil). Al final se procura que el paciente trabaje para maximizar la cantidad de factores positivos y elimine los negativos del nivel más sencillo.

El contenido de la sesión

Fácil	
Favorecen	Dificultan

Intermedio	
Favorecen	Dificultan
Difícil	
Favorecen	Dificultan

Las tareas de casa

Se le pide al paciente que en casa lleve a cabo las condiciones que favorezcan las conductas y que elimine las condiciones que las dificultan del nivel de complejidad fácil. Y que continúe llenando la lista de chequeo.

La revisión de tareas de casa

Se revisa que el paciente haya traído la lista de chequeo.

Elicitación de la realimentación del cliente

Se le pide al paciente que dé su opinión sobre el trabajo que se realizó durante la sesión y lo que le pareció más importante.

Sesión 8

Objetivo: Que el paciente generalice la técnica de control de estímulos para aumentar su adhesión a la toma de medicamentos, a la dieta y a la actividad física.

Actividades del terapeuta: Realizar la técnica de control de estímulos para aumentar conductas de adhesión a la toma de medicamentos, a la dieta y a la actividad física.

El establecimiento de la agenda u orden del día

Se le pedirá al paciente que cree una lista de condiciones que influyen de manera positiva y negativa en el seguimiento de la dieta, toma de medicamentos y realización de actividad física. Al final se procura que el paciente trabaje para maximizar la cantidad de factores positivos.

El contenido de la sesión

CONDICIONES QUE FAVORECEN EN LA TOMA DE MEDICAMENTOS

CONDICIONES QUE DIFICULTAN LA TOMA DE MEDICAMENTOS

Clasificación de los estímulos de la toma de medicamentos	
Fácil	
Favorecen	Dificultan
Intermedio	
Favorecen	Dificultan
Difícil	
Favorecen	Dificultan

Clasificación de los estímulos del seguimiento de la dieta	
Fácil	
Favorecen	Dificultan
Intermedio	
Favorecen	Dificultan
Difícil	
Favorecen	Dificultan

Clasificación de los estímulos de la actividad física	
Fácil	
Favorecen	Dificultan
Intermedio	
Favorecen	Dificultan
Difícil	
Favorecen	Dificultan

Sesión 9

Objetivo: Que el paciente exprese dudas y opiniones acerca del tratamiento.

Actividades del terapeuta: Hacer un resumen de las sesiones anteriores a manera de conclusión y cierre del tratamiento

La revisión de tareas de casa

Se revisa que el paciente haya traído la lista de chequeo. Se le pregunta al paciente acerca de la realización de la tarea y cómo lo ha logrado.

El establecimiento de la agenda u orden del día

El terapeuta brindará un resumen de lo trabajado en sesiones anteriores. Posteriormente el paciente dará su opinión sobre el trabajo realizado durante la intervención. Por último se sensibilizará en el llenado de las listas de chequeo para su postevaluación.

Seguimiento

Objetivo: Determinar si el paciente continúa con el aumento de las conductas de autocuidado de los pies un mes después del cierre del tratamiento.

El establecimiento de la agenda u orden del día

Se brindará retroalimentación del avance obtenido por el paciente. Se orientará acerca de la necesidad o no de la continuación de una atención psicológica.

ANEXO 3**LISTA DE CHEQUEO**

Fecha de inicio: _____.

Fecha de término: _____.

PARTE I. Instrucciones: Marque con una X si llevó a cabo la conducta enunciada.

CONDUCTAS	DÍAS DE LA SEMANA						
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
HIGIENE							
<i>Lavado:</i>							
Utilizó agua tibia							
Utilizó jabón neutro							
Dejó los pies menos de 5 minutos en el agua							
Lavó las zonas debajo de y entre los dedos							
<i>Secado:</i>							
Secó suavemente entre los dedos con una toalla							
Evitó la fricción con la toalla							
<i>Hidratación:</i>							
Utilizó crema hidratante							
Evitó aplicarse crema entre los dedos							
Aplicó crema en la planta del pie, dorso y toda la pierna hasta la rodilla							
Evitó utilizar talcos, polvos, aerosoles o desodorantes							
CALZADO							
Utilizó calzado ligero y flexible, sin costuras interiores							
Utilizó zapatos de tacón de 2 a 2.5 cm							
Utilizó zapatos cómodos y a la medida							
Revisó el interior de los zapatos para observar que no tengan grietas, forro despegado, clavos, piedras o irregularidades							
Cambió los calcetines o las medias							
NO caminó descalzo							
Utilizó calcetines a la medida de preferencia de algodón							
INSPECCIÓN							
Examinó los pies en busca de irregularidades							

Observaciones: _____

PARTE II.

Última fecha en que se cortó las uñas de los pies: _____.

Instrucciones: Marque con una X si llevo a cabo la conducta enunciada.

CONDUCTA	DIAS DE LA SEMANA						
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
<i>Cuidado de las uñas:</i>							
Cortó las uñas utilizando tijeras con punta redonda							
Cortó las uñas después del baño cuando están más blandas							
Las corto horizontalmente, dejando rectos los bordes de las uñas							
Limó las uñas con lima de cartón							
Cortó las uñas dejando en el borde al menos 1mm							

ANEXO 4**CASOS CLÍNICOS**

Los siguientes casos son intervenciones psicológicas realizadas durante mi estancia por el Hospital Juárez de México. El primero de ellos corresponde al primer año en el servicio de Medicina Interna mientras que el segundo pertenece al servicio de Nefrología.

Caso 1.

Ficha de identificación

Nombre: BEQA	Sexo: femenino
Edad: 39	Estado civil: divorciada
Ocupación: Ayudante en una cocina	Escolaridad: primaria completa
Religión: católica	Lugar de origen/residencia: Edo. De México/D.F.
No. De hermanos: 8	Posición que ocupa: 6/9
No. De hijos: 2	Dx médico: DM2/HAS/ hipotiroidismo/pie diabético.

Motivo de consulta

La paciente es referida por el médico tratante debido a que es una persona joven y se le realizará una amputación infra condilea del miembro pélvico izquierdo. Sin embargo, el médico adscrito no refiere haber observado ningún tipo de sintomatología ansiosa o depresiva.

Durante la entrevista inicial la paciente pide la atención psicológica ante sentimientos de tristeza y ansiedad ante la operación, “me siento desconsolada con todo esto” (sic paciente).

Antecedentes personales no patológicos

- Desarrollo prenatal e infancia: el embarazo de la paciente no fue planeado. El parto fue natural y sin ninguna complicación. Fue la primera hija después de cinco hijos varones, por lo que la paciente refiere que su madre se alegró ante la noticia. Nació bajo una dinámica familiar

conflictiva, en la cual sus padres peleaban continuamente hasta llegar a los golpes. La paciente refiere haber comenzado a caminar y hablar a los dos años de edad.

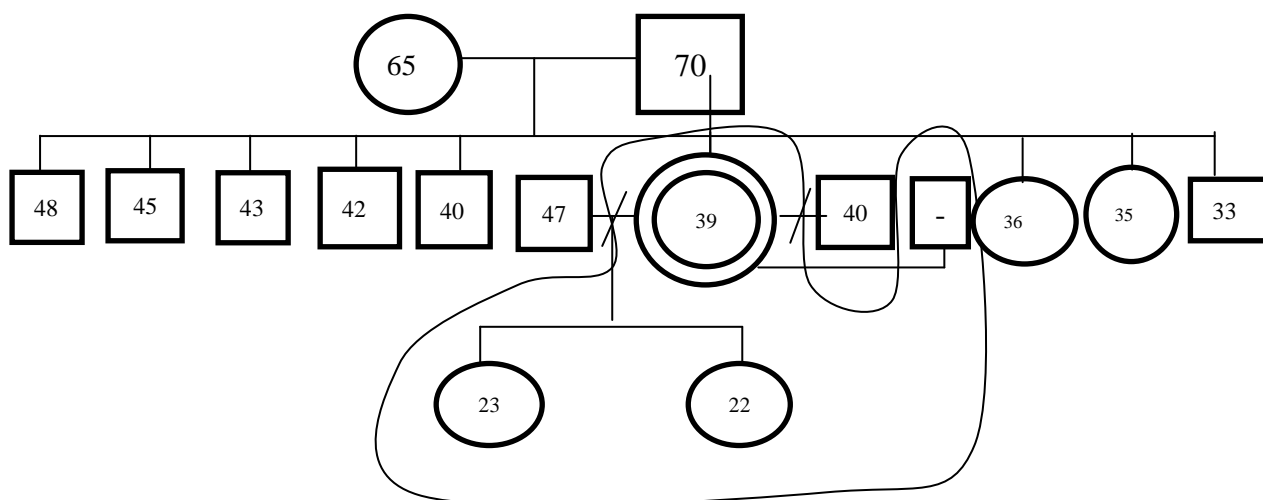
- Desarrollo preescolar (2 a 5 años): a la edad de tres años tuvo control de esfínteres sin complicaciones, a esa misma edad sufrió una fractura en el brazo debida a una caída mientras jugaba con sus hermanos mayores. A los 4 años sufrió de viruela. Un año después comenzó su educación preescolar durante sólo un año debido al descuido por parte de sus padres a consecuencia de continuos conflictos en su relación de pareja. Menciona que la relación con sus hermanos era buena porque cuidaban de ella por ser mujer.
- Niñez (5 a 12 años): durante la primaria menciona haber tenido múltiples problemas con la disciplina, en cuarto, quinto y sexto año presentó peleas constantes a golpes con compañeras de su salón de clases. Su rendimiento fue regular con un promedio de 8. Asimismo, hace mención del abandono de su padre a la edad de seis años sin que dicha situación le afectara debido a las constantes peleas entre sus padres. Esta circunstancia llevó a su mamá a trabajar largas jornadas como trabajadora doméstica, por lo que relaciona sus problemas de conducta con la “necesidad de llamar la atención entre tantos hermanos” (sic paciente). También refiere maltrato infantil por ambos padres.
- Adolescencia (12 a 20 años): después de la primaria no quiso continuar con sus estudios, por lo que su madre le exigió que comenzara a trabajar haciendo la limpieza en una cocina que pertenecía a la hermana de su papá sin ningún tipo de pago monetario, sólo ofreciéndole comida. Menciona que durante ese período su tía también la maltrataba con insultos por no realizar bien la limpieza. A la edad de 15 años comenzó su vida sexual con su primera pareja con quien tuvo dos hijas, la primera en ese mismo año y la segunda un año después a los 16, debido al embarazo y sin llevar una buena relación de pareja, vivió en unión libre durante dos años, teniendo múltiples problemas maritales y violencia intrafamiliar. Su primer parto fue de siete meses pero no hubo complicaciones, el segundo llegó a término y ambos fueron partos naturales.

- Edad adulta: posterior a la separación de su primera pareja a los 18 años, inicia una segunda relación a esa misma edad, la cual dura siete años, con quien también vive una relación disfuncional sin llegar a la violencia física. Posterior a su separación pasa 10 años sin ninguna relación de pareja, y comienza a trabajar como ayudante en una cocina para sostener económicamente a sus dos hijas, actividad que realiza hasta antes de su internamiento en el hospital. Inicia una tercera relación a los 35 años con quien vive actualmente.
- Historia sexual. El inicio de la vida sexual fue a los 15 años, iniciándose con pocos conocimientos acerca de métodos anticonceptivos tanto en la escuela como por parte de su familia. Ante la poca integración familiar y el descuido de sus padres, inicia su vida sexual “buscando un embarazo para casarse y salir de casa” (sic paciente).

Antecedentes personales patológicos o hereditarios

Dentro de este rubro refiere que su madre padece DM2 e hipertensión, asimismo tres de sus hermanos padecen DM2. Sus hijas y demás hermanos aparentemente están sanos. La paciente tiene diagnóstico de DM2, hipertensión e hipotiroidismo desde hace siete años, y diagnosticada con pie diabético al ingreso al hospital.

Dinámica familiar y familiograma



Menciona tener ahora una buena relación con su madre, quien vive en el departamento frente al de ella, debido a que refiere que le tiene preferencia por ser la mayor de las hermanas y porque se apoyan en su enfermedad.

También comenta que la relación con sus hijas es buena con discusiones poco frecuentes, menciona que la apoyan en la toma de medicamentos, sin embargo, no la apoyan en el seguimiento de la dieta, trayendo a casa comida chatarra y refrescos.

La relación con su pareja es estrecha y de apoyo, sin embargo la relación entre él y sus hijas es distante. La relación con el padre de sus hijas es nula desde su separación así como con su siguiente pareja.

Menciona llevarse bien con todos sus hermanos y hermanas a pesar de que viven cada uno en una parte distinta de la ciudad, hay poca comunicación con ellos sin embargo en momentos difíciles siempre se “unen” (sic paciente).

La relación con su padre es nula debido a su abandono desde hace 33 años.

Historia del problema

Se trata de paciente femenino de 39 años de edad, originaria del Estado de México y residente del Distrito Federal, escolaridad primaria completa, religión católica, ayudante en una cocina económica.

La paciente fue diagnosticada con DM2, HAS e hipertiroidismo desde hace siete años debido a que presentó pérdida de peso, polidipsia, poliuria y exámenes de laboratorio alterados (en glucosa, 240; hemoglobina glucosilada, 9; TA de 140/90), así como alteraciones en su perfil tiroideo. La infección comienza en febrero de este año ante una torcedura accidental al subir las escaleras rumbo a su departamento ubicado en un tercer piso, sin prestarle mayor atención, la lesión fue aumentando de tamaño y coloración hasta que en abril acudió al hospital general La Villa, para su revisión, ahí le recetaron antibióticos y curaciones en la herida, sin ninguna mejoría y por el contrario, la herida comenzó a empeorar por lo que en mayo decidieron acudir a este

hospital, donde le informaron en urgencias que subiría al servicio de medicina interna porque necesitaba la amputación de su pie como tratamiento a su padecimiento.

Posterior a dicha notificación refiere que presentó llanto fácil y sentirse desconsolada, ansiosa y triste debido a la próxima amputación de su pie, “ya no va a ser lo mismo” (sic paciente). Comenta que le causa sentimientos de vergüenza y tristeza: “que me vean sin mi pie” y que “la gente va a hablar” (sic paciente) cuando regrese a casa después de la cirugía.

Durante la entrevista evidencia sentimientos de soledad, creencias disfuncionales acerca de que sufrirá el abandono por parte de su familia después de la amputación y dificultad para aceptar su imagen corporal posterior a la cirugía. También demuestra creencias irracionales acerca de su enfermedad (“la diabetes me dio después de un coraje”) y la medicación (“la insulina me va a hacer quedarme ciega”), además de desconocimiento acerca de su padecimiento y los lineamientos a seguir en su dieta, así como del motivo por el cual se le practicará la cirugía.

Impresión y actitud general

Su apariencia física demuestra cansancio y tristeza posterior a la cirugía, por lo que en un inicio sus respuestas son cortas y su habla lenta, sin embargo su actitud ante las sesiones es cooperadora y atenta, su estilo de afrontamiento es centrado en la emoción, y su poca conciencia de la enfermedad es evidente, asimismo el desarrollo del padecimiento actual y el motivo de la cirugía es desconocido, lo cual incrementa la incertidumbre.

Examen mental

Paciente de edad aparente superior a la cronológica, cooperadora, higiene y aliño adecuados, ubicada en tiempo, espacio y persona, lenguaje fluido, coherente y congruente, afecto hipotímico, estado de ánimo orientado hacia la tristeza, presentando llanto fácil, no se observan alteraciones sensorio-perceptuales, marcha lenta y pausada debido al dolor causado por el pie diabético y después a la amputación, memoria y juicio conservados, impresiona

con inteligencia promedio de acuerdo a su nivel educativo, apoyo social real adecuado pero percibido como limitado, estilo de afrontamiento centrado a la emoción, pensamiento abstracto y sin consciencia de enfermedad.

Hipótesis funcional

Los antecedentes de “nerviosismo” y abandono aunado a la poca consciencia de enfermedad, creencias irracionales sobre la misma, un estilo de afrontamiento centrado en la emoción, provocan en la paciente pensamientos disfuncionales, sentimientos de tristeza y conductas evitativas como respuesta a la noticia de la amputación de su pie. Por lo que al brindarle psicoeducación, debatir sus pensamientos disfuncionales, aplicar control de estímulos para aumentar su adherencia y solución de problemas se le ofrecerán herramientas para afrontar sus problemas de manera efectiva.

MOTIVO DE CONSULTA. Sentimientos de tristeza por la amputación de su pie.			
ANTECEDENTES	ORGANISMO	RESPUESTA	CONSECUENCIA
HISTORIA Persona “nerviosa” Historia de abandono de sus padre y pareja EXTERNOS Cuando se pregunta acerca de la amputación INTERNOS Cree que los demás la rechazan por la enfermedad.	BIOLOGICAS DM2 HAS HABILIDADES, DEFICIT Y EXCESOS Sin consciencia de enfermedad Creencias irracionales respecto la enfermedad Estilo de afrontamiento centrado en la emoción Motivación al cambio Inteligencia promedio Pensamiento abstracto	COGNITIVAS Ideas catastróficas acerca del futuro EMOCIONAL Sentimientos de tristeza CONDUCTUAL No quiere verse la herida tapándose con la sabana. No quiere seguir el tratamiento médico.	CORTO PLAZO Recibe atención y cuidados de sus hijas LARGO PLAZO Complicaciones de la enfermedad
HISTORIA INMEDIATA. Amputación del pie.			

Diagnostico multiaxial

Eje I. Reacción de ajuste.

Eje II. Estilo de afrontamiento centrado en la emoción que afecta el tratamiento de la DM2

Eje III. DM2/ HAS/ hipotiroidismo

Eje IV. Problemas relativos al grupo primario de apoyo: abuso físico en la infancia, conflictos en sus relaciones de pareja

Eje V. EEAG= 61-70

Objetivos del tratamiento psicológico

- La paciente adquirirá y/o incrementará conductas de autocuidado en relación a la toma de medicamentos, el seguimiento de la dieta y de los pies.
- El paciente acudirá a sus posteriores citas médicas.
- El paciente adquirirá conocimientos sobre su enfermedad e identificará las consecuencias que puede traer si no hay una adhesión al tratamiento médico.
- Se modificarán ideas disfuncionales acerca de su enfermedad, la toma de medicamentos, su imagen corporal y del apoyo social percibido como limitado.

Estrategia terapéutica o selección y aplicación del tratamiento

Durante la hospitalización:

- Intervención en crisis anterior a la cirugía después de la confirmación de la misma por parte del médico. En este momento se le explicó junto con el médico el motivo de la cirugía.
- Información y psicoeducación. Se le brindó información sobre su enfermedad, la dieta y la toma de medicamentos y eliminar ideas erróneas acerca de éstas. Asimismo, se le expuso las implicaciones psicológicas del cambio en el estilo de vida debido a la enfermedad, y posterior a la amputación.
- Debate empírico. Se utilizó para la modificación de pensamientos disfuncionales acerca de su enfermedad, la toma de medicamentos, su imagen corporal y del apoyo social percibido como limitado. Se utilizó un registro de pensamientos y se dejaba de tarea el cambio del pensamiento.

En consulta externa:

- Control de estímulos. Se le brindó educación respecto de los factores que afectan la mala adherencia a la toma de medicamentos, a la dieta y al autocuidado de los pies. Después se le pidió que creara una lista de

condiciones que influyen de manera positiva y negativa en ella. Se crearon planes para llevarlas a cabo en casa.

- Solución de problemas. Se utilizó para la implementación del control de estímulos.

Efectos clínicos y de ajuste psicológico.

Durante su estancia hospitalaria de alrededor de dos semanas se controló la crisis, además de crear noción de enfermedad y eliminar ideas erróneas acerca de enfermedad. Posteriormente se continuó con dos meses de sesiones continuas de terapia breve. La paciente aumentó sus conocimientos y su apego al tratamiento médico de acuerdo con sus registros conductuales creando consciencia y adhesión al tratamiento.

Caso 2.

Ficha de identificación

Nombre: LM	Sexo: Masculino
Edad: 23	Estado civil: Casado
Ocupación: Vigilante	Escolaridad: Preparatoria completa
Religión: Católica	Lugar de origen/residencia: Hidalgo
No. De hermanos: 1	Posición que ocupa: 2
No. De hijos: 1	Dx médico: ERC5

Motivo de consulta

Paciente refiere sentirse muy ansioso y triste ante el diagnóstico, “tenía miedo de decir que estaba enfermo” “no quería preocupar a mi mamá y que se pusiera mal”. Además de expresar estar desesperado ante la estancia hospitalaria.

Antecedentes personales no patológicos

- Desarrollo prenatal e infancia: el embarazo de LM fue planeado y deseado. Nació en una “familia unida” (sic pac), la cual sin embargo, tuvo diversos problemas económicos. Durante su infancia estuvo dedicado gran parte de su tiempo libre al cuidado de su hermano mayor

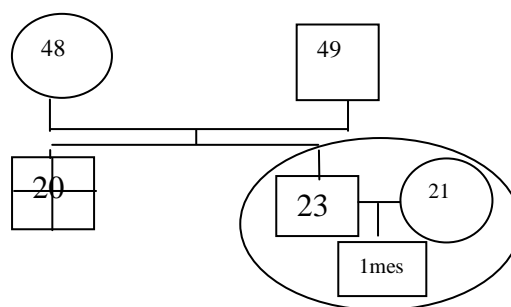
con ERC, a pesar de que su hermano mayor fuera trasplantado a los cuatro años de edad con un riñón donado por su padre, requería la toma de numerosos medicamentos, llevar una dieta estricta, y también de específicos cuidados físicos, actividades que corrían a cargo de LM y de su madre porque el padre para sustentar los gastos, “se la pasaba trabajando” (sic pac), teniéndose que ir a trabajar a los EUA posterior a la cirugía.

- Desarrollo preescolar (2 a 5 años): LM no reportó problemas durante su desarrollo.
- Niñez (5 a 12 años): Fue un estudiante de regular rendimiento a quien su familia lo apoyo en sus estudios. LM refiere peleas menores con sus compañeros de clase por “problemas de niños” (sic pac). También reporta ponerse “muy nervioso” (sic pac) ante exámenes y no poder controlarlo.
- Adolescencia (12 a 20 años): Decidió dejar sus estudios hasta el bachillerato y comenzar a trabajar. A esa edad comenzó a salir a bailes y beber hasta la embriaguez y a despreocuparse por el cuidado de su salud, refiere ser un chico “tímido” (sic pac) y que el alcohol le ayudaba a ser más “abierto con los demás” (sic pac). Además de irse a vivir independientemente de su familia. Todos estos eventos concuerdan con la muerte de su hermano a la edad de 20 años, por decisión propia al no querer continuar con ningún tratamiento sustitutivo de la función renal.
- Edad adulta: A los 20 años de edad se realizó unos exámenes de control, donde se encontraron proteínas en la orina, se realizaron estudios más específicos y el médico le indicó que ya tenía daño renal, el cual iba a ir evolucionando. LM no realizó ninguna acción al respecto por “miedo a preocupar a mi mama y que se pusiera mala porque es diabética” (sic pac). Dejando atrás ese evento continuó con su vida normal y se caso a la edad de 22 años.

Antecedentes personales patológicos o heredofamiliares

Madre con DM2 y HAS. Hermano finado por ERC. Padre (donador) y demás miembros de la familia aparentemente sanos.

Dinámica familiar y familiograma



LM reporta tener una buena relación con sus padres, especialmente con su madre con quien es muy apegado. Con su padre difiere en muchos aspectos, comúnmente surgen discusiones y se distancian. La relación con su esposa en general es buena aunque con “altibajos”, siendo su principal “motivación” (sic paciente) su hijo recién nacido. Respecto a la relación con su hermano era estrecha, sin embargo mencionó que “toda la atención era dirigida hacia él” (sic pac), además de no poder salir a “divertirse con su hermano porque siempre tenía que cuidarse” (sic pac) y fue más “independiente” (sic pac).

Impresión y actitud general

Paciente que ingresó a hospitalización con encefalopatía urémica, estado que remitió tras cinco días de estancia hospitalaria, presentaba edema en cara, manos y pies, con malas condiciones de higiene y aliño, y continuamente se le encontraba picándose la nariz hasta sangrar por lo que su cara, manos, sabanas y bata se encontraban manchadas. Posterior a la remisión de la encefalopatía sus condiciones de higiene y aliño fueron adecuadas, aunque el edema continuaba, fue cooperador ante la entrevista, y se mostro interesado.

Examen mental

Paciente de edad aparente igual a la cronológica, ubicada en todas las esferas, lenguaje lento pero coherente y congruente, con volumen bajo, memoria remota, reciente e inmediata conservadas, juicio conservado, contenido de pensamiento concreto, afecto hipotímico con estado de ánimo ansioso y triste, manifestado por movimientos estereotipados de manos y pies, sudoración de manos, poco contacto visual y llanto fácil, sin alteraciones sensoriales ni

motoras, con noción de enfermedad, locus de control externo, estilo de afrontamiento centrado en la emoción, redes de apoyo funcionales.

Historia del problema

De la ERC5

Desde hace tres años acude con médico particular para chequeos generales, y se observan proteínas en orina, posteriormente manda a realizar estudios más específicos y detecta de acuerdo con el paciente creatinina de 3 y recomienda acudir con un especialista para seguir tratamiento. No continúa con ningún tratamiento. Tres semanas antes de su ingreso al hospital presenta mareos, fatiga, náuseas, vómito, diarrea, orina espumosa e hinchazón de manos y pies, síntomas que se fueron intensificando hasta su llegada a urgencias.

Psicológica

LM vivió con su hermano trasplantado y la necesidad de tratamiento médico crónico, por lo que en el momento del diagnóstico de ERC tres años atrás por miedo a pasar por la misma situación evitó enfrentarla.

A su ingreso al hospital y tras su recuperación de la encefalopatía todos sus miedos regresaron y sus recursos para enfrentar la situación fueron rebasados por lo que entró en crisis ante el diagnóstico presentando distorsiones cognitivas de: sobregeneralización (“ya jamás voy a poder trabajar”); abstracción selectiva (“esto es horrible”); personalización (“todo lo malo me pasa a mí”); sesgo confirmatorio (“ahora voy a depender siempre de los demás”); magnificación /catastrofismo (“ya nada va a ser igual”, “ya no voy a servir para nada”) y; falacia de justicia (“esto es injusto”), acompañándose de sentimientos de tristeza y ansiedad.

Hipótesis funcional

Los antecedentes de ERC de su hermano y su muerte le generaron ideas disfuncionales acerca de la enfermedad renal crónica, por lo que al confirmarse el diagnóstico surgen distorsiones cognitivas, sentimientos de tristeza, ansiedad y desesperanza, alteraciones en sueño y en su alimentación como respuesta. Por lo que al brindarle psicoeducación, debatir sus pensamientos,

así como modificándolos, y aprendiendo el procedimiento de respiración diafragmática, el paciente tendrá estrategias para reducir sus sentimientos de tristeza y ansiedad.

MOTIVO DE CONSULTA. Sentimientos de tristeza y ansiedad ante el diagnóstico			
ANTECEDENTES	ORGANISMO	RESPUESTA	CONSECUENCIA
HISTORIA Hermano con ERC EXTERNOS Mención acerca de la enfermedad o de seguir con el tratamiento INTERNOS Recuerdos de la experiencia vivida con su hermano. Pensar en su mamá enferma. Pensar en su familia. Pensar en el tratamiento sustitutivo.	BIOLOGICAS ERC 5 HABILIDADES, DEFICIT Y EXCESOS Introverso "Nervioso" Motivación al cambio Inteligencia promedio Estilo de afrontamiento pasivo centrado en la emoción	COGNITIVAS Pensamientos negativos acerca de si mismo, del mundo y del futuro. Distorsiones cognitivas: EMOCIONAL Sentimientos de tristeza, ansiedad, desesperanza. CONDUCTUAL Llanto Movimientos estereotipados de manos y pies. FISIOLOGICA Aumento de las horas de sueño Disminución del apetito	CORTO PLAZO Atención de toda la familia. Evitación de la situación LARGO PLAZO No continuar con un tratamiento. Agudización de los síntomas físicos y psicológicos.
HISTORIA INMEDIATA. Ingreso al hospital en donde confirman el diagnóstico de ERC5.			

Pruebas aplicadas

- Inventario de ansiedad y depresión de Beck (puntaje 23-moderado).
- Inventario de depresión de Zung (puntaje 51-leve).
- Escala hospitalaria de estrés y depresión (puntaje 18-presenta síntomas de estrés y depresión).
- Registro pensamiento, sentimiento, conducta.

Diagnostico multiaxial

Eje I. Trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo

Eje II. Diagnostico aplazado.

Eje III. ERC5

Eje IV. Diagnostico aplazado.

Eje V. 61-70.

Objetivos de tratamiento psicológico

- El paciente obtendrá información acerca de la enfermedad y tratamiento.

- El paciente y familiar encontrarán una solución para continuar con un tratamiento sustitutivo.
- El paciente modificará el contenido de sus pensamientos disfuncionales.
- El paciente aumentará la frecuencia de actividades placenteras.

Estrategia terapéutica o selección y aplicación del tratamiento

Sesión 1. Intervención en crisis ante el diagnóstico.

Sesión 2. Entrevista inicial y psicoeducación acerca de la enfermedad y tratamiento. Se dejó el registro conductual. Se realizó un plan a seguir junto con familiar (padre) para encontrar una institución que brindará el tratamiento sustitutivo.

Sesión 3. Se aplicaron las pruebas, se realizó el registro conductual (porque no lo hizo), se continuó con psicoeducación de la reacción de estrés ante el diagnóstico y ante la hospitalización.

Sesión 4. Se realizó un ejercicio de respiración diafragmática. Se analizó el registro conductual y se explicó la relación entre pensamiento sentimientos y conducta, tomando como ejemplo sus propios pensamientos.

Sesión 5. Se realizó otro ejercicio de relajación antes de pasar un paquete de sangre y que lo tenía muy nervioso. Se dejó que realizará un ejemplo de la relación entre su pensamiento, emoción y conducta.

Sesión 6. Se enseñó la técnica de detención del pensamiento para la disminución de pensamientos negativos. Se realizó otro ejercicio de respiración.

Sesión 7. Se practicó nuevamente la técnica de detección del pensamiento. Con base en la relación de los pensamientos, emociones y conducta se explicó la posibilidad de modificar el ciclo.

Sesión 8. Se pidió que realizara un ejercicio para modificar un pensamiento negativo por otro más equilibrado, y se pidió que lo realizara con otros pensamientos del registro. Se encontraron condiciones agradables a realizar una vez egresado del hospital.

Sesión 9. Se continuaron modificando pensamientos y se realiza un plan para realizar las actividades placenteras.

Efectos clínicos y de ajuste psicológico

Durante la estancia hospitalaria se controlaron las respuestas de estrés ante el diagnóstico, asimismo se encontró una solución y se diseñó un plan para que el paciente obtuviera seguridad social y tener una cita para su evaluación en un hospital para recibir tratamiento sustitutivo. Posteriormente en sus sesiones de hemodiálisis se continuó trabajando y se logró que el sujeto modificara el contenido de sus pensamientos negativos y que realizara actividades que le son placenteras.