



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

Intervención psicoeducativa para el auto cuidado de los pies en pacientes con diabetes. Estudio de caso.

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Chesed Alfredo Ochoa Cuevas

DIRECTORA DE TESIS

MTRA. MAETZIN ORDAZ CARRILLO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

SINODALES

DRA. ROCÍO TRON ÁLVAREZ

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

DRA. JENNIFER LIRA MANDUJANO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

DRA. MARICELA OSORIO GUZMÁN

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

MTRA. CRISTINA BRAVO GONZÁLEZ

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

LOS REYES IZTACALA, TLANEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO., OCTUBRE,
2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Agradezco al consejo de ciencia y tecnología (CONACyT) por la beca otorgada durante mis estudios de maestría.

A las personas implicadas en mi formación, la maestra Maetzin Itzel Ordaz Carrillo por su apoyo como tutora y supervisora durante mi rotación en el Hospital Juárez de México. La maestra Karina Guevara quien me sugirió el posgrado y asesoró durante el ingreso.

De forma no profesional a mi madre por el apoyo económico para mi formación profesional. A mis amigos Josh y Naomi por cuidarme como si fuera parte de su familia durante esta etapa de mi vida.

INDICE

Intervención psicoeducativa para el autocuidado de los pies en pacientes con diabetes. Estudio de caso.....	5
Resumen	5
1.- Marco teórico	6
Diabetes	6
Epidemiología	6
Diagnóstico	7
Etiología y segmentación	8
Posibles complicaciones.....	12
• Retinopatía diabética:.....	12
• Nefropatía diabética.....	13
• Hipertensión arterial sistémica:.....	14
• Afecciones cardiovasculares:.....	14
• Neuropatía diabética:	14
• Pie diabético:	15
Pie diabético	15
Conductas de autocuidado del pie	17
Higiene.....	17
Corte de uñas	18
Calzado	18
Inspección	19
Autocuidado.....	19
Psicoeducación.....	22
Formulación de la lista de chequeo	25
2.- Método	25
Participante	25
Instrumento	26
Espacio físico	26
Procedimiento	27
Cartas descriptivas	28

3.- Resultados	32
Datos cualitativos	35
4.- Conclusiones	36
Datos cualitativos	39
Reporte de experiencia profesional	40
1.- Panorama histórico de la Medicina Conductual	40
1.2. Medicina Conductual en México	44
2. Historia del Hospital Juárez de México	46
3. Descripción de las instalaciones y servicios con los que cuenta el Hospital Juárez de México	48
4. Servicio de Medicina Interna en el Hospital Juárez de México	50
5. Funciones del psicólogo en Medicina Interna	53
5.1 Actividades específicas del residente de Medicina Conductual en el servicio de Medicina Interna	55
Atención en hospitalización.....	55
Consulta externa de Medicina Interna.....	56
Consulta externa de Medicina Conductual.....	56
Redacción de notas.....	56
Actividades académicas.....	58
Sesión de Artículo.....	58
Caso clínico.....	58
Sesión general.....	59
Sesión de supervisión académica.....	59
Sesión conjunta con la Unidad Salud Mental Comunitaria.....	59
6. Productividad	60
7. Competencias alcanzadas	68
8. Sugerencias	69
Referencias	70
Anexos:	76
Anexo A: lista de chequeo	76
Anexo B: casos clínicos	78

Intervención psicoeducativa para el autocuidado de los pies en pacientes con diabetes. Estudio de caso.

Resumen

Existen múltiples complicaciones derivadas de la Diabetes mellitus tipo 2, padecimiento presentado en 11,5 millones mexicanos durante el 2015. La persona se encuentra en riesgo de desarrollar retinopatía diabética, neuropatía, alteraciones en la circulación, hipertensión arterial, enfermedad vascular cerebral, enfermedad renal crónica, problemas en dientes y pie diabético, cada complicación evidencia la necesidad del tratamiento preventivo y la adquisición de conductas de autocuidado. Se presenta una propuesta de intervención cuyo objetivo es prevenir la aparición de pie diabético (alteración que produce incapacidad y es motivo de amputación no traumática) basándose en psicoeducación. El diseño propuesto es cuasiexperimental, debido a situaciones de viabilidad se presenta el piloto de dicho trabajo. Para el análisis de datos se obtuvieron las puntuaciones de la participante separando las conductas en las siguientes categorías a) Lavado, b) Secado, y c) Hidratación; 2) Calzado; y 3) Inspección. Los resultados apuntan hacia una mayor ejecución o mantenimiento de las conductas de autocuidado debido a la psicoeducación, con limitantes debido a la viabilidad que afectó en la medición.

1.- Marco teórico

Diabetes

Epidemiología

Se estima que 108 millones de personas adultas padecían diabetes durante 1980 a escala global, en el 2014 eran 422 millones. Esto se relaciona con el aumento de prevalencia en factores de riesgo como la obesidad. La incidencia de diabetes se ha elevado de forma mayor en los países con ingresos medios (Organización mundial de la salud, 2016).

Por su parte la Federación Internacional de la diabetes (2015) indica que durante dicho año existieron 415 millones de personas adultas entre 20 y 79 años que padecen diabetes mellitus tipo 2, equivale al 8.8% de la población total de personas en ese rango de edad. 320,5 millones de esas personas tienen entre 20 a 64 años y 94,2 millones entre 65 a 79 años. Se estima que de esta población el 46.5% presentan diabetes sin conocer su diagnóstico. Cerca de 5 millones de individuos entre 20 a 79 años fallecieron debido a la diabetes a nivel global. Finalmente, estos datos representaron un gasto sanitario entre 673.000 millones a 1.197.999 millones de dólares a nivel global, dependiendo de la relación ejercida entre el gasto de personas sanas con pacientes diabéticos, y entre 1.622 y 2.886 dólares por persona.

A principio del siglo XX la incidencia de diabetes, la cual es representada por niveles de glucosa mayores 126 ml/dl en ayuno, en México llegó a grados muy elevados los cuales tienden a aumentar. Durante el año 2000, el 6.5% de las

personas mayores de 20 años recibieron el diagnóstico de diabetes, dicho porcentaje se elevó a 7.5% en el 2006 y a 9.2% en el 2012. A su vez 1.9% de estos individuos presentaron niveles de glucosa que sugerían el padecimiento durante el 2000, elevándose a 6.5% durante el 2006. Los porcentajes de incidencia global de diabetes se encontraron en 8.5% en el 2000 y, aumentaron a 14% en el 2006, porcentaje que se considera aumentó durante el 2012. Referente al Distrito federal se presenta mayor prevalencia de diabetes en el año 2006 con 21.4%, en el 2012 se auto reporta el 12.3%, solo Coahuila en el 2000 mantuvo un mayor índice de diabetes que el D.F con 11.1%. (Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Evaluación del Desempeño, 2015).

Durante el 2015 en México se estimaron 11,5 millones de adultos en 20 a 76 años de edad, entre 500 mil a 5 millones de adultos presentaban diabetes sin estar diagnosticada y entre 40 al 60% de las personas menores a los 60 años fallecieron debido a complicaciones de la diabetes. Con un gasto sanitario de 19.000 millones de dólares (Federación Internacional de la Diabetes, 2015).

Diagnóstico

El término diabetes mellitus se refiere a modificaciones en el organismo con diferentes patogénesis, que se caracterizan por un aumento en los niveles de glucosa de forma permanente y a alteraciones en la ingesta de hidratos de carbono, grasa y contenido proteínico como respuesta a la carencia en la producción o asimilación de insulina (OMS citado por Ministerio de sanidad y

consumo, 2008). Existe la probabilidad de que su aparición incluya resequeidad en la zona bucal, excreción abundante de orina, visión difusa y reducción del peso, sin embargo, la sintomatología no es intensa y puede no ser distinguida, por lo cual el aumento en la glucemia podría causar alteraciones en el funcionamiento y enfermedad previo al diagnóstico. (Ministerio de sanidad y consumo, 2008).

Diagnosticar a un paciente con diabetes mellitus tipo 1 o tipo 2 requiere de tres criterios esenciales: Estimar la glucosa del paciente en ayuno (igual o mayor a 126 mg/dl), la prueba de sobrecarga oral de glucosa (igual o mayor a 200 mg/dl) y la estimación de hemoglobina glucosada A1c (mayor o igual a 6.5%). A su vez, en caso que el paciente mantenga poliuria, polidipsia y pérdida de peso, valores de glucemia mayores a 200 mg/mL estos representan lo suficiente para identificar la presencia de la enfermedad (Granada y Martínez, 2012), es recomendable realizar

Posteriormente al diagnóstico se recomienda que el paciente se acerque a un educador calificado con la finalidad de hacer cambios en el estilo de vida, limitar el consumo de azúcar, aumentar la ingesta de fibra y obtener un glucómetro con la finalidad de checar sus niveles de glucosa de forma diaria (Diabetes research wellness foundation, S.F).

Etiología y segmentación

Clasificar la diabetes es una tarea que se basa en la etiología de la afección. En la mayoría de los casos asignar a la persona a una de las clasificaciones no resulta una tarea fácil, por ello se vuelve prioridad identificar la patogénesis y el probable plan de acción. Sin embargo, existe otra manera de clasificar al paciente

la cual es en base a la evolución de la enfermedad (estadio en el que se encuentra), lo que significa que dependiendo de factores como: la capacidad con la que se cuenta para estabilizar los niveles de glucosa desde afectaciones leves hasta la completa dependencia a la insulina (Pérez, et al., 2017).

Existen cuatro divisiones etiológicas para la diabetes:

- Diabetes mellitus tipo 1, corresponde del 5% al 10% de todos los casos. Se debe a la eliminación de la célula B pancreática, ocasionando una carencia total de insulina, regularmente inicia como un trastorno autoinmune. Habitualmente surge durante la infancia, pero puede aparecer en la adultez, debuta con hiperglucemias marcadas que pueden ocasionar cetoacidosis, el paciente con diabetes mellitus tipo 1 tiende a presentar deficiencia de insulina endógena identificada por el descenso de niveles de la concentración plasmática de péptido C (Pérez, et al., 2017).
- Diabetes mellitus tipo 2: representa el mayor porcentaje de esta afección con el 90% de los casos, su origen es debido a diversos ajustes entre la insulinoresistencia (la insulina que es producida tiene un resultado menor al esperado) e insulinopenia (el páncreas produce menos insulina de la requerida). Tiende a presentarse durante la adultez en conjunto a diversos factores de riesgo, entre los que se señalan son: el sobrepeso, la rutina sedentaria y la elevación anormal de grasas en la sangre. Su evolución suele ser asintomática, evitando su identificación durante los primeros años, que tiende a ser realizada por complicaciones posteriores. En estos casos

no es menos habitual la cetoacidosis y es de especial relevancia un diagnóstico bioquímico (Pérez, et al., 2017).

- La diabetes gestacional. Es la poca tolerancia a la glucosa que se ocasiona en las mujeres durante el embarazo, su identificación es de relevancia tanto para el bienestar de la madre como la del bebe. (Granada y Martínez, 2012). Se resalta que la diabetes gestacional ocurre debido a los cambios en el organismo de la madre para el desarrollo del feto y se teoriza que su origen está en las hormonas placentarias que inhiben la absorción de insulina (Pérez, et al., 2017).
- Otros tipos específicos. En esta sección se agregan las alteraciones derivadas de padecimientos que afectan el páncreas y consecuencias del uso de ciertos medicamentos (Mediavilla, 2015). Los procesos que dañan el páncreas incluyen pancreatitis, infecciones, carcinoma pancreático y pancreatomía. El daño debe ser amplio en el páncreas para causar diabetes, a excepción de los casos de carcinoma (World health organization, 1999).

Retomando los conocidos como otros tipos de diabetes, categoría que consta de ocho subgrupos de diabetes de acuerdo a Sanzana y Durruty (2016):

- 1) Defectos genéticos en la función de la célula B, producida por alteraciones genéticas y de índole hereditaria con una baja prevalencia, incluye la diabetes neonatal.

- 2) Defectos genéticos en la acción de la insulina, refiere padecimientos con muy baja presencia que ocasiona insulinoresistencia, en este rubro entran el Síndrome de Donohue, Síndrome Rabson-Mendehall y la resistencia insulínica tipo A (padecimiento que afecta a mujeres virilización, ovarios poliquísticos, entre otros).
- 3) Diabetes secundaria a enfermedades pancreáticas, pancreatitis, cáncer pancreático, fibrosis quística y hemocromatosis. Cada una de las etiologías conlleva una evolución diferente.
- 4) Diabetes asociada a endocrinopatías, se origina en el exceso de hormonas que son antagonizas a la insulina como el cortisol, la hormona del crecimiento, entre otras. Este aumento en las hormonas puede deberse a padecimientos como el Síndrome de Cushing.
- 5) Diabetes inducida por fármacos o sustancia psicoactivas. Algunos medicamentos pueden favorecer la aparición de diabetes en pacientes que ya se encontraban previamente en riesgo, en esta lista se incluyen antipsicóticos, antirretrovirales, ácido nicótico, inmunosupresores, glucocorticoides, inhibidores de la hidroximetilglutaril-CoA (recetado para reducir riesgos cardiovasculares).
- 6) Diabetes inducida por infecciones, existen agentes virales que afecta la célula B.
- 7) Formas infrecuentes de diabetes mediadas por inmunidad, Síndrome de Sitff-man, anticuerpos antirreceptores de insulina. La frecuencia de estos casos es demasiado baja.

- 8) Otros síndromes genéticos asociados a diabetes, el Síndrome de Down, Síndrome de Turner entre otros se acompañan de un mayor riesgo de diabetes.

Posibles complicaciones

La diabetes puede generar diversas complicaciones su prevención requiere el manejo metabólico del paciente con promedios de hemoglobina glucosilada por debajo del 7%, presión arterial debajo de 140/80, colesterol total debajo de 200 mg/dl, triglicéridos menores a 150 mg/dl (Salgado, Y. S.F). Así el mal control metabólico, la falta de uso del medicamento y una dieta inadecuada probabilizan la aparición de complicaciones (Flavio, Mendes, De pinho, 2017).

Algunas complicaciones podrían ser la hinchazón en los vasos sanguíneos de la retina la cual puede conducir a la pérdida de la visión, infecciones, alteraciones odontológicas (caries, úlceras, infecciones), daño en los riñones con posibilidad de fallo, padecimientos cardiovasculares, incidentes cerebrovasculares, daño en los nervios periféricos con probabilidad de ulceración en la planta del pie, lo cual conduce a posibles amputaciones o la presencia de debilitamiento en los huesos del pie (Ministerio de sanidad y consumo, 2008). A continuación, enlistaremos las diferentes complicaciones.

- **Retinopatía diabética:** Representa la alteración más usual en pacientes con más de 20 años con el padecimiento, en el 21% se presenta al diagnóstico (tardío). Se atribuye que al 5% de casos con ceguera en el mundo (Millán, et al., 2011). Se debe a la alteración de diversos vasos

sanguíneos ubicados en la retina, puede provocar sangrado, desprendimiento de retina, es más probable ante el embarazo, el mal control metabólico y la hipertensión arterial (Jadue, et al., 2006). Existe una latencia de cinco años entre la aparición y los primeros síntomas (Moreno, Lozano, Salinas, 2013). Para su prevención se debe mantener apego al tratamiento médico, mantener un peso saludable, realizar actividad física, controlar el consumo de colesterol y eliminar el hábito de fumar (American society of retina specialists, 2016).

- **Nefropatía diabética:** Es una alteración vascular crónica originada por la diabetes, la microcirculación renal es alterada, habitualmente se acompaña de proteinuria, hipertensión arterial y pérdida progresiva de la función renal. Existen tres teorías que buscan explicar el origen de esta alteración, la hemodinámica, la genética y la metabólica (Torres, y Castillo, 2002). La nefropatía inicia con el comienzo de la diabetes y previo al tratamiento con insulina, se expresa en insuficiencia renal e hipertrofia, años después entra en una etapa silenciosa en la cual pueden encontrarse muchas personas con diabetes, la siguiente etapa llamada de nefropatía incipiente da paso a la nefropatía manifiesta que es acompañada del aumento de la presión arterial (Azim, Mansour, Ossama, 2017). El deterioro físico se asocia a la disminución de la calidad de vida y una disminución en la comunicación del paciente con sus seres queridos (De los ríos, et al., 2005).

- **Hipertensión arterial sistémica:** Este padecimiento que corresponde a presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg y presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg, se correlaciona entre el 20 y 60% de los casos con diabetes y se relaciona con los años de evolución de la diabetes (Orozco, 2004). Su relación con la diabetes se debe a la resistencia a la insulina que esta presenta en el 50% de los pacientes hipertensos y conduce a rigidez vascular, hipertrofia y fibrosis (Lastra, et al. 2014).
- **Afecciones cardiovasculares:** La presencia de diabetes mellitus tipo 2 o diabetes mellitus tipo 1 se relaciona con un mayor riesgo de infarto del miocardio, insuficiencia cardíaca, hemorragia intracerebral e ictus isquémico (Larsson, 2017). Siendo el ictus isquémico o accidente cardiovascular representa la principal causa de muerte a nivel mundial en especial en la edad media (Kanyal, 2015).
- **Neuropatía diabética:** Bajo esta etiqueta se incluyen diversas alteraciones, la más frecuente es la polineuropatía simétrica distal que altera de forma sensorial y motora al paciente, quien refiere dolor y disminución de la sensibilidad hacia la temperatura, el tacto y el contacto a estímulos dolorosos (Conde, Paredes y Castillo, 2002). La alteración más común es la polineuropatía simétrica distal con el 75% de los casos, mantiene una múltiple patogénesis y al menos el 20% de las personas con diabetes mellitus tipo 1 la padecerán después de 20 años de

evolución de la enfermedad y es encontrada entre el 10 al 15% de las personas recién diagnosticadas con diabetes mellitus tipo 2, esta cifra sube al 50% después de 10 años de evolución de la enfermedad (Popbusui, et al., 2017)

- **Pie diabético:** En conjunto a las alteraciones vascular y la neuropatía diabética se desarrolla el “pie diabético”, alteración que tiende a producir malestar y es referido por la OMS como “ulceración, infección y/o gangrena del pie asociados a neuropatía diabética y diferentes grados de enfermedad arterial periférica”, dicha afección se puede ver en una quinta parte de los pacientes diabéticos, y está presente en más de la mitad de los casos donde existe una amputación por motivos no traumáticos (Tejedor, 2011).

Pie diabético

Este fenómeno incide no solo en la persona que lo presenta, también a su núcleo familiar e incluso a la entidad demográfica en relación al recurso económico que se requiere para su atención (Tejedor, 2011). Es esta alteración donde podremos nuestra atención principalmente. Representa un gran problema en el bienestar del paciente diabético que altera su calidad de vida, afecta de forma económica y necesita de un tratamiento especializado (Medevetzky y Poggio, 2017).

Desde un panorama educativo para la prevención de pie diabético se ha orientado hacia el automanejo o autocuidado, brindando al paciente de herramientas para su ejecución.

Existen diversas variables que facilitan la aparición de pie diabético en los pacientes, primeramente, revisaremos las que no son susceptibles a alteraciones. La edad manteniendo mayor aparición entre las personas diabéticas de 45 a 65 años, el género masculino mantiene también mayor prevalencia entre personas mayores a 55 años. La neuropatía autonómica afecta el flujo sanguíneo favoreciendo la aparición de edemas, motora conlleva deformaciones y dificultades motrices que afectan en la forma que se distribuye el peso en el pie, sensorial incluye una disminución de la sensibilidad que se expresa en la generación de úlceras, en combinación a los distintos tipos de neuropatía esta la enfermedad vascular periférica que afecta el paso de sangre y mantiene las úlceras. La insuficiencia venosa producto de la restricción en el flujo de sangre por las venas o válvulas venosas favorece la formación de úlceras y su posterior evolución hacia pie diabético. Entre las variables susceptibles de modificación se encuentran el tabaquismo, conducta que se convierte en un riesgo para las dificultades vasculares debido a la reacción habitual de la nicotina. El incorrecto apego al tratamiento, siendo que la poca adherencia conlleva que el paciente mantenga niveles altos de glucosa por tiempos largos y estos se relacionan de forma positiva con la aparición de múltiples complicaciones. Caminar descalzo, se considera una conducta que favorece la aparición de pie diabético debido a que facilita la aparición de heridas en el pie producto de golpes con objetos cortantes o

pesados. Empleo inadecuado de conductas de autocuidado, en países como India se reporta que el 50% de pacientes genera lesiones durante una mala ejecución de conductas de autocuidado y en Alemania se reporta el 19% (Cifuentes y Giraldo, 2010).

Las consecuencias del pie diabético no se limitan al daño en la extremidad, afecta la calidad de vida de la persona afectada y sus familiares debido a la discapacidad que generalidad, el aumento en el riesgo de mortalidad, la rehabilitación posterior al tratamiento médico y la necesidad de apoyo social (Lima, 2016).

Conductas de autocuidado del pie

La adquisición de conductas adecuadas de autocuidado conlleva separar estos comportamientos en diversos rubros, siendo habituales la separación de higiene, corte de uñas, calzado, e inspección como puede observarse en diferentes trabajos (Castro, 2015; Dong, 2014; Medevetzky, y Poggio, 2017; Salgado, S.F; Vizcarra, 2013), retomados a continuación, respecto a la ejecución del autocuidado.

Higiene

La higiene apropiada incluye realizar el lavado de forma diaria, empleando agua, calzado de ducha y jabón neutro, con temperatura de agua tibia (puede ser asesorada con un termómetro o con apoyo de un familiar, debido a la falta de sensibilidad a la temperatura por parte del paciente), mantener los pies en agua

durante menos de cinco minutos, lavando entre y por debajo de los dedos del pie, acompañada del secado entre los dedos del pie empleando una toalla únicamente para esto, evitando friccionar el pie y evitando emplear aire caliente. Finalmente se hidrata el pie empleado cremas hidratantes evitando aplicar entre y debajo de los dedos con énfasis en las secciones callosas del pie y el talón.

Corte de uñas

El corte de uñas, se sugiere realizarlo después del baño, se debe realizar de forma recta sin acercarse las orillas del dedo, apoyándose con tijera de punta roma, sin cortar la cutícula dejando de forma mínima 1 mm de diferencia con la finalidad de evitar lesiones durante su ejecución. Se recomienda inspeccionar las uñas durante su ejecución para detectar irregularidades.

Cabe destacar, una uña crece regularmente 0.1 mm por día. Su crecimiento se ve acelerado por la edad, durante la edad adulta y se reduce durante la niñez y la adultez mayor. Es afectado por la dominancia, siendo que en la mano dominante la uña crece más rápido, la temperatura (el calor favorece su crecimiento), crece más rápido en mujeres, durante las noches y es favorecido por las dietas alta en proteínas (Rocha, Lara y Padro, 2012), esto conlleva que la ejecución de esta conducta no puede ser de forma diaria.

Calzado

Las conductas en relación al calzado son la elección de zapatos de cuero, con punta ancha, flexible, suela baja (2 a 3 cm de tacón en hombres y 3 a 5 cm en

mujeres máximo), suela antideslizante, se recomienda que se adquieran los zapatos durante las tardes (el pie se encuentra hinchado y aumenta su tamaño en las tardes). La inspección del calzado, revisando mediante la vista y el tacto que no existan anomalías como objetos o costuras interiores que puedan lastimar el pie, utilizar calcetines de fibra natural, sin costuras internas y que no aprieten el pie. Se debe emplear calzado con calcetín todo el tiempo aun en situaciones donde podría no considerarse requerido (playa). Finalmente, en caso de calzados nuevos se deben usar de 2 a 3 horas por día para irse ajustando.

Inspección

Aunque la inspección se retoma en el calzado y el corte de uñas, este apartado se refiere a la búsqueda de anomalías en el pie. Se recomienda realizarla en una postura cómoda con un lugar iluminado, apoyándose de un espejo u otra persona para revisar la planta del pie. La inspección se basa en buscar callosidades, grietas interdigitales, grietas en los talones, dedos de martillo, juanetes, uñas encarnadas y pie de atleta.

Autocuidado

Orientándonos hacia la variable de autocuidado. La psicología a lo largo de su historia se ha centrado en la explicación, descripción y predicción de los comportamientos asociados en la relación reciproca salud-enfermedad, uno de los temas de mayor interés en el área es el del autocuidado, el concepto ha sido definido de distintas formas por varios autores, algunos hablan de estrategias

personales e interpersonales que promueven los hábitos de la salud (Guzmán., et al., 2017). El concepto se analiza desde una perspectiva general, sin embargo, históricamente ya ha sido definido desde una diversidad de formas más elaboradas, para Orem el autocuidado era definido como las actividades de los individuos, familias o comunidades para la promoción de la salud, prevención de las enfermedades brindar control o la rehabilitación de la misma según las necesidades, por lo tanto, esto dio lugares a ciertas consideraciones en el autocuidado (Oltra, 2013).

- No es una actitud azarosa
- No es improvisada
- Cumple con una función reguladora de ciertos comportamientos
- Es deliberada
- Tiene el objetivo de beneficiar la salud y el bienestar

La concepción de Orem mantiene dos conceptos claves, la demanda terapéutica de autocuidado y la agencia de autocuidado. La demanda terapéutica de autocuidado es la suma de actividades requeridas por un individuo en un momento concreto. La agencia de autocuidado representa la capacidad individual para realizar conductas específicas que llevan a un estilo de vida saludable, tratado como la auto regulación del individuo. Convirtiendo el definir aquello que se debe lograr para el autocuidado y el conocimiento respecto a las variables internas y externa del individuo en el objetivo de las actividades de autocuidado (Abraham, 2011).

Otros autores aluden a juicios valorativos que presentan criterios excluyentes a lo anterior, recientemente (Ortiz, 2015) definió el autocuidado como *responsabilidad individual*, en su tesis para obtener el grado de magister en gestión del desarrollo de la niñez y adolescencia, enfocándose principalmente en el autocuidado desde el enfoque de la salud mental. Esta postura más reciente plasma una idea individual de la persona en su proceso de la enfermedad.

La Organización Panamericana de la Salud señala la necesidad del autocuidado para la consecución y el mantenimiento de la salud, resaltando también el bienestar y promoviendo las prácticas educativas en el tema (Robles, López, Morales, Palomino y Figueroa, 2014).

El autocuidado se ha presentado como un despliegue de comportamiento afines a la salud, exigiendo esto una variabilidad de respuestas de manera situacional, por lo que debemos considerar el riesgo y las situaciones en las que se presenta, La condición del humano presenta fragilidad ante distintas situaciones, debido a su mortalidad y condición corporal (Feito, 2007), sin embargo teorías más contemporáneas decidieron añadir a la condición biológica del organismo, la historia del individuo, su relación con otros y el daño que esto puede derivar (Oltra, 2013). Por lo tanto, podemos entender que las personas deben identificar situaciones de riesgo tanto en lo biológico, como en el factor psicológico. Actualmente pese a que las personas que viven con diabetes han tenido un aumento en el uso de sus medicamentos a comparación de los años noventa (Saydah, 2018) y pueden buscar orientación con el personal médico estos

no tienden a llevar a discusión las actividades de autocuidado que ejecuta el paciente (RamBihariLal, et al., 2013).

Psicoeducación

La herramienta principal que emplearemos será la Psicoeducación. De acuerdo con Zapata, Rangel y García (2015) el término “Psicoeducación” tuvo su aparición en la literatura médica en la década de los setenta y los ochenta, Uno de los grupos científicos que empleo este término fue liderado por Anderson, dicho termino era utilizado para referirse a una variedad de técnicas educativas orientadas a brindar conocimientos a los individuos y a sus familias y así mismo evitar recaídas, mejorar la adherencia y disminuir la disfuncionalidad (Anderson, Hogarty y Douglas, 1980) esto debido a que se busca que el individuo comprenda su estado psicológico y comience a familiarizarse con el tratamiento terapéutico que se pretenderá seguir. Sobre su eficacia, Zapata, Rangel y García (2015) afirman que los estudios disponibles han demostrado que la Psicoeducación aumenta el conocimiento de los sujetos sobre su estado de salud, se ha demostrado que la mejora en el conocimiento permanece hasta 3 meses después de haber finalizado la intervención. Existe un incremento por parte de la adherencia en el proceso terapéutico Xia, Merinder y Belgamwar (2011) a través de su estudio con usuarios esquizofrénicos observaron que la incidencia de incumplimiento con el tratamiento farmacológico fue menor entre quienes estuvieron en programas de Psicoeducación. Además de esto, la Psicoeducación

fomenta la introspección en el usuario, esto se refiere a la conciencia de tener un trastorno mental y el reconocimiento de la necesidad de tratamiento.

Se trata de una estrategia viable, económica y efectiva para abordar las necesidades de las personas desde la atención primaria de salud. Propone integrar un enfoque educativo-preventivo y psicológico, con el fin de fortalecer las capacidades para afrontar la enfermedad de un modo más adaptativo; la inclusión de la Psicoeducación propiciaría a dotar de conocimientos necesarios sobre los aspectos importantes a saber sobre la condición del sujeto, lo que podría impactar en la comprensión y en la toma de conciencia por parte del paciente sobre su estado de salud y a los usuarios receptores de dicha técnica para así mismo fomentar y adoptar conductas de autocuidado que formen parte de su vida. Se espera optimizar la calidad de vida y ayudar disminuir la vulnerabilidad ante la enfermedad, pues como indican Cuevas y Moreno (2017) esta va mucho más allá de solo brindar información, aspira a modificar actitudes o conductas del paciente, familia o cuidador, situación que les permita una mejor adaptación a la enfermedad mediante cambios en su estilo de vida, en sus cogniciones acerca de la enfermedad, en la adhesión al tratamiento, en el manejo de los desencadenantes o en la detección posibles de recaídas. Las intervenciones a través de las cuales se obtienen mejores resultados son las psicoeducativas y las psicoterapéuticas, ambas exitosas a la hora de aliviar la carga y la depresión en la familia y cuidadores, efectos que se mantienen durante un período considerable (Aragónés, et al. 2015). El número de sesiones necesarias en la psicoeducación es algo que se encuentra en debate actualmente, depende del contenido de las

sesiones y el contexto clínico (Palli, 2017). La estrategia se maneja desde diferentes modelos complementarios a la práctica clínica entre los que se encuentran el modelo cognitivo conductual y las teorías del aprendizaje (Lukens y Mcfarlane, 2014).

Aragónés, et al. (2015). Incluye un módulo de autocuidado en su programa de Psicoeducación para paciente con depresión, cuyo objetivo es describir los pasos desde un enfoque psicológico para que la persona altere su comportamiento, solicitan la cooperación del paciente en un grupo de actividades que ayuden al paciente a superar la sintomatología y sean incorporados en su hacer diario.

La Psicoeducación favorece la integración de factores psicosociales ante las enfermedades. Se basa en la identificación de necesidades, beneficiando en la capacidad del individuo para hacer frente a su padecimiento. Favorece la comprensión de la salud y solventa áreas de oportunidad del individuo. De igual forma beneficia en la prevención y el manejo de un padecimiento. De esta forma se maneja dentro de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Los puntos fundamentales son informar a la persona de su enfermedad, beneficiar el entendimiento y control del padecimiento, brindar soporte para lograr el ajuste del comportamiento, orientar la responsabilidad hacia el individuo, alentar el automanejo, beneficiar la resiliencia, fomentar hábitos saludables, reflexionar respecto a las experiencias del paciente y fomentar el afrontamiento activo hacia el padecimiento (Montiel y Guerra, 2016).

Formulación de la lista de chequeo

La metodología empleada para la evaluación es la lista de chequeo. Es un material elaborado en base a varios componentes o conductas que deben ser considerados al momento de ejecutar una actividad, manejar la elaboración de un plan, la presencia o carencia de componentes específicos enlistando ocurrencia. Su elaboración sigue una serie de puntos. Elaborar el listado de elementos. Señalar las propiedades del elemento a destacar. Adjudicar la relevancia de cada elemento para el resultado final. Identificar la temporalidad entre la que tiene que ser empleada la lista. Señalar el individuo que debe proporcionar los datos (Cardona y Restrepo, S.F).

Meireles, et al. (2017) muestran un ejemplo de la validación de listas de chequeo en el contexto de la salud, con la finalidad de validar una lista de chequeo primeramente se elaboran los relativos, en segundo lugar, se realiza jueceo mediante expertos buscando validez de contenido y en caso necesario realizando ajuste. Finalmente se realiza una revisión de la confiabilidad mediante a observadores interpersonales de acuerdo a la concordancia y al tamaño muestral.

2.- Método

Participante

Se obtuvo el apoyo de una paciente del servicio de medicina interna en el hospital Juárez de México, abordada en la consulta externa de Medicina Interna. Paciente femenina de 64 años de edad, originaria y residente del Estado de

México, escolaridad primaria, casada, católica. Con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.

Instrumento

Se retomó de Vizcarra (2013) su lista de chequeo empleada en su proyecto de tesis, posteriormente fue adaptada para el trabajo actual. La versión final pasó por la revisión mediante jueces expertos; profesionistas del hospital Juárez de México.

El instrumento final nombrado “lista de chequeo para pacientes diabéticos: conductas de autocuidado del pie”, es de opción de respuesta dicotómica (si/no), mantiene las cuatro clasificaciones de conductas del instrumento original (higiene, calzado, inspección y corte de uñas). Consta de 28 reactivos, 12 relacionados a la higiene, 8 de calzado, 3 de inspección y 5 de corte de uñas (anexo A).

Espacio físico

Se utilizó el segundo consultorio de psiquiatría del Hospital Juárez de México, ubicado en la planta baja del edificio A. El espacio mide aproximadamente 2 metros de ancho por un metro cincuenta de largo, equipado con tres sillas, un escritorio, un casillero, un archivero y una estantería, utilizado por los alumnos de la maestría en psicología con residencia en medicina conductual asignados a los servicios de medicina interna, hematología, trasplante renal, clínica del dolor y geriatría.

Procedimiento

La finalidad original era la implementación de un programa grupal para la prevención de pie diabético en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, se entregaron los oficios correspondientes en la unidad de enseñanza y la dirección médica del hospital, se había proporcionado el aula 3 de enseñanza para la realización del programa, en comunicación social proporcionaron los carteles que fueron colocados en las instalaciones del hospital y los mismos se publicaron en redes sociales. Sin embargo, no fue posible llevar a cabo el taller por problemas dentro de la institución.

Debido a esos problemas únicamente se pudo trabajar con una persona citada a través de consulta externa en Medicina Interna del hospital Juárez de México, se le invitó a participar en el estudio, con ella se llevaron a cabo tres de las cuatro sesiones programadas (de 11 a 12 am), la última sesión que era el seguimiento a un mes, no fue posible llevarla a cabo por problemas de la institución.

Con base en la técnica de psicoeducación se elaboraron las cartas descriptivas, con apoyo de la supervisora académica del programa de posgrado. Para la sesión uno, se abordaron las generalidades de la diabetes (epidemiología, etiología y síntomas) y posibles complicaciones de la diabetes. En la segunda sesión se abordaron factores de riesgo y conductas de autocuidado del pie. En la tercera sesión se retomó la teoría de autocuidado de Orem y la participante llevo a cabo las conductas de autocuidado en modelos artificiales de pie. En el cuadro 1, se presenta, la descripción de cada una de las sesiones.

Cartas descriptivas

Tabla 1.
Cartas descriptivas de las sesiones.

Instructor (es): Chesed Alfredo Ochoa Cuevas			Fecha:	Lugar: Consultorio de Medicina Conductual		
Sesión: 1						
Objetivo general:			Objetivos específicos:			
Que el paciente ejecute las conductas de autocuidado de los pies propias del paciente diabético en casa.			Evaluar de forma inicial al paciente.			
			Que el paciente identifique generalidades de la diabetes.			
Tiempo total de la sesión: 60 minutos			Que el paciente identifique posibles complicaciones de la diabetes.			
Componente Factores o variables	Actividades		Técnica	Material que se va a usar para este componente	Duración del componente	Forma en que se va a evaluar el componente
	Instructor	Participante				
Componente del tema o subtema que se va a impartir	Actividad que desarrolla el instructor	Actividad que desarrolla el participante				
Presentación	Presentación del psicólogo a cargo y los objetivos del taller. Indagar en dudas del paciente respecto al taller.	Escuchar Realizar preguntas.	Establecimiento de componentes de relación		5 minutos	No se evalúa
Pretest	Entregar la lista de chequeo para pacientes diabéticos a la usuaria. Brindar instrucciones respecto al llenado de la lista. Solicitar al paciente una fotografía de sus pies, indicando que se mantendrá la confidencialidad. Señalar la necesidad de no cortar sus uñas hasta la siguiente sesión.	Llenar la lista de chequeo.	Evaluación	Listas de chequeo	10 minutos	Lista de chequeo
Generalidades de la diabetes	Brindar Psicoeducación respecto a la diabetes (epidemiología, etiología y síntomas)	Escuchar	Psicoeducación	Presentación en PowerPoint	15 minutos	No se evalúa

Complicaciones de la diabetes	Brindar Psicoeducación respecto de las posibles complicaciones de la diabetes, finalizando por el pie diabético.	Escuchar	Psicoeducación	Presentación en PowerPoint	20 minutos	No se evalúa
Cierre	Explicar el uso del folder de evidencia (folder con hojas blancas). Instigar a la paciente a referir la información brindada durante la sesión. Mencionar generalidades de la próxima sesión.	Escribir tres datos de interés de la sesión en el folder de evidencia. Verbalizar un resumen de la sesión. Escuchar	Psicoeducación	Ninguno	10 minutos	Folder de evidencia

Tareas: **Observaciones:**

Instructor (es): Chesed Alfredo Ochoa Cuevas **Fecha:**
Sesión: 2 **Lugar:** Consultorio de Medicina Conductual

Objetivo general:
Que el paciente ejecute las conductas de autocuidado de los pies, propias del paciente diabético en casa.

Objetivos específicos:
Que el paciente identifique las conductas de autocuidado del pie.
Que el paciente ejecute las conductas de autocuidado del pie en casa.

Tiempo total de la sesión: 60 minutos

Componente del tema o subtema que se va a impartir	Componente		Técnica	Material que se va a usar para este componente	Duración del componente	Forma en que se va a evaluar el componente
	Factores o variables					
	Instructor	Participante				
Apertura	Aplicar la lista de chequeo. Brindar resumen de la sesión anterior.	Entregar lista de chequeo. Escuchar.	Evaluación	Lista de chequeo	10 minutos	Lista de chequeo
Conductas de autocuidado del pie	Brindar Psicoeducación respecto a las diferentes conductas de autocuidado del pie (higiene, calzado, corte de uñas e inspección), modelando la ejecución de las conductas mediante modelos del pie.	Realizar las conductas de autocuidado en los modelos.	Psicoeducación	Presentación en PowerPoint Pie de plástico al que previamente se le pintaron heridas propias del pie diabético. Pie de plástico al que previamente se le	40 minutos	No se evalúa

Cierre	Solicitar a la paciente escribir en su folder de evidencia, las conductas de autocuidado que recuerde en ese momento. Mencionar generalidades de la próxima sesión.	Escribir en el folder de evidencias las conductas de autocuidado que recuerde. Escuchar de forma activa.	Ninguna	colocaron uñas postizas. Ninguno	10 minutos	Folder de evidencias
Tareas:		Observaciones:				
Instructor (es): Chesed Alfredo Ochoa Cuevas				Fecha:	Lugar: Consultorio de Medicina Conductual	
Sesión: 3						
Objetivo general:				Objetivos específicos:		
Que el paciente ejecute las conductas de autocuidado de los pies propias del paciente diabético en casa.				Que el paciente identifique los componentes de la teoría de autocuidado.		
Tiempo total de la sesión: 52 minutos				Que el paciente interactúe con los modelos de pie y realice actividades que considere de interés en conjunto.		
				Evaluar la eficacia de la intervención psicoeducativa.		
Componente	Actividades					
Factores o variables	Instructor	Participante	Técnica	Material que se va a usar para este componente	Duración del componente	Forma en que se va a evaluar el componente
Componente del tema o subtema que se va a impartir	Actividad que desarrolla el instructor	Actividad que desarrolla el participante				
Apertura	Aplicar la lista de chequeo. Brindar resumen de la sesión anterior.	Entregar listas de chequeo. Escuchar.	Evaluación	Listas de chequeo	7 minutos	Lista de chequeo
Autocuidado	Informar respecto al modelo de autocuidado.	Escuchar.	Información	Información	15 minutos	
Modelos	Proporcionar los diferentes modelos del pie a la paciente.	Recibir los modelos.	Psicoeducación	Ninguno	5 minutos	No se evalúa
Explicación	Solicitar a la participante ejecutar las conductas de cuidado del pie apoyándose en los modelos.	Realizar las conductas de autocuidado, lavado, secado, corte uñas y humectación.	Psicoeducación	Ninguno	10 minutos	No se evalúa
Cierre	Mencionar generalidades de la próxima sesión Solicitar fotografías de los pies a la paciente	Escuchar de forma activa.	Ninguna	Ninguno	5 minutos	No se evalúa

en la próxima sesión.

Informar respecto a la ministración de kit (bolsa con toalla, tijeras para cortar las uñas, crema humectante, lima de cartón).

Tareas:			Observaciones:			
Instructor (es): Chesed Alfredo Ochoa Cuevas			Fecha:		Lugar: Consultorio de Medicina Conductual	
Sesión: 4 (no se llevó a cabo)						
Objetivo general:			Objetivo específico:			
Que el paciente ejecute las conductas de autocuidado de los pies propias del paciente diabético en casa.			Brindar seguimiento a la ejecución de conductas de autocuidado del paciente			
Tiempo total de la sesión: 45 minutos			* sesión no llevada a cabo.			
Componente Factores o variables	Actividades		Técnica	Material que se va a usar para este componente	Duración del componente	Forma en que se va a evaluar el componente
Componente del tema o subtema que se va a impartir	Instructor	Participante				
	Actividad que desarrolla el instructor	Actividad que desarrolla el participante				
Apertura	Aplicar la lista de chequeo. Solicitar a la paciente que entregue la fotografía de los pies.	Entregar listas de chequeo. Escuchar.	Evaluación	Listas de chequeo	10 minutos	Lista de chequeo
Experiencias	Solicitar a la paciente compartir sus experiencias con el taller y con la adquisición de conductas.	Redactar las experiencias individuales durante las sesiones y mencionarlas. Retroalimentar las experiencias pasadas por otros pacientes.	Psicoeducación	Ninguno	20 minutos	Folder de evidencia.
Reforzadores	Brindar el kit y constancia de participación en el taller a la participante.	Recibir el material proporcionado	Ninguna	Ninguno	10 minutos	No se evalúa
Cierre	Despedir a la paciente, invitándola a mantener el control metabólico.	Escuchar	Ninguna		5 minutos	No se evalúa
Tareas:			Observaciones:			

3.- Resultados

La lista de chequeo para la categoría de higiene, consta de doce conductas (emplear agua tibia, lavar las zonas por debajo del pie y entre los dedos, secar hasta la pantorrilla, emplear crema hidratante, lavar los pies con la mano, usar una toalla personal para el pie, usar jabón neutro, emplear una toalla únicamente para los pies, revisar la temperatura del agua con termómetro u apoyo de otra persona), en la gráfica 1, se muestra el porcentaje ejecutado para cada una de ellas, durante las tres sesiones. En ella se puede observar que el porcentaje de conductas con las que la paciente llegó al taller fue de 75%, en la segunda sesión se logra incrementar a 83% y en la tercera sesión se vuelve a observar un incremento hasta del 92%. Es decir, se puede suponer que el taller fue efectivo para incrementar el número de conductas incluidas en esta categoría.

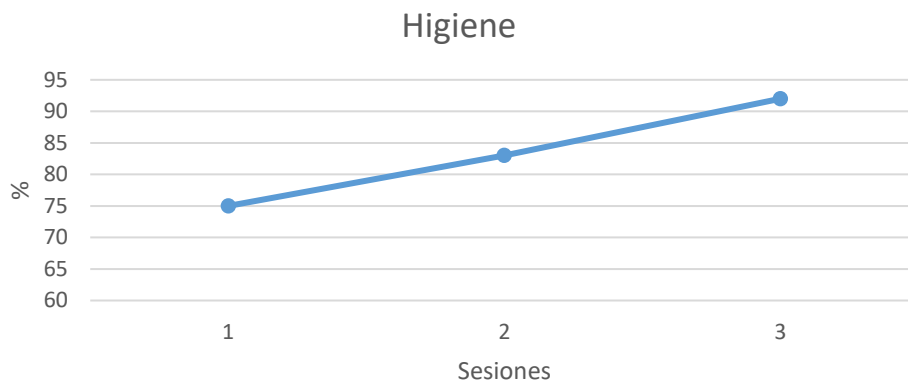


Figura 1. Porcentaje de conductas ejecutadas por la paciente en la categoría de higiene.

Con respecto a la categoría de calzado, la cual está compuesta por ocho conductas (usar zapato ligero y flexible, utilizar zapatos con tacón entre 3 a 4 cm,

usar zapatos a la medida, revisar el calzado con el tacto, cambiar de calcetines o medias, utilizar calcetín de fibra natura y a la medida además de no caminar descalzo), al inicio del taller la paciente ejecutaba el 50% de éstas, en la segunda sesión se mantuvo el mismo porcentaje y es en la tercera sesión en la que se observa un aumentó al 88% (gráfica 2).

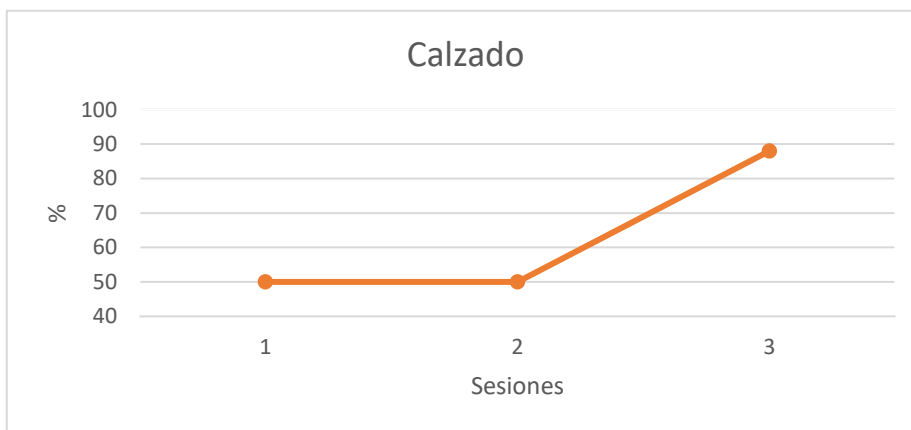


Figura 2. Porcentaje de conductas ejecutadas por la paciente en la categoría de calzado.

En la categoría de inspección, compuesta por tres conductas (examinar los pies en busca de irregularidades, utilizar un espejo o solicitar apoyo a otra persona para revisar sus pies y acudir al médico para la revisión de los mismos), en este caso el porcentaje de conductas ejecutadas por la participante se mantuvo en el 67% durante las tres sesiones, se podría suponer que su ejecución no se vio

alterada por las sesiones psicoeducativas (figura 3).

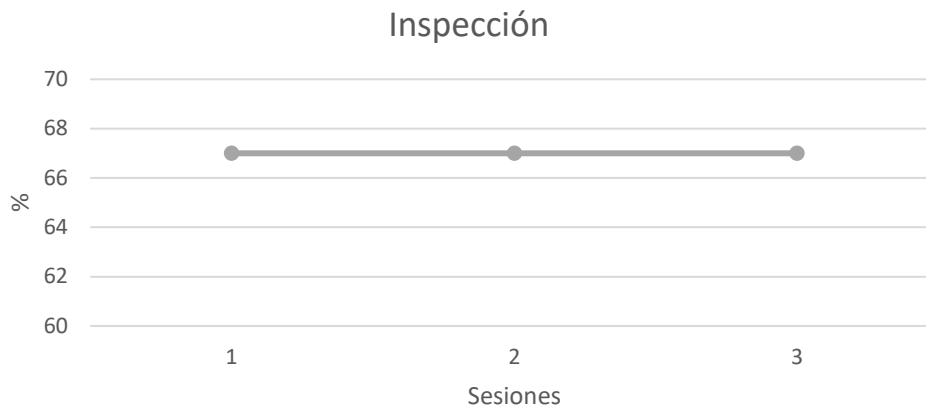


Figura 3. Porcentaje de conductas ejecutadas por la paciente en la categoría de inspección.

Para la categoría de corte de uñas se consideraron cinco conductas (realizar el corte de uñas después del baño, limar las uñas con lima de cartón, utilizar tijeras especiales para el corte, cortar las uñas dejando 1 milímetro en el borde y realizar el corte de forma horizontal), la participante indicó la ejecución del 40% de las conductas para la primera sesión, dicho porcentaje se mantuvo igual durante la segunda y tercera sesión (Figura 4).

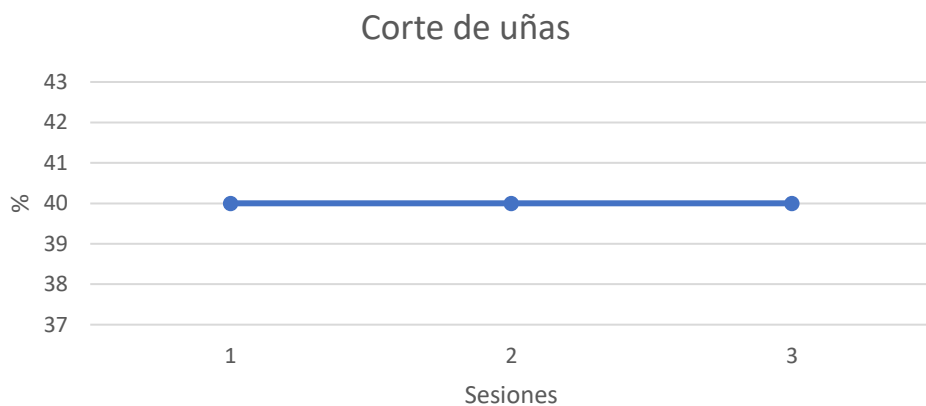


Figura 4. Porcentaje de conductas ejecutadas por la paciente en la categoría de corte de uñas.

Datos cualitativos

En el folder de evidencias, el cual se empleó desde la primera sesión, la paciente anotaba datos que ella consideraba de interés. La revisión del folder permitió conocer que anotó las complicaciones asociadas a la diabetes (visión, riñón, pies y la pérdida de sensibilidad en extremidades), la importancia de realizar una constante revisión de su control metabólico, el mantener la higiene personal, la dieta y el uso de medicamentos como una forma de protegerse de su enfermedad crónico-degenerativa. Durante la segunda sesión la información recolectada en el folder, fue el lavado de pie a mano sin tallarlo, revisar el calzado, usar calzado a la medida, usar jabón neutro, emplear agua tibia y revisar su temperatura. El empleo del folder permitió contrastar lo que la paciente aprendió con lo que en realidad hacía, como, por ejemplo, en el folder refería que se debía comprobar la temperatura del agua, por medio de un termómetro o solicitando la ayuda del otro para comprobarla, sin embargo, no se logró que llevara a cabo esta conducta.

Finalmente, es importante mencionar las verbalizaciones de la paciente durante las sesiones, porque son un reflejo de la experiencia de la paciente, tanto en su interacción con su enfermedad como con el taller.

“Qué bueno que me explica eso, también yo quisiera explicárselo a mis hermanos y a mi esposo, todos somos diabéticos, pero ellos no quieren cuidarse” (Sic.Pac).

“La verdad a mí se me hace incomodo usar calcetines, estoy acostumbrada a no usar nada con mis zapatos, aunque sean cerrados, luego siento que el calcetín como que me raspa, ¿también puede ser por el tipo de calcetín que uso?” (Sic.Pac).

“Sí me preocupa el pie diabético, he tenido familiares que lo han tenido es algo muy feo” (Sic.Pac).

4.- Conclusiones

Con base en los resultados obtenidos, se puede afirmar que el taller favoreció la adquisición de conductas de autocuidado del pie, mediante la intervención psicoeducativa en las categorías de higiene y calzado. Las categorías de inspección y corte de uñas no presentaron cambios.

En la categoría de higiene, se evidencia que aplicar el cuestionario pudo haber sido un variable que modificará los resultados de la prueba, antes de que se le brindará a la participante la psicoeducación sobre las conductas de autocuidado, debido a que de la primer a la segunda sesión la paciente refirió emplear una toalla específica para los pies, conducta que es considerada correcta, pero a su vez, indicó la conducta de frotar el pie con la toalla. que es considerada errónea, posteriormente fue corregida durante la segunda sesión y alterada para la tercera sesión. La aparición de cambios en la conducta aún sin la intervención psicoeducativa, pudiera atribuirse a deseabilidad social. Toobert, et al. (2000), retoman siete estudios donde se comparan las mediciones en instrumentos de lápiz y papel, con los resultados de los análisis médicos de los pacientes,

evidenciando el efecto de la deseabilidad social, recomendando considerar dicho sesgo que provoca el empleo de cuestionarios o registros. Dicho fenómeno lleva a dificultades en la confiabilidad de los cuestionarios y se retoma en las recomendaciones de Gaslow, (2005), quien sugiere invertir en la investigación a la sensibilidad al cambio, administrar cuestionarios confiables en paralelo y el uso de enfoques más actuales de medición como la teoría de respuesta al ítem.

En relación al calzado, al inicio de las sesiones la participante indicó utilizar calzado cerrado, pero sin calcetines, el que la participante empezará a utilizar calcetines, implicó la ejecución y la implementación de dos conductas más (empezar a utilizar calcetín de fibra natural y cambio de calcetines diariamente). Otra conducta modificada fue caminar descalza, la cual se reportó eliminada. Por otra parte, la conducta que no fue ejecutada en la tercera sesión por la participante fue emplear zapato con tacón de 3 a 4 cm, al inicio si era hecha, pero fue dejada de hacer, aun cuando el uso de tacón se considera adecuado. No se buscó que la paciente volviera a usar zapato de tacón debido a que, aunque está permitido su uso, no es una conducta que necesariamente beneficie a la salud, puesto que como menciona Maarouf, (2015), el uso de tacón puede ocasionar callos, dedos de martillo, juanetes y fascitis plantar. La historia de los zapatos de tacón se remonta a la realeza francesa, donde se usaban como símbolo de prestigio y con los años se convirtieron también en un representante del erotismo y la moda.

La conducta que no se implementó en la categoría de inspección, fue solicitar apoyo para revisar los pies de la paciente o en su defecto apoyarse en un espejo, esto comparte características con la única conducta no ejecutada en la categoría

de higiene, que era solicitar apoyo para revisar la temperatura del agua o utilizar un termómetro. Ambas conductas requerían de la persona una tarea que implicaba habilidades sociales, como solicitar ayuda tanto para la revisión de los pies y la temperatura del agua, estas conductas no las llevo a cabo aun cuando en el folder de evidencia da cuenta de que la participante sabia la importancia de llevar a cabo estas dos conductas. Lo anterior podría remarcar la importancia de abordar otras variables relacionadas, como en este caso pudo haber sido la falta de habilidades sociales para pedir ayuda y esto podría actuar como una barrera al momento de instaurar conductas de autocuidado en los pacientes, de acuerdo a RamBiharilal, et al. (2013) estas posibles barreras serían la actitud, las creencias, las capacidades lingüísticas, las comorbilidades y la comunicación efectiva.

Finalmente, la categoría de corte de uñas fue la más afectada en su medición al cortar las sesiones. Se brindó la indicación de no cortar las uñas hasta haber pasado 15 días, por esto, la paciente no reportaría cambios en su ejecución hasta que llegara la cuarta sesión. Las mediciones que se obtuvieron en la primer, segunda y tercera sesión, únicamente se refieren al corte de uñas de la participante antes del taller.

Las limitaciones institucionales conllevaron un gran cambio en el método, para próximos estudios se propondría la realización directamente de un diseño n:1 con línea base múltiple o un abordaje de grupos con diseño preexperimental (pre y postprueba). En futuros trabajos se sugiere retirar el reactivo respecto al uso de calzado con tacón de la lista de chequeo y abordar las habilidades sociales del participante.

Datos cualitativos

De las verbalizaciones de la participante, se rescata qué la diabetes afecta a la familia como unidad y no solo al individuo “Que bueno que me explica eso, también yo quisiera explicárselo a mis hermanos y a mi esposo, todos somos diabéticos, pero ellos no quieren cuidarse” (Sic.Pac).

Aun cuando el material genético es importante para la aparición de la diabetes, la calidad de la alimentación y la frecuencia del ejercicio físico, son factores sumamente importantes (Pinto y García, 2014). Así, esto señalaría un mal apego a estos hábitos por parte de sus familiares, conducta observada por nuestra participante y que puede traducirse en un mal apoyo familiar, de acuerdo a Ávila, et al. (2013) un mal apoyo familiar se correlaciona positivamente con un mal control glicémico, lo que implicaría que, la condición de falta de apego al tratamiento por parte de sus familiares podría actuar como un factor de riesgo para las complicaciones de su propia diabetes.

En cuanto a la verbalización relacionada al no uso del calcetín, la paciente mencionaba que era una costumbre, aun cuando sabía que eso era inadecuado para su salud. Al igual que ocurre normalmente en los padecimientos crónico-degenerativos, tomando como ejemplo el sedentarismo en las personas que viven con diabetes (Valliyot, et al., 2013).

Es importante señalar que los datos cualitativos tuvieron la finalidad de señalar situaciones observadas en el caso y podrían ser retomados en futuros estudios.

Reporte de experiencia profesional

1.- Panorama histórico de la Medicina Conductual

El panorama histórico de la Medicina Conductual normalmente es adjudicado a Sigmund Freud seguido, por la medicina psicosomática cuando este podría ser iniciado desde Hipócrates (500 A.C) con la teoría de que el estado de salud era la combinación de diferentes sustancias que alteraban los estados emocionales y que en caso de enfermedad se encontrada desajustados, la intervención se dirigía hacia el ajuste de dichos elementos. Posteriormente Galend (2 A.C) orienta su propia teoría de la enfermedad hacia el daño originado en los órganos del cuerpo, pese a que este énfasis en lo orgánico siguió, se conoce de varios individuos que adoptaron estrategias psicológicas al paso del tiempo. En 1600 Sydenham, maneja la observación directa en búsqueda de un mayor entendimiento de sus pacientes y sus síntomas, consideraba que espíritus animales podrían enfermar el cuerpo. En 1770 Gregory, describió el dolor crónico en pacientes catalogados como nerviosos manejando la posible relación entre un estado emocional y quejas respecto a síntomas físicos que cien años después serian catalogados como psicosomáticos (Felgoise, 2005).

El trabajo realizado en el estudio del comportamiento durante los años sesenta se presentó en conjunto a resultados inadecuados provenientes de la medicina psicosomática. En los años setenta el análisis del comportamiento se desplazó en dirección a diversos campos y fenómenos de estudio, de esta manera la psicología clínica mantiene su desarrollo con una base teórica en los experimentos

del conductismo, esto no fue diferente para los profesionistas de la Medicina Conductual. A expensas de que Birk (1973) definió la Medicina Conductual como un sinónimo de biofeedback posteriormente Schwartz y Weiss en Yale, 1977 en conjunto a Blanchard, 1977 y Pomerlau y Badry, 1979 definían la Medicina Conductual relacionándola con la psicología conductual en una naturaleza interdisciplinaria y asociándola al proceso de intervención, las definiciones variaron en cuanto a la importancia que se le atribuía a cada elemento, pero mantenían como objetivo producir información sobre la relación salud-enfermedad (Varela, 2014).

En 1977 en la Universidad de Yale se realiza el primer congreso de Medicina conductual con especialistas de la salud y del área de ciencias sociales, en dicho evento además de determinar el concepto de Medicina Conductual, como área interdisciplinaria donde se incorpora la información biomédica y social se dirigen los esfuerzos de dicha rama para la elaboración y ejecución de programas en los diferentes niveles de atención. En 1978 es fundada la academia de Investigación en Medicina Conductual, dicha institución determina de forma afín a la Medicina Conductual como la unión de la ciencia de la conducta con la biomédica, con el objetivo de implementar información y procedimientos dirigidos a los distintos niveles de atención. En marzo del mismo año el panorama aumenta de forma veloz, publicando el primer ejemplar del diario de Medicina Conductual con Doyle Gentry académico de la universidad de Duke, docente de psicología medica como editor (Schwartz & Weiss, 1978, como se citó en Rodríguez, 2010). En 1982

Blanchard como se citó en Rodríguez, 2010, alude a tres eventos que facilitaron el nacimiento de la Medicina Conductual durante los 70's. El primero es la eficacia de estrategias con la función de alterar la conducta, con su triunfo previo en pacientes psiquiátricos que empezaron a ser aplicadas a pacientes con problemáticas relacionadas a la salud. El segundo fue el progreso en el biofeedback que demostraba la posibilidad de afectar la función fisiológica mediante la función corporal, permitiendo implementar de forma efectiva estrategias terapéuticas en individuos con trastornos somáticos. Un tercer evento, la atención enfocada en el cáncer y las enfermedades cardiovasculares como causas de defunción en adultos y el reconocimiento de la conducta como parte del tratamiento.

Inicialmente la Medicina Conductual se cimentó en la atención individual con premura en la respuesta hacia fenómenos específicos cuyo abordaje resultaba ineficiente, logrando integrarse al repertorio habitual del terapeuta que reconocía que un problema no se limita únicamente a lo biológico (Roth, 1990).

El agrandamiento de la Medicina Conductual durante los setenta se dirigió principalmente hacia las áreas de cáncer y las enfermedades cardiovasculares que cambiaron el énfasis en la identificación de patrones de personalidad hacia el comportamiento modificable del individuo, retomando el impacto que esta área tiene en el coste médico de los pacientes, identificando costes menores cerca de 2203 dólares en estados unidos con ventaja ante otras alternativas terapéuticas (Trask, et al. 2002).

Para Flores (1991) la Medicina Conductual es un campo derivado de la psicología clínica, manejándola como sinónimo de psicología de la salud. Al emplear el término medicina como el procedimiento para sanar los padecimientos de las personas mezcla ambos términos, distinguiéndolos por la metodología detrás de cada uno al incluir cualquier paradigma dentro de la psicología de la salud y solo el análisis comportamental en la Medicina Conductual, entre otras características. Clarificando que la Medicina Conductual, sea bajo la percepción de psicología derivada de la psicología clínica o como sinónimo de biorretroalimentación no se muestra orientada únicamente al componente afectivo que se asocia a la aparición de enfermedades, se dirige hacia la conducta (en cada nivel) y el bienestar físico de las personas.

Un campo interdisciplinario como la Medicina Conductual despierta interés respecto a su interacción con áreas como la médica y la psiquiátrica, Matarazzo y sus colaboradores en 1953 desarrollaron un arquetipo de esquema en el que se intentó sintetizar el estudio e identificación de variables del contexto y el organismo que influían en el estrés retomando genética y aprendizaje, justificando la inclusión de equipos con múltiples profesionistas que pudieran atender las múltiples necesidades del individuo relacionadas a una misma problemática. En 1961, publicaron respecto a la interacción de síntomas atendidos por el personal médico y el psiquiátrico, cuyos resultados indican que los síntomas médicos predicen a los psiquiátricos (Cerezo y Hurtado, 2012).

Posteriormente a estos eventos, en 1990 Robert Kaplan exhibe el razonamiento de que la conducta tiene que percibirse como el principal cambio durante las intervenciones para la salud, resaltando que son de mayor relevancia al alterar el tiempo y la condición de vida que influyen en el bienestar y el reclamo asociado a síntomas. Insinuó que el enfoque biológico ha orientado en senderos erróneos a los profesionistas, disputándolo en su carácter de predilección debido a tendencia, resaltando que tanto las medidas comportamentales como las biológicas mantenían límites, pueden ser abordadas y confundidas entre ellas, diferenciándose principalmente por el enfoque hacia las variables y resaltando que la funcionalidad del individuo sería mediada por la conducta y no por los síntomas (McCracken, 2011).

1.2. Medicina Conductual en México

Mientras las raíces históricas se vinculen a Estados Unidos, abordar la implementación de la Medicina Conductual en México, implicara en cierta medida relacionarlo, en 1960 Víctor Alcaraz, Emilio Ribes, Antonio Gago entre otros, dieron inicio al análisis de la conducta mediante la Universidad Veracruzana en México, brindándole fuerza a la psicología empírica. En 1967 López y Barrera crean el centro de entrenamiento y educación especial, representando la primera institución de análisis conductual aplicado (Martínez, 2006, Cómo se citó en Rodríguez, 2010).

Respecto a la ejecución detrás de la Medicina Conductual en México. Durante los setenta la Universidad Nacional Autónoma de México ampliaba su oferta estudiantil de la que en la ENEP Iztacala se derivó hacia la inclusión de la psicología como campo de estudio albergando el aprendizaje de la psicología clínica con enfoque conductual, tres años después la institución implementó un programa de posgrado en modificación de la conducta que abordaba dentro de uno de sus campos el estrés, la retroalimentación biológica y las enfermedades. En 1981 se organiza el primer simposio internaciones de Medicina Conductual en México, orientando a la atención de algunos profesionistas hacia dicha área. Finalmente es en 1999 que se inician actividades en la residencia de Medicina Conductual, estableciendo un acuerdo con la Dirección General de Educación en Salud de la Secretaría de Salud derivado de un previo entre la Facultad de Psicología y los servicios de salud mental de la secretaria de salud y permitiendo a los alumnos integrarse en hospitales de tercer nivel como parte de un programa supervisado para la preparación profesional (Reynoso, 2014).

En México la residencia de Medicina Conductual mantiene la atención en promover al psicólogo como colaborador con el médico para la curación, rehabilitación o promoción de salud del paciente, lo necesario para dicha labor es la identificación de la conducta del paciente que influye en lo fisiológico o si los distintos niveles de comportamiento relacionados al contexto influyen en su salud, soportando el trabajo del profesionista en un panorama cognitivo-conductual y los procedimientos propios de dicha rama de la psicología. Siendo México un país cuyos principales motivos de fallecimiento están involucrados con las conductas

de la persona, el apego a toxicomanías, falta de adherencia al tratamiento médico, falta de ejercicio en la rutina, malos hábitos alimenticios y comportamientos inadecuados propiciados por la influencia social (Reynoso, 2011).

En relación a la divulgación de la Medicina Conductual; En el 2001 se establece la Sociedad Mexicana de Medicina Conductual con Graciela Rodríguez Ortega como presidenta fundadora. Un año después se lleva a cabo el Coloquio de Medicina Conductual. En el 2005 se organiza la Primera Reunión Regional Latinoamericana y del Caribe de Medicina Conductual en la Ciudad de México. En el 2006 se lleva a cabo el Coloquio de Medicina Conductual, centrado en las enfermedades crónico-degenerativas, en el 2009 se lleva a cabo otro coloquio donde se incluye a organizaciones procedentes de diferentes partes de México, indicando una mayor apertura a esta área tanto en zonas rurales como urbanas del país de esta forma la Medicina Conductual en México se define por juntar profesionistas de diferentes ámbitos con el objetivo de establecer directrices que permitan dirigir a la comunidad a una mejor calidad de vida confrontando los desafíos de los centros de cuidado de la salud (Rodríguez, 2010).

2. Historia del Hospital Juárez de México

A partir de su inicio el Hospital Juárez se ha relacionado con acontecimientos importantes en la historia de México, la forma en que estos han afectado a la institución han logrado colocarlo como la cuna de la cirugía en México. En 1837, de forma posterior a la posesión del puerto de Veracruz por fuerzas opositoras

provenientes de Norteamérica, los invasores vencen a Santa Ana y posteriormente toman Puebla, preparándose para dirigirse hacia la capital, es por esta razón que el ayuntamiento presenta preceptos como establecer una comisión especial dirigida por el Regidor de Hospitales Licenciado Don José Urbano Fonseca, estableciendo Hospitales de sangre que otorguen atención a los heridos. En base a uno de estos hospitales ubicado en el edificio del Colegio de los Agustinos de San Pablo al cual llegaron los primeros heridos el 23 de agosto de 1847 dirigido por Sor Micaela Ayanz y un grupo de monjas. En la segunda mitad del siglo XIX, con el Dr. Don José Ignacio Duran como director de ciencias médicas el Hospital del San Pablo empezó a tener uso relacionado a la educación en un campo clínico. El día 18 de julio de 1872, ante el fallecimiento del benemérito de las américas se realizó la propuesta de cambiar el nombre al hospital de San Pablo, siendo aprobada el 19 de julio de 1872 pasando a llamarse el Hospital Juárez de México. Otros eventos importantes en la historia de la institución son la ejecución de la primera radiografía en México el 1 de octubre de 1867 por el Dr. Tobías Núñez. Los doctores Barcelo y Villagran (1860) fueron los segundos en realizar una transfusión sanguínea en América el segundo en hacer una transfusión sanguínea, en 1942 se fundó el primer banco de sangre del país, entre otros eventos. (Subsecretaria de Innovación y Calidad, S.F)

El hospital fue marcado a partir del temblor ocurrido en 1985 al verse afectado de forma posterior a dicho evento los empleados de la institución

liderados por el Dr. Jesús Aguilar Rodríguez, iniciaron esfuerzos para la reconstrucción de la instalación, trasladándolo a otra ubicación debido a la disposición de este tipo de eventos en la zona anterior. A partir de este momento el hospital se ubica en la Av. Instituto Politécnico Nacional, sus actividades se reestablecieron en 1989. La institución ha aportado en la formación de profesionistas de la salud apoyando a diversas universidades a lo largo del tiempo. (Zaldivar y Rodríguez, 2014).

3. Descripción de las instalaciones y servicios con los que cuenta el Hospital Juárez de México

La misión del hospital es ofrecer asistencia médico quirúrgica con calidad, seguridad, ética y humanismo; formar recursos humanos de excelencia y generar investigación científica alineada a las prioridades de salud nacional e internacional (Manrique, M. 2014).

La visión de la institución es otorgar servicios médico quirúrgicos de alta especialidad con efectividad, calidad, seguridad y equidad, la formación de recursos humanos para la salud con los conocimientos y práctica acorde a las necesidades epidemiológicas, demográficas y tecnológicas del país y el desarrollo de investigación en el área de la salud que permita mejorar la atención médica y de esta manera contribuya al fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud (Hospital Juárez de México, 2014).

El organigrama general de la institución se muestra en la figura 5. Obtenido de la Subsecretaría de Innovación y Calidad (S.F)

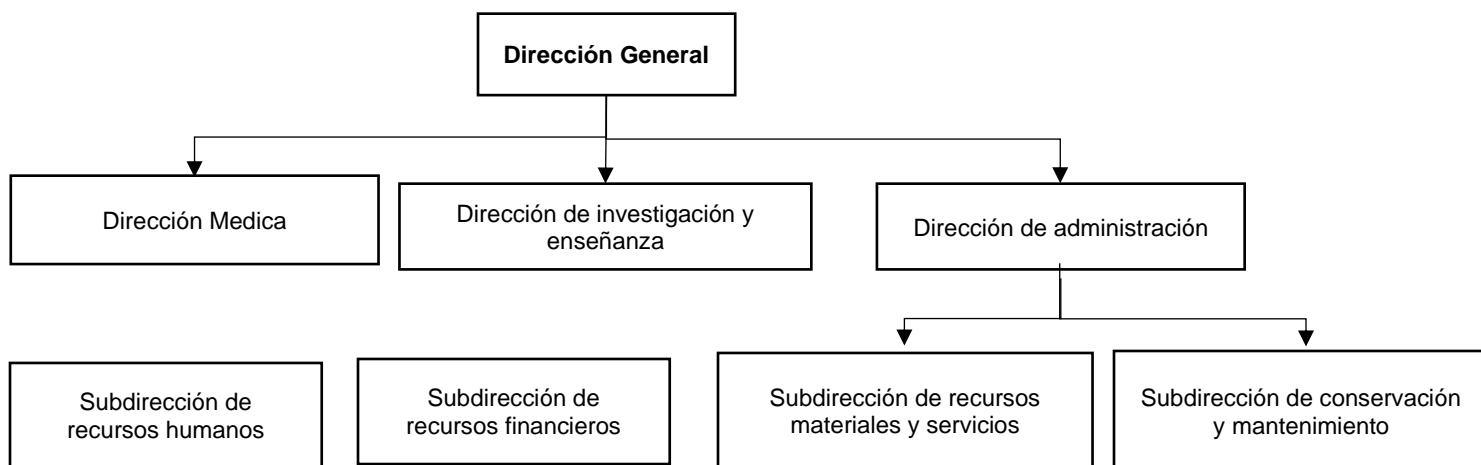


Figura 5. Organigrama del Hospital Juárez de México. Obtenido de la subsecretaría de innovación y calidad (S.F).

El Hospital Juárez de México es una institución gubernamental que cuenta con 6 edificios dignados de la letra A hasta la F y un estacionamiento, la entrada principal es por el edificio A que representa el edificio más alto con cuatro pisos y el edificio E es el más bajo con un piso. La función de cada uno de ellos se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2

Función de cada edificio del Hospital Juárez de México

Letra	Función de los edificios
A	Consulta externa, Archivo Clínico y Cajas.
B	Rayos X, Cirugía Refractiva, Hemodiálisis, Nefrología, Trasplantes, Oficinas de Gobierno y Auditorio.
C	Quirófanos, Terapia Intensiva, Urgencias, Patología, Medicina nuclear, Oncología, Rehabilitación y Medicina Física.
D	Hospitalización (Medicina Interna, Ortopedia, Nefrología, Hematología, Otorrinolaringología), Admisión, Trabajo Social, Banco de Ojos, Escuela de Enfermería y Laboratorio Clínico.
E	Enseñanza e Investigación y Aula Magna.
F	Servicios Generales y Mantenimiento.

4. Servicio de Medicina Interna en el Hospital Juárez de México

La Medicina Interna es una de las cuatro grandes divisiones de la medicina clínica; 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. Aunque 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 historia del servicio en el Hospital Juárez se relaciona directamente con el Dr. Tanur quien ingreso al hospital en 1963 y culminó actividades en 1970 estableciendo el departamento de Gastroenterología en el Hospital de la mujer. El doctor Tanur no utilizó camas ni pisos para establecer Medicina Interna, la impulso inicialmente atendiendo interconsultas con pacientes pertinentes para dicha especialidad, con el precepto de que de esta forma el resto del personal comprendería la relevancia de dicha práctica, acercando a aquellos que quisieran entrar en dicha especialidad, posteriormente el Dr. Acosta Ysais estableció al Dr. Tanur con la mitad de las camas de un servicio quirúrgico para establecer ahí Medicina Interna. (Rodríguez, 2014).

Actualmente 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 6.

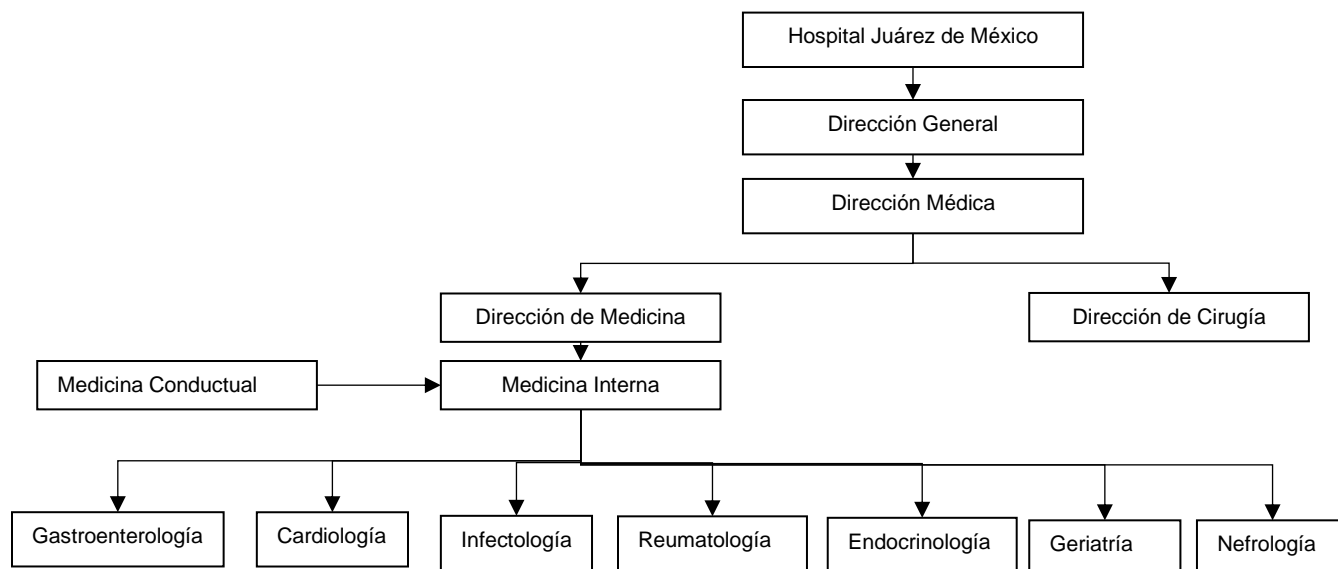


Figura 6. Organigrama de Medicina Interna en el Hospital Juárez de México. Obtenido de Vizcarra, I. (2013).

El servicio de Medicina Interna 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 preasignadas treinta camas fijas, distribuidas principalmente en el tercer piso del edificio de hospitalización, a su vez se utilizan camas de otros servicios para cubrir las necesidades del área incluyendo del segundo y primer piso. La consulta externa está ubicada en el segundo piso en el consultorio número 45 el cual cuenta con dos cubículos.

El equipo de trabajo está constituido por:

- Jefe de Servicio: Dra. Lizbeth Teresa Becerril Martínez

- Médicos Adscritos:
 - Dra. Edith Flores Hernández.
 - Dra. Claudia Esperanza García Vudoyra.
 - Dra. Velia Martínez Hernández.
 - Dr. Fausto González Villagrán.
- Médicos Residentes: realizan rotaciones cada dos meses entre las diversas subespecialidades de Medicina Interna.
- Trabajo Social.
- Residentes de Medicina Conductual: Se realizan rotaciones cada dos años.
- Médicos Internos de Pregrado: Realizan rotaciones quincenales.
- Enfermeras: Existen tres turnos diferentes.
- Estudiantes: Varían de acuerdo al semestre escolar, pertenecientes a diferentes instituciones.

La Figura 7 muestra las líneas de autoridad dentro del servicio.

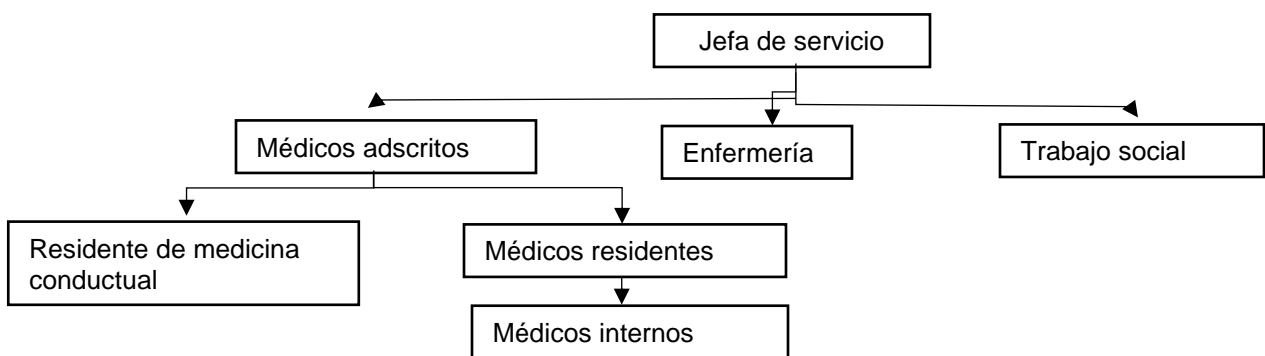


Figura 7. Líneas de autoridad en medicina interna. Adaptado de Vizcarra I, 2013.

5. Funciones del psicólogo en Medicina Interna

La Medicina Interna representa el área de especialización que ha favorecido la generación de las demás especialidades. Su perfil tiende al cambio, forzando a tomar diferentes papeles. Existen dos cuestiones importantes, primero el internista tiene que poder asistir a los pacientes que no pueden ser clasificados en otro servicio, ya sea por lo anormal del padecimiento o de la metodología empleada en segundo lugar debe brindar apoyo a los pacientes de otros servicios que, por diversos motivos, no pueden ser atendidos por el personal correspondiente. Dicho rol demanda versatilidad para adaptarse a las labores de asistencia y un amplio repertorio conceptual. (Servicio de Medicina Interna del Hospital General Reina Sofía, 2012).

La función del psicólogo en el servicio se modula según la problemática a abordar, en forma general se atiende a individuos que conllevan una enfermedad crónico-degenerativa o se encuentran en el proceso diagnóstico de un padecimiento. La adherencia al tratamiento médico y el cuidado de la salud son los principales temas de interés en el servicio, los cuales son mediados por una serie de variables de índole cultural, económica y social, habitualmente son pasados por alto desde el panorama médico, la diabetes mellitus es una enfermedad que se incluye en dicho campo donde se han implementado programas para su control epidemiológico y médico con un bajo o nulo impacto (Gonzales, et al., 2011).

En menor medida se atienden pacientes paliativos, quienes se enfrentan a una problemática que pone en riesgo su cuerpo, propicia la pérdida de su funcionalidad, presentan dolor y un riesgo alto de fallecimiento. Estos eventos conllevan la presencia de dificultades psicológicas como el desamparo, depresión, ansiedad, delirio, miedo, agitación, dependencia, vulnerabilidad, inseguridad. Disminuyendo su calidad de vida, confrontando en conjunto a su grupo de apoyo (familia) eventos que ponen a prueba su capacidad de adaptarse hacia el diagnóstico. Dentro de este servicio, el primer contacto psicológico representa el evento de mayor importancia (principalmente porque en el contexto hospitalario es la única ocasión donde se puede brindar orientación a un paciente que posteriormente será estabilizado y enviado a su hogar para mantener el tratamiento), se debe atender la sintomatología principal, su pronóstico, la sintomatología secundaria, además de antecedentes personales y familiares. El profesional de psicología requiere identificar las alternativas realistas respecto a la condición del paciente, indagar datos, instigar al paciente la comunicación, se oriente hacia cada problemática, el psicólogo representa un enlace entre los pacientes y el personal médico (García, et al., 2008).

The American Psychological Association (2013) agrega lineamientos para la función del psicólogo en el contexto hospitalario de forma general, estableciendo que el psicólogo debe mantenerse consciente de sus obligaciones legales y éticas como miembro de una profesión autónoma, debe buscar entender de forma interna y externa las expectativas y requisitos impuestos por los sistemas donde realiza su práctica, debe estar preparado para aclarar sus funciones y distintos

roles ante los otros profesionales de la salud. También se agregan ciertos privilegios como buscar nombramientos personales y privilegios clínicos en los sistemas de salud e involucrarse en el desarrollo de las instituciones. Y se establecen competencias necesarias como mantener una especialización adecuada e incita al profesionista a involucrarse en la administración y manejo tanto de la psicología como de la formación de otras profesiones dentro de la institución.

5.1 Actividades específicas del residente de Medicina Conductual en el servicio de Medicina Interna

El residente de Medicina Conductual cuenta con actividades dentro del servicio las cuales ejecuta en conjunto los médicos adscritos y médicos residentes de Medicina Interna, cambia de adscrito cada dos meses. Las actividades se enlistan a continuación:

Atención en hospitalización

Atender a los pacientes que se encuentran en hospitalización, llevando el proceso de adaptación al contexto hospitalario o hacia su enfermedad con énfasis en el beneficio del paciente, abordando también aquellas variables que afectan de forma indirecta en dicho proceso de adaptación como síntomas de depresión, ansiedad y factores psicológicos que afectan a la enfermedad o la hospitalización.

Consulta externa de Medicina Interna

Asistir a consulta externa brindando apoyo al personal médico en la identificación de las variables comportamentales o cognitivas que pueden afectar en la problemática del paciente en caso de ser requerido, ayudar instrumentalmente ante la misma demanda y principalmente observando a los pacientes para referirlos al servicio de Medicina Conductual en caso de ser valorado como necesario.

Consulta externa de Medicina Conductual

Atender pacientes en consulta externa. El servicio de Psiquiatría brinda de un consultorio para los estudiantes del posgrado en Medicina Conductual asignados en Hematología, Clínica del dolor y Medicina Interna, es empleado para dar seguimiento a los pacientes de los respectivos servicios. En caso de Medicina Interna la tendencia es el abordaje de casos con incumplimiento terapéutico que estuvieron hospitalizados o en consulta externa de Medicina Interna y en menor medida el abordaje de pacientes referidos como difíciles por el personal médico que son atendidos en consulta externa de Medicina Interna.

Redacción de notas

Posteriormente a las intervenciones, se realiza la nota de evolución correspondiente del paciente en base al modelo SOAP y notas de seguimiento. En

dichas notas se realiza una presentación del paciente y posteriormente se redactan:

- Subjetivo. La información reportada por el usuario que caracteriza los síntomas del paciente con relación al motivo de consulta.
- Objetivo. El examen mental del paciente que representa aquellos rasgos observables durante la entrevista 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 sensoperceptuales o motoras, inteligencia promedio, contenido de pensamiento, locus de control, estilo de afrontamiento, redes de apoyo, noción y consciencia de enfermedad.
- Análisis. La conclusión en base a la integración de los subjetivo y lo objetivo. Fundamentalmente se basa en el diagnóstico en función al DSM IV y resultados de pruebas psicométricas en caso de haberlas empleado.
- Plan. Se incluyen las acciones que se llevaron a cabo durante la sesión y las acciones planeadas para futuras intervenciones en congruencia al análisis reportado anteriormente (Bravo, 2017).

Incluyendo la supervisión de las notas de evolución por parte de psiquiatría, al fungir como supervisor in situ de los residentes de Medicina Conductual.

Interconsultas

Generar interconsultas al servicio de Psiquiatría para los pacientes de Medicina Interna, identificando los casos pertinentes para el abordaje psiquiátrico, solicitando apoyo durante y de forma posterior a la hospitalización del paciente, favoreciendo la comunicación entre ambos servicios.

Actividades académicas

Sesión de Artículo

Se realiza una exposición semanal de artículos de psicología aplicada, cada residente expone un artículo relacionado con variables psicológicas abordadas en su servicio asignado que considera de interés.

Caso clínico

La presentación de casos clínicos es realizada de forma semanal. Los residentes preparan casos de intervención abordados por ellos mismos. El caso debe mantener de forma mínima cuatro sesiones y ejemplificar el abordaje hecho por parte de Medicina Conductual en un caso de pertinencia. Durante la sesión el caso es abordado por los supervisores y el resto de los alumnos, enfocándose hacia áreas de oportunidad y aportaciones hacia el caso, en búsqueda de favorecer el aprendizaje de todos los alumnos.

Sesión general

La asistencia a la sesión general. De forma semanal el residente asiste a las sesiones impartidas en el hospital donde se presenta diversos temas de interés para el personal del hospital, mayormente exponiéndose hacia temas de índole médico y administrativo que ocurren dentro de la institución.

Sesión de supervisión académica

Las sesiones de supervisión académica varían según el servicio al que el alumno es asignado, en el caso de los alumnos en Medicina Interna. Durante la supervisión se solicita orientación para los casos de pertinencia dentro del hospital, la elaboración del caso clínico, aspectos generales que influyan en el trabajo dentro del servicio, en menor medida se revisan temas teóricos de interés para el grupo de supervisados (durante la rotación del 2018-1, este grupo se componía de los alumnos en Medicina Interna, Hematología y Trasplante Renal).

Sesión conjunta con la Unidad Salud Mental Comunitaria

En ocasiones se realizan sesiones en conjunto al personal de salud mental, el criterio para esto es que exista un caso que es atendido por ambos servicios y el objetivo de la sesión es brindar claridad para el abordaje psicológico del paciente.

6. Productividad

A continuación, se muestra la estadística de los pacientes atendidos durante la residencia en el servicio de Medicina Interna.

La rotación en el servicio de Medicina Interna del Hospital Juárez de México, se realizó en el periodo de enero del 2018 a abril del 2019. Atendiendo 569 pacientes y familiares, todos mayores de edad y con padecimientos relacionados al control metabólico, en proceso diagnóstico para su posterior canalización al servicio especializado o en estado de gravedad canalizados desde el servicio de urgencias, en la tabla 3 se muestra la distribución por género y tipo de consulta.

Tabla. 3

Pacientes atendidos según el género y tipo de consulta.

Tipo de consulta	Hombres	Mujeres	Total
Primera vez	294	275	569
Subsecuente	217	226	443
Total	511	501	1012

En la tabla 4 se muestran los pacientes atendidos según el género y área de atención. Se aprecia que la atención se brindó mayormente en hospitalización, que se abordaba en horarios de 11 am a 2 pm. Se atendieron más hombres en hospitalización y acudieron más mujeres a consulta externa y en interconsulta se atendieron únicamente a mujeres.

Tabla. 4

Pacientes atendidos según el género y área de atención.

Área de atención	Hombres	Mujeres	Total
Hospitalización	501	463	964
Consulta externa	10	35	45
Interconsulta	0	3	3
Total	511	501	1012

Habitualmente los pacientes ingresan con múltiples padecimientos médicos, 925 (91.40%) de los casos contaban con dos diagnósticos o más. Debido a esta condición el servicio mantiene trabajo mediante interconsultas con los servicios de nefrología, ortopedia, oncología, hematología, geriatría, clínica del dolor, otorrinolaringología, neumología, traumatología, reumatología, endocrinología, la clínica de cuidados intensivos entre otros. En la tabla 4 se muestra únicamente el primer diagnóstico más frecuente en el servicio.

Los diagnósticos primeros más habituales representan el 56.42% del total, el 43.58% se divide en 105 etiquetas diagnósticas diferentes (EPOC, Anemia, Hipertensión arterial sistémica, desgarramiento muscular, crisis epilépticas, entre otros).

Tabla. 5

Principales diagnósticos médicos de los pacientes atendidos.

Diagnóstico médico	Diagnóstico	% del total
Diabetes mellitus tipo 2	149	14.72
Neumonía adquirida en la comunidad	115	11.36
Infección de tejidos blandos	61	6.03
Enfermedad renal crónica	59	5.83
Insuficiencia cardíaca	57	5.63
Choque séptico	48	4.74
Infección de vías urinarias	26	2.57
Síndrome de supresión etílica	19	1.88
Enfermedad vascular cerebral	19	1.88
Encefalopatía	18	1.78
Total	514	56.42

La tabla 6 muestra los principales diagnósticos psicológicos atendidos.

La principal situación fueron los pacientes no valorables debido a condición médica (23.31%), ante lo que se abordaba al familiar, pese a ello la modalidad de atención más frecuente fue la individual (68%) cuyos diagnósticos se dividen en 21 opciones diferentes, esto se debe a diferentes eventos; los procesos de intubación, el estado de delirium, la incapacidad debido al mal control de la enfermedad renal crónica, pacientes con puntas de alta presión que desaturan en caso de participar en la entrevista, encefalopatía derivada del diagnóstico

principal, estado de inconsciencia debido al padecimiento médico. El segundo y tercer diagnóstico corresponden a factor psicológico (estilo de afrontamiento) y factor psicológico (déficit de información) que suelen afectar favoreciendo la hospitalización o agravando la misma. El cuarto diagnóstico, síntomas de ansiedad suele relacionarse eventos ocurridos en el hospital. Siguiendo el incumplimiento terapéutico que suele ser el motivo para la descompensación e ingreso del paciente. Los síntomas de depresión suelen asociarse a eventos externos que son alterados por la hospitalización del paciente, riñas familiares, problemas económicos, entre otros. El diagnóstico aplazado corresponde a diagnósticos menos frecuentes como el trastorno de conversión, trastorno de personalidad límite, trastorno de personalidad evitativo que fueron vistos en el servicio. La etiqueta de sin alteraciones psicológicas fue empleada para pacientes que no mantenían cambios en su estado de ánimo y referían competencias de regulación emocional además de afrontar la situación de la hospitalización siendo en su mayoría pacientes con diagnósticos de poca gravedad (gastroenteritis, loxoscelismo, vejiga neurogénica).

Tabla. 6

Diagnóstico psicológico de los pacientes atendidos.

Diagnóstico psicológico	N	%
No valorable debido a condición médica	236	23.32
Estilo de afrontamiento	179	17.68
Déficit de información	152	15.01
Síntomas de ansiedad	110	10.87
Incumplimiento terapéutico	100	9.88
Síntomas de depresión	48	4.74
Diagnóstico aplazado	30	2.96
Sin alteraciones psicológicas aparentes	29	2.87
Trastorno por consumo de sustancias	25	2.48
Trastorno depresivo mayor	24	2.37
Trastorno adaptativo	22	2.17
La Trastorno de ansiedad generalizada	22	2.17
Total	977	96.54

La tabla 7 muestra las modalidades de atención psicológica, en mayor porcentaje la atención fue individual abordando los diferentes diagnósticos psicológicos, en segundo lugar, están las intervenciones familiares que incluyen psicoeducación información u orientación respecto al hospital, el diagnóstico del

paciente en caso de cuidadores de personas mayores, intervención en crisis en caso de familiares con pacientes graves o cuidados paliativos, atención a problemas propios del familiar (familiares con diagnósticos psiquiátricos), entre otros. Y en menor medida se realizaron intervenciones con ambos, regularmente con la finalidad de brindar información a ambas personas.

Tabla. 7

Modalidades de atención psicológica.

Modalidad de atención psicológica	n	%
Individual	696	68.77
Familiar	310	30.63
Individual y familiar	6	0.56
Total	1012	100

En la tabla 8 se indica la clase de atención psicológica, la principal fue la entrevista inicial debido a que el servicio se caracteriza por hospitalizaciones rápidas que se derivan en el cambio de servicio, alta o fallecimiento. Seguido de las intervenciones que habitualmente se desarrollaban en hospitalización en la cama del paciente. Los monitoreos mayormente se realizaban por petición del personal médico debido a eventos previos. Cabe mencionar que el número de intervenciones en crisis se ve mermado debido a la cantidad de intervenciones que se realizaron al ingreso de pacientes graves que son etiquetadas como iniciales.

Tabla. 8

Clase de atención psicológica.

Clase de atención psicológica	n	%
Entrevista inicial	555	54.84
Intervención	324	32.01
Monitoreo	57	5.63
Entrevista de detección de problemas	41	4.05
Intervención en crisis	27	2.67
Evaluación	6	0.59
Seguimiento	2	0.20

En la tabla 9 se muestran las técnicas psicológicas más utilizadas al inicio de la sesión. Las 10 técnicas más empleadas corresponden al 94.93% el restante 5.07% corresponde al entrenamiento en manejo de contingencias, respiración pasiva, relajación muscular progresiva, activación conductual, detención del pensamiento, evaluación, inoculación al estrés y distracción instrumental. Las sesiones iniciaron en un 68.77% con técnicas informativas (psicoeducación, información, orientación), seguidas de los casos donde se realizó el establecimiento de componentes de relación al tratarse de casos difíciles debido a al estado de gravedad con el que ingresaba el paciente.

Tabla. 9

Técnicas de intervención psicológica frecuentemente usadas

Técnica psicológica	Frecuencia	%
Psicoeducación	388	38.34
Información	178	17.59
Orientación	130	12.84
Establecimiento de componentes	89	8.79
Terapia cognitiva	64	6.32
Entrevista motivacional	39	3.85
Solución de Problemas	27	2.67
Entrenamiento en habilidades asertivas	22	2.17
Autocontrol	13	1.28
Distracción cognitiva	11	1.08
Total	961	94.96

Los datos referidos en la productividad indican la función que se tomó en el servicio y la población alcanzada en el mismo, acorde a las características del mismo.

7. Competencias alcanzadas

Las competencias que se consideran favorecidas o alcanzadas debido a la rotación son:

- Realización de entrevista conductual.
- Elaboración de un diagnóstico psicológico en referencia al DSM IV y su traducción hacia el DSM V.
- El abordaje en base a orientación, información o psicoeducación de acuerdo a los diagnósticos médicos de un individuo.
- La realización de técnicas psicológicas como ejercicios de terapia cognitiva, entrenamiento en habilidades asertivas, entrenamiento en manejo de contingencias, técnicas de relajación (respiración diafragmática, respiración pasiva y relajación muscular progresiva).
- La elaboración de un análisis funcional en congruencia a un análisis secuencial (ERC, EORC).
- Realización de observación conductual en ambientes no controlados.
- El uso del modelo CASIC para intervención en crisis.
- La psicoeducación respecto al abordaje multidisciplinario del equipo de salud en la problemática de un paciente y la labor del psicólogo.

8. Sugerencias

Durante la rotación las áreas de oportunidad que identifique fueron las siguientes:

- El abordar la técnica “entrevista motivacional” durante el curso, ya que fue útil e implementada durante la rotación, a su vez las residentes previas también la reportaban pese a no recibir dicha formación.
- Incluir a los rotantes en Medicina Interna en más formación respecto a los diversos padecimientos médicos, debido a la variedad de condiciones que recibe el servicio.
- Un mayor seguimiento a las actividades intra-hospital, el psicólogo también funge como enlace entre el paciente y el profesionalista de salud. En un servicio como Medicina Interna este profesionalista pasa a ser un equipo de múltiples médicos y el abordaje del residente con el resto de los servicios se vuelve relevante.

Referencias

- Abraham, M. (2011). *Self-care in type 2 diabetes*. (Master's Theses). Suecia: Linnaeus university.
- Aragonés, E. et al. (2015). *Guía de buena práctica clínica en Psicoeducación en pacientes con depresión*. España: International marketing and communication, S.A.
- American Psychological Association. (2013). *Guidelines for Psychological Practice in Health Care Delivery Systems*. Estados Unidos de América: American Psychologist.
- American society of retina specialists. (2016). *Diabetic retinopathy*. Estados Unidos de América: The foundation.
- Anderson, C., Hogarty, G y Douglas, R. (1980). *Esquizofrenia y familia: guía práctica de Psicoeducación*. Buenos aires: Amorrortu.
- Ávila, L, et al. (2013). Asociación del control glicémico con el apoyo familiar y el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista Médica de Chile*. 141, 173-180.
- Azim, U., Mansour, M y Ossama, D. (2017). Recent advances in management of diabetic nephropathy. *Journal of clinical and experimental nephrology*. 2(2), 1-15.
- Bravo, C. (2017). *Características de las notas clínicas elaboradas con el formato SOAP*. UNAM residencia en Medicina Conductual.
- Castro H. (2015). *Nivel de conocimiento en la prevención del pie diabético en personas con diabetes mellitus tipo 2 de un hospital de Lima- Perú* (Tesis de licenciatura). Universidad nacional mayor de san marcos. Lima, Perú.
- Cardona, C y Restrepo A. (S.F). Herramientas de control. Lista de chequeo. *Puntos de encuentro*. Recuperado de:
http://puntosdeencuentro.weebly.com/uploads/2/2/3/6/22361874/listas_de_chequeo.pdf
- Cerezo, S. y Hurtado, C. (2012). Principales aportaciones a la Medicina Conductual de Joseph Dominic Matarazzo. *Journal of Behavior, Health & Social Issues* (3), 2, 49-59.
- Cifuentes, V. y Giraldo, A. (2010). *Factores de riesgo para pie diabético en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (trabajo de grado)*. España: Universidad CES, facultad de medicina.

- Conde, A., Paredes, C. y Castillo R. (2002). Neuropatía diabética. *Revista del Hospital General Dr. Manuel Gea González*. 5 (2), 7 - 23.
- Cuevas, J. y Moreno, N. (2017). Psicoeducación: Intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Enfermería universitaria*. 14 (3), 207 – 218.
- De los ríos, J., et al. (2005). Quality of life in patients with diabetic nephropathy. *Investigación y Educación en Enfermería*. 23(1), 30-43.
- Diabetes research wellness foundation. (S.F). What is diabetes?. Estados Unidos de América: Diabetes research wellness foundation.
- Dong, Y. (2014) *Evaluación de conocimientos y cuidados podológicos en pacientes diabéticos (trabajo de grado)*. España: Universidad de Barcelona.
- Federación internacional de la diabetes. (2015). *Atlas de la diabetes de la FID (7ma ed)*. México: Federación internacional de la diabetes.
- Feito, L. (2007). Vulnerabilidad. *Anales del sistema sanitario de Navarra*. 30 (3), 7-22.
- Felgoise, S. (2005). *History of behavioral medicine. Encyclopedia of cognitive behavior therapy*. Estados Unidos de América: Philadelphia College of Osteopathic Medicine.
- Flavio, E., Mendes, C. y De pinho, L. (2017). Risk factors and complications in type 2 diabetes outpatients. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2017. 63(7), 621-627.
- Flores, L. (1991). La psicología de la salud y sus relaciones con la Medicina Conductual. *Revista de psicología* (26), 13-30.
- García, P., et al. (2008). Psicología de enlace en Medicina Interna. *Medicina Interna de Mexico*. 24(3),186-192.
- Gaslow, R., et al. (2005). Practical and relevant self-report measures of patient health behavior for primary care research. *The Annals of Family Medicine*. 3 (1), 73-81.
- Granada, M y Martínez, J. (2012). Criterios actuales diagnósticos de diabetes mellitus y otras alteraciones del metabolismo hidrocarbonado. *Educación Continuada en el Laboratorio Clínico*. 16, 1- 8.

- Gonzales, N., et al. (2011). *Salud mental y emociones en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Un acercamiento a la Diabetes Mellitus tipo 2*. Espacios Públicos. 32 (14), 258-279.
- Hospital Juárez de México. (2014). *Cuenta pública*. México: Gobierno de la república.
- Jadue, L., et al. (2006). *Retinopatía diabética*. Chile: Ministerio de salud de Chile.
- Kanyal, N (2015). The Science of Ischemic Stroke: Pathophysiology & Pharmacological Treatment. *International Journal of Pharma Research & Review*. 4(10), 65-84.
- Larsson, S., et al. (2017). Type 1 and type 2 diabetes mellitus and incidence of seven cardiovascular disease. *International journal of cardiology*. 262, 66-70.
- Lastra, G., et al. (2014). Type 2 diabetes mellitus and hypertension: an update. *Endocrinology and Metabolism Clinic of North America*. 43 (1), 103 – 122.
- Lima, M., et al. (2016). Quality of life of people with diabetic foot. *Revista da rede de enfermagem do nordeste*. 17 (2), 191 – 197.
- Lukens, E. y McFarlane, W. (2014). Psychoeducation as evidence-based practice: considerations for practice, research and policy. *Brief treatment and crisis intervention* 4 (3), 205 – 225.
- Manrique, M. (2014). *HJM los primeros 25 años. La sede actual: el recuento de sus protagonistas*. México: Hospital Juárez de México.
- Maarouf, M. (2015). The impact of wearing high heels on women's health and attractiveness: a field study. *Journal of basic and applied scientific research*, 5 (8), 54-61.
- Mediavilla, J. (coord). (2015). *Guías clínicas. Diabetes mellitus*. España: Euromedice.
- McCracken, L. (2011). *History, context and new developments in behavioral medicine*. Reino Unido: University of Bath.
- Rocha, E., Lara, J. y Prado, G. (2012). *Estética de manos y pies*. España: The McGraw-Hill company.
- Medevetzky, L y Poggio, L. (2017). *Prevención y cuidados del pie en personas con diabetes*. México: Ministerio de salud.
- Meireles, A., et al. (2017). Elaboración y validación de lista de verificación de seguridad en la prescripción de medicamentos. *Revista latinoamericana de enfermagem*.

Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692017000100365&script=sci_abstract&tIng=es

- Millán, Y. et al. (2011). Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la retinopatía diabética. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 49(5), 551-556.
- Ministerio de sanidad y consumo. (2008). *Guía de práctica clínica sobre diabetes mellitus tipo 2*. España: Servicio central de publicaciones del gobierno vasco.
- Moreno, A., Lozano, M y Salinas, P. (2013). Diabetic retinopathy. *Nutrición Hospitalaria*. 28 (2), 53-56.
- Montiel, V y Guerra, V. (2016). La Psicoeducación como alternativa para la atención psicológica a las supervivientes de cáncer de mama. *Revista cubana de salud pública*. 42 (2), 332-336.
- Oltra, S. (2013). El autocuidado, una responsabilidad ética. *Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria*. 9 (1), 85-90.
- Organización mundial de la salud (2016). *Informe mundial sobre la salud*. México: Organización mundial de la salud.
- Orozco, M. (2004). Hipertensión arterial y diabetes mellitus. *Revista costarricense de Ciencias Médicas*. 25 (3). Recuperado de: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0253-29482004000200007
- Ortiz, K. (2015). *Conductas y condiciones de autocuidado en salud mental de los defensores y las defensoras de derechos humanos de la niñez y la adolescencia (Tesis de magister)*. Guatemala: Universidad Rafael Landívar.
- Palli, A. (2017). Psychoeducation: The way to make patients manage their illness and fill their future with life. *Mental Health and family medicine* 13, 530.
- Pérez, E., et al. (2017). Diabetes gestacional. Diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención. *Medicina Interna de México*. 33(1), 91-98.
- Pinto, D., y García, M. (2014). La diabetes En García, M., Pinto, D., Valadez, N. (1ra Ed). *La diabetes, mi familia y yo*. (pp. 11-20). México: Eugenia Montalván Proyectos Culturales S.C.P.
- Pop-busui, R., et al. (2017). Diabetic neuropathy: a position statement by the American Diabetes Association. *Diabetes care*, 40. 136-154.

- RamBihariLal, S., et al. (2013). Role of self-care in management of diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and Metabolic disorders* 12 (14). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3599009/>
- Ramiro, M., Lifshitz, A., Cherem, J. y Frati, A. (2008). *El internista. Medicina Interna para internistas*. México: Nieto editores.
- Reynoso (2011). *El trabajo de los psicólogos especializados en Medicina Conductual en México*. México: Universidad autónoma de México.
- Reynoso, L. (2014). *Medicina Conductual: introducción*. En Reynoso, L., y Becerra, A. (2014) *Medicina conductual: teoría y práctica*. (pp. 101- 127). México: Qartuppi.
- Robles, A., López, J., Morales, K., Palomino., F., y Figueroa, Y. (2014). *Autocuidado y factores condicionantes presentes en las personas con diabetes tipo 2 de una colonia de Hermosillo, Sonora*. *Epistemus*. 17 (8), 41-49.
- Rodríguez, G. (2010). Desarrollo de la Medicina Conductual en México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*. 1 (1), 5-12.
- Rodríguez, U. (2014). Dr. Bernardo Tanur Tatz: fundador del Servicio de Medicina Interna en el Hospital Juárez de México. *Revista del Hospital Juárez México*. 81(4), 262-266.
- Roth, E. (1990). Aplicaciones comunitarias de la Medicina Conductual. *Revista latinoamericana de psicología*. 22 (1), 27 -50.
- Salgado Y. (S.F). *Cuidado del pie en personas con diabetes*. España: Alianza por la diabetes.
- Sanzana, M y Durruty, P. (2016). Otros tipos específicos de diabetes. *Revista Médica Clínica las Condes*. 27 (2), 160-170.
- Saydah, S. (2018), *Medication use and self-care practices in persons with diabetes*. In Barrett, E., et al. *Diabetes in America* (3er edition). Estados Unidos de América: National institute of health.
- Servicio de Medicina Interna del Hospital General Reina Sofía. (2012). *Manual del residente de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía*. España: Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna Córdoba.
- Subsecretaría de Innovación y Calidad. (S.F). *Manual de organización específico del Hospital Juárez de México*. México: Subsecretaría de innovación y calidad.

- Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Dirección General de Evaluación del Desempeño. (2015). *Informe sobre la salud de los mexicanos*. México: secretaria de salud.
- Tejedor, L. (2011). *Prevención del pie diabético a través del autocuidado (trabajo de grado)*. España: Universidad de zaragoza.
- Toobert, D, et al. (2000). The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes care*. 23 (7), 946- 947.
- Trask, P., et al. (2002). Behavioral medicine: the challenge of integrating psychological and behavioral aproches into primary care. *Effective Clinical Practice*. 5, 75–83.
- Torres, A. y Castillo, R. (2002). Nefropatía diabética. *Revista del Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzáles*. 5 (2), 24- 26.
- Valliyot, B., et al. (2013). Riks factors of type 2 diabetes mellitus in the rural population of north kerala, India: a case control study. *Diabetología Croatica* 42. (1), 33-40.
- Varela, J. (2014). *La Medicina Conductual: origen, desarrollo y perspectivas*. México: Grupo contextos.
- Vizcarra, I. (2013) *Efectos de una intervención cognitivo-conductual en el autocuidado de los pies en pacientes diabéticos*. Reporte de experiencia profesional (Tesis de maestría). México: Universidad Autónoma de México.
- World health organization. (1999). *Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications*. México: World Health Organization.
- Xia, J., Merinder, L., y Belgamwar, M. (2011). Esquizofrenia: Psicoeducación como herramienta de enfermería. *Horizonte de enfermería*. 22 (2), 21-28.
- Zaldivar, O., y Rodríguez, U., (2014). *El hospital Juárez de México: 25 años en sus nuevas instalaciones*. *Revista del Hospital Juárez de México*. 81(3), 140.
- Zapata, Rangel y García. (2015) Psicoeducación en esquizofrenia. *Revista colombiana de psiquiatría*. 44 (3), 143-149.

Anexos:

Anexo A: lista de chequeo



Universidad Nacional Autónoma de México.
Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
Residencia en Medicina Conductual



LISTA DE CHEQUEO PARA PACIENTES DIABÉTICOS: CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO DEL PIE.

Nombre: _____ Edad: _____

_____ Sexo: M H Escolaridad: _____ Padecimiento: _____

¿Desde cuándo? _____ Estado civil: _____ Ocupación: _____

_____ Paciente del Hospital Juárez de México: SI NO Teléfono de

contacto: _____ Teléfono de contacto adicional: _____

PARTE I.

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

Número de sesión: _____

CONDUCTAS	SI	NO
HIGIENE		
Utilizo agua tibia.		
Reviso la temperatura del agua (con un termómetro o con apoyo de otra persona).		
Utilizo jabón neutro.		
Dejo los pies más de 5 minutos en el agua.		
Lavo las zonas debajo de y entre los dedos.		
Lavo mis pies con la mano.		
Al secar mis pies, tallo con la toalla.		
Uso una toalla únicamente para mis pies.		
Seco hasta la pantorrilla.		
Utilizo crema hidratante o vaselina.		
Aplico crema entre los dedos.		
Utilizo talcos, polvos, aerosoles o desodorantes en el pie.		
CALZADO		
Utilizo calzado ligero y flexible, sin costuras interiores.		
Utilizo zapatos de tacón de 2 a 3 cm en caso de varones y de 3 a 4 cm en caso de mujeres.		
Utilizo zapatos cómodos y a la medida.		

Reviso el interior de los zapatos con el tacto.		
Cambio los calcetines o las medias.		
Uso calcetín de fibra natural, sin costuras internas.		
Camino descalzo en ocasiones.		
Utilizo calcetines a la medida.		
INSPECCIÓN		
Examino los pies en busca de irregularidades (callos, grietas o heridas).		
Me apoyo con un espejo u otra persona al revisar mis pies.		
Cuando acudo al doctor pido que revise mis pies.		

Observaciones: _____

 _____.

Parte II.

Instrucciones: Marque con una x si llevó a cabo las siguientes conductas la última vez que se cortó las uñas de los pies.

CONDUCTAS	Fecha del último corte	
	SI	NO
CORTE DE UÑAS		
Cortó las uñas después de bañarme		
Cortó las uñas utilizando tijeras especiales (con punta redonda)		
Cortó las uñas dejando menos de un 1mm en el borde superior		
Corto mis uñas horizontalmente		
Limó las uñas con lima de cartón		

¿Acude al podólogo regularmente? SI NO

Gracias por su tiempo.

Anexo B: casos clínicos

Se anexa el material utilizado en las sesiones de caso clínico durante la rotación:



Hospital Juárez de México
Residencia en Medicina Conductual / Medicina Interna
Lic. Psic. Chesed Alfredo Ochoa Cuevas
Caso clínico



1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: Luisa

Sexo: Femenino
Edad: 41 años
Estado civil: Casada
Escolaridad: Secundaria
Ocupación: Ama de casa
Religión: Católica
Lugar de origen: Ciudad de México
Lugar de residencia: Estado de México
N° de hijos: 4
Diagnóstico médico: Diabetes mellitus tipo 2 controlada, Insuficiencia renal. Hipertensión arterial sistémica, Obesidad Mórbida (96 kg).

2. CRITERIOS DE SELECCIÓN DEL CASO:

El presente caso tiene por objetivos:

- Ilustrar el papel del médico conductual durante la evaluación y la forma en que el razonamiento clínico se ve modificado según la información referida por el paciente, durante un caso difícil.
- Ejemplificar los obstáculos que se pueden presentar para la evaluación de un caso debido a las características del paciente.

3. MOTIVO DE CONSULTA:

23.01.2018. Luisa se presenta en consulta externa del médico adscrito de Medicina Interna, en dicha consulta se refiere control de la diabetes con 6 de HbA1c, durante las indicaciones médicas la paciente presenta mirada desviada, movimientos de pies y manos, que se asocian a ansiedad, a su vez el médico tratante aborda su historial con el servicio de psiquiatría debido al diagnóstico de depresión, informando haber suspendido el medicamento. Se aborda a la paciente posterior a la consulta con la intención de identificar posibles necesidades en el caso, la paciente refiere tener ansiedad que puede llegar a impedirle salir de su casa “a veces me da mucho miedo, no sé bien que me lo da” (Sic.Pac), además de eventos de violencia doméstica y problemas para ajustarse a una dieta razón que relaciona con los movimientos estereotipados vistos mientras el personal médico le refería las conductas de autocuidado que debía de mantener.

4. ANTECEDENTES

4.1 Heredofamiliares: negados

4.2 Personales no patológicos: habita en casa rentada de tabique, cuenta con todos los servicios básicos de saneamiento, dos habitaciones donde habitan 7 personas incluyéndole, hábitos de higiene baño cada tercer día, cambio de ropa exterior e interior diario realiza tres comidas al día, zoonosis positiva a razón de un perro chihuahua.

4.3 Personales Patológicos

a) Crónicos degenerativos:

- Diagnóstico de Lesión renal hace 11 años
- Diagnóstico de DM2 conocido hace 4 años, infiere que tiene el padecimiento hace 11 años.
- Diagnóstico de hipertensión arterial hace 13 años.
- Obesidad mórbida desde la infancia.

b) Alérgicos: interrogadas y negadas.

c) Infecto contagiosas: interrogadas y negadas.

d) Antecedentes quirúrgicos: Salpingoplastia hace 22 años.

e) Toxicomanías:

Consumo de cocaína, el cual refiere que se terminó al ver a sus hijas y pensar “si una de mis hijas se pone mala y yo toda idiota como voy a ayudar” (Sic.Pac) hace cinco años.

Consumo de Marihuana suspendió hace un año.

Consumo de alcohol (tequila) de forma semanal (fin de semana) con familiares de su esposo, inicio en diciembre del 2017.

Consumo de tabaco que reporta como remitido, pero con episodios de consumo durante algunos fines de semana, indicando un aproximado de 10 cigarrillos.

f) Transfusiones: Negadas

4.4 Psicológicos patológicos:

La paciente refiere haber recibido atención psicología cuatro veces previas.

1.- A los 20 años menciona acudir con el primer psicólogo, pero sin tener claro el objetivo de la atención, “dibujaba muñequitos, he iba a una plática de grupos, ya no fui doctor” (Sic.Pac)

2.- A los 24 años con la finalidad de eliminar episodios de violencia que tenía hacia sus hijas, agregando haber hecho registros y ejercicios rompiendo papel.

3.- A los 27 años, se debió a situaciones de violencia de pareja, indicando haber aprendido a “personarme a mí misma” (Sic.Pac)

4.- A los 37 años, menciona “solo yo hablaba, estaba sufriendo por dentro, hicimos un ejercicio de 50 motivos para vivir, pero yo no encontraba ninguno, me dijo que porque me casaba con mi esposo si no había amor, deje de hablar con ella después de mi boda con él” (Sic.Pac)

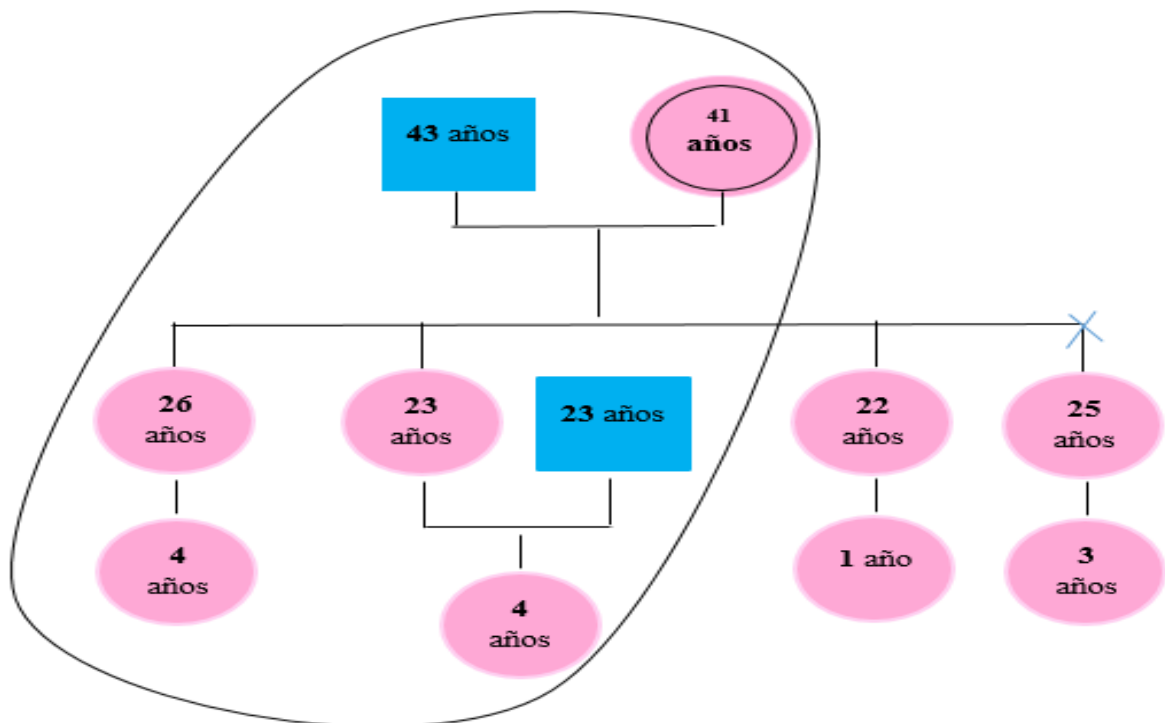
A su vez indica haber asistido al hospital psiquiátrico Fray Bernardino en marzo del 2017 al cual dejo de acudir, refiere como motivos, “vivía muy lejos no podía ir, además las pastillas me ponían mal, me ponían muy nerviosa” (Sic.Pac), indicando haber mantenido el tratamiento durante 3 días.

5. DINAMICA FAMILIAR Y GENOGRAMA

Luisa es una mujer de 41 años de edad, en unión libre desde 1995 y casada a partir del 2014, que procreó cuatro hijas de 26, 25, 23 y 22 años, es ama de casa y vive en casa rentada de tabique junto a su esposo de 43 años de edad y 2 de sus hijas, una de ellas con 26 años de edad y una hija de 4 años, la otra hija de 23 años de edad habita con su pareja, también de 23 años de edad y su hija de 4 años.

Reporta ser cercana a dos de sus hijas, la mayor quién la acompaña durante las consultas médicas y la menor que no vive con ella y la visita de forma diaria. Describe la relación con su hija de 25 años como conflictiva siendo que no se frecuentan, agrega “Ella jamás me perdonó que las hubiera maltratado” (Sic.Pac). El trato con su esposo lo reporta como “bueno” (Sic.Pac) actualmente, indicando que él “tiene atenciones y se preocupa por mí, pero como que lo ignoro” (Sic.Pac) debido a sus cogniciones asociadas a eventos previos de violencia, “no puedo, soy alérgica a él” (Sic.Pac).

Genograma



6. HISTORIA DEL PROBLEMA

6.1. MÉDICO

- La paciente es referida como diabética con hipertensión y obesidad mórbida desde el 2007 según el expediente médico, actualmente pesa 96 Kg. y mide 1.52 metros.
 - La paciente refiere conocerse diabética desde el 2014, “hace más años una enfermera me dijo que debía cuidar mi azúcar que no se subiera, creo que desde ahí era diabética, pero no se” (Sic.Pac). ocasión donde acude al servicio de Medicina Interna.
 - Acude por primera vez al hospital Juárez en el servicio de Medicina Interna el 28 de Julio del 2017 de acuerdo a la información abordada en el expediente médico.

- En el 2012 presenta falla renal, comenta “es que estaba perdiendo proteínas, pero el doctor me dijo que podía seguir tomando líquidos igual” (Sic.Pac)
 - Acude al servicio de Nefrología en el Hospital Juárez el 24 de noviembre del 2016.

6.2 PSICOLÓGICO

Hace 4 años después de recibir el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, la paciente empezó a tener falta de apetito reduciendo el número de veces que comía, esto se acompañó con náuseas, refiere que la doctora de Medicina Interna le refirió esto como algo de orden psicológico, motivo por el cual su esposo e hijas la presionan para desayunar y comer.

Respecto a los eventos depresivos, Luisa los refiere desde los 18 años al juntarse con su actual pareja “no sé qué estaba pensando, ni siquiera era mi novio, era mi vecino” (Sic.Pac), agregando tener historial de violación durante la relación.

El primer evento asociado a la ansiedad que es considerado “fuerte” (Sic.Pac) es referido a partir de un accidente de tráfico hace 4 años, se niega la presencia de pesadillas o recuerdos asociados a partir de dicho evento, también se niega la presencia de malestar significativo al pasar por situaciones semejantes de forma contemporánea, mencionando “me hice muy nerviosa después de eso, de que me pasé algo” (Sic.Pac).

7. DESCRIPCION DEL PROBLEMA ACTUAL

Luisa evita de forma constante los temas asociados a su salud, absteniéndose de compartir su diagnóstico de lesión renal con sus familiares y de esta forma intentando evitar que la gente “sienta lástima” (Sic.Pac) por ella y esto conlleve a recibir constante atención. Presenta ayunos de 5 a 6 horas entre desayuno y comida, y ayunos de hasta 13 horas entre cena y desayuno, donde refiere no tener hambre y ser obligada a consumir alimentos por parte de su familia resultándole una situación desagradable, su desayuno habitual consta de pan con café en la mayoría de ocasiones, su comida puede constar de tacos o de una bolsa de frituras acompañada de agua sola o agua con edulcorante sabor a fresa.

De forma paralela a esto indica tener “miedo” (Sic.Pac) constante cuyo estímulo percibe no ser capaz de identificar, en días anteriores a acudir a consulta presenta pensamientos asociados a posibles complicaciones que podrían ser referidas por el

personal de salud, ejemplo de ello son los pensamientos “y si cuando vaya con la nefróloga me dice que necesito hemodiálisis, me podría morir” (Sic.Pac) y le impiden dormir cuando va a acudir a algún personal de la salud (nefrólogo, médico internista, psicólogo, psiquiatra).

Existen problemáticas que afectan la vida de la paciente de forma paralela a esta situación, en los cuales la paciente insiste en centrarse cuando la atención es hacia las conductas de autocuidado, otras que pueden afectar sus diagnósticos médicos actuales, pero se presenta resistencia a su modificación y aquellas que se consideraron asociadas a sus diagnósticos médicos y verbalizaba querer modificar, dicha información se muestra en la tabla 1:

Tabla 1. *Problemáticas de interés referidas durante la evaluación.*

Problemáticas asociadas a su salud que menciona querer tratar.	Problemáticas que la paciente refiere cuando se evalúan temas relacionados a su enfermedad.	Problemáticas que la paciente se resiste a hablar que afectan su salud y el pronóstico de sus enfermedades.
<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación • Aumento en el consumo de alimentos asociado a la sintomatología de ansiedad. • Probables episodios de ataques de pánico. • Ansiedad generada por los temas relacionados a su salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades para encontrar un trabajo. • Percepción de su pareja. • Historial de violación. • Conducta agresiva hacia sus hijas. • Acoso por parte de un familiar de su esposo. • Ansiedad generada por las interacciones con sus familiares. • Comunicación pasiva-agresiva con familiares en temas ajenos al estado de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de tabaco. • Consumo de alcohol. • Falta de adherencia al tratamiento psiquiátrico. • Comunicación del diagnóstico de lesión renal con sus familiares.

8. IMPRESIÓN Y ACTITUD GENERAL

Paciente femenino de complexión endomórfica, en adecuadas condiciones de higiene y aliño de acuerdo al contexto. Se muestra obstruccionista, cordial durante la entrevista.

9. EXAMEN MENTAL DE PRIMERA VEZ

Paciente femenino de edad aparente igual a la cronológica. Orientada en las cuatro esferas (T-E-P-C). Consciente, alerta y con adecuadas respuestas al ambiente. Atención, concentración y memorias conservadas. Obstruccionista, cordial ante la entrevista. Lenguaje coherente, congruente y seborreico. Pensamiento concreto, descarrilado. Sin alteraciones aparentes en sensopercepción. Juicio conservado. Impresiona clínicamente con inteligencia promedio. Estado de ánimo ansioso. Con noción de enfermedad.

10. FACTORES PSICOLÓGICOS COMPLEMENTARIOS

- Locus de control externo
- Estilo de afrontamiento centrado en la emoción
- Redes de apoyo percibidas como existentes
- Apoyo social en lo económico, instrumental y emocional

11. PERSONALIDAD PREVIA

La paciente se refiere a sí misma como alegre “muy parlanchera” (Sic.Pac), a su vez que grosera y agresiva, indicando violencia hacia sus hijas.

12. SELECCIÓN Y APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE EVALUACIÓN

- Entrevista conductual
- Observación clínica
- IDARE
- Registro conductual
- HADS

13. ANALISIS Y DESCRIPCION DE CONDUCTAS PROBLEMA:

- Suspender al tratamiento psiquiátrico para el diagnóstico depresión.
- Aislarse de sus familiares debido a la presencia de sintomatología depresiva.
- Mantener ayunos mayores a 3 horas.
- Conflictos con sus hijas que posteriormente producen sintomatología depresiva.
- Mantener una percepción negativa de su pareja en conjunto al mantenimiento de la relación.
- Evitar referir preocupaciones verbalmente a sus familiares.
- Comer comidas altas en grasa ante la presencia de sintomatología de ansiedad relacionada a su estado de salud.

- Consumo de alcohol durante algunos fines de semana, asociándolo a la sintomatología de ansiedad.
- Consumo de tabaco promedio de 10 cigarrillos cada fin de semana.
- Comer una bolsa de frituras únicamente acompañada de agua con edulcorante de fresa.
- Evitar los temas relacionados al cuidado de sus enfermedades.
- Presencia de sintomatología de ansiedad respecto al tratamiento de sus enfermedades.
- Dificultad para presentarse en entrevistas de trabajo debido a sintomatología de ansiedad.

14. MODELO SECUENCIAL INTEGRATIVO:

Factores como el historial de deserción al tratamiento psicológico, el estilo evitativo de la paciente relacionado a la ansiedad generalizada, la falta de compromiso con los registros y el pensamiento descarrilado imposibilitaron identificar una variable predominante en que incidir y evaluar de forma concreta, debido a esto la inclusión de un modelo secuencial integrativo se considera como una propuesta invalida, al poder realizarse múltiples todos ellos de forma inconclusa y sin la claridad de como incide en el resto de la problemática. Debido a los mismos motivos no se incluye un análisis funcional.

15. EVALUACIÓN MULTIAXIAL CON DSM-IV y DSM V:

Diagnóstico DSM IV:**Eje I: F41.1** Trastorno de ansiedad generalizada**F34.1** Trastorno distímico de inicio temprano**F54** Factor psicológico (estilo de afrontamiento) que afecta en estado físico
(Diabetes, Lesión renal)**Z91.1** Incumplimiento terapéutico [V15.81]**Eje II: F60.6** Probable. Trastorno de la personalidad por evitación**Eje III:** Diabetes mellitus tipo 2

Lesión renal

Hipertensión Arterial Sistémica.

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo

Problemas laborales

Eje V: 41 – 50**Diagnóstico DSM V:**

300.02 (F41.1) Trastorno de ansiedad generalizada, 300.4 (F34.1) Trastorno depresivo persistente (distimia), 301.82 (F60.6) Probable. Trastorno de la personalidad evasiva, V61.10 (Z63.0) Relación conflictiva con el cónyuge o la pareja. V15.41 (Z91.410) Historia personal (antecedentes) de violencia sexual por parte del cónyuge o la pareja. V15.81 (Z91.19) Incumplimiento de tratamiento médico. Diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica, Lesión renal, WHODAS 48 (versión 12 preguntas auto aplicable).

16.OBJETIVO DEL TRATAMIENTO PSICOLOGICO:

Se proponen una serie de posibles objetivos de tratamiento durante el proceso de evaluación, la naturaleza del caso impide hablar de ellos como objetivos concretos de tratamiento psicológico puesto que no se identificaron de forma clara las relaciones causales o funcionales de diversas problemáticas de la paciente.

Propuesta de objetivos:

- **La paciente ejecutará la técnica de autocontrol para adherirse a las pautas de alimentación establecidas para sus múltiples enfermedades dentro de su rutina habitual.**
- La paciente empleara los registros de monitoreo de su consumo de alimentos.
- La paciente identificara pautas sobre consumo de alimentos que son inadecuadas de acuerdo a sus enfermedades.
- La paciente identificara las variables que intervienen en su consumo de alimentos inadecuados
- La paciente ejecutara la técnica de autocontrol con la finalidad de regular el tiempo de ayuno entre comidas.

- **La paciente ejecutará técnicas cognitivo-conductuales durante las situaciones que conllevan sintomatología ansiosa con la finalidad de reducir su nivel fisiológico y cognitivo.**
- La paciente identificará las situaciones que le generan ansiedad
- La paciente identificará los pensamientos asociados a las situaciones que le generan ansiedad.
- La paciente identificará las reacciones fisiológicas asociadas a las situaciones que le generan ansiedad.
- La paciente identificará estrategias para reducir la frecuencia de respuestas cognitivas de ansiedad.
- La paciente identificará estrategias para reducir la frecuencia de respuestas fisiológicas de ansiedad.
- La paciente ejecutará la técnica de respiración diafragmática con la finalidad de reducir los síntomas de ansiedad.
- La paciente ejecutará la técnica de detención del pensamiento con la finalidad de reducir los síntomas de ansiedad.

Los objetivos propuestos en base al diagnóstico de personalidad evitativa son:

- **La paciente ejecutara conductas de comunicación asertiva durante las situaciones que generan ansiedad y pensamientos asociados a su desvalorización.**
- La paciente identificara las consecuencias negativas y positivas de la evitación.
- La paciente identificara conductas asertivas.
- La paciente ejecutara las conductas asertivas durante una técnica de exposición gradual.

PROPUESTA DE ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS:

Las siguientes estrategias se implementaron para favorecer la recolección de datos.

- **Psicoeducación**
- **Respiración diafragmática**
- **Autocontrol (automonitoreo)**

En caso de confirmar el diagnóstico de trastorno evitativo de la personalidad de acuerdo a la literatura se propondría:

En base a lo propuesto por (Padesky y Beck, 2005 citados en López, et al., 2010) se plantearían como estrategias terapéuticas después de Identificar los pensamientos negativos sobre la relación terapéutica y relacionarlos con su vida cotidiana:

- **Reforzamiento verbal** (Comunicación asertiva de inconformidades)
- Ejercicio de **reestructuración cognitiva** (Debate socrático, utilidad de la evitación)
- **Psicoeducación** (Proceso de evitación).
- **Exposición gradual** (Situaciones sociales que producen ansiedad). (Alden 1989 citado en Almeida 2016).

17. DESCRIPCIÓN DE SESIONES

Sesiones/fecha/técnica de intervención	Descripción de la sesión
<p>Consulta externa</p> <p>23/01/2018</p> <p>Observación</p> <p>Entrevista abierta</p> <p>Es referida al servicio de Medicina Conductual</p>	<p>Durante la observación de la paciente en consulta externa de Medicina Interna se percibió como una paciente que evitaba tocar algunos temas como su alimentación y el tratamiento psiquiátrico para la depresión, durante el abordaje posterior se añadieron datos relativos a posibles ataques de pánico o episodios de estrés relacionados al accidente de tráfico.</p>
<p>Sesión 1</p> <p>01/02/2018</p> <p>Psicoeducación</p> <p>Automonitoreo</p>	<p>Primera sesión se abordan múltiples problemas que pueden relacionarse con el estilo evitativo de afrontamiento, incluyendo el consumo de sustancias ilícitas que se refiere como remitido y el consumo de sustancias lícitas que posteriormente no se permite abordar, a su vez se incluye el historial de deserción de múltiples tratamientos interpretándose como la necesidad de brindar resultados a la paciente, no confrontarla directamente debido a que esto causó su deserción en un caso anterior y llevar la atención de la mano a los intereses de la paciente para prevenir la deserción antes de tener una evaluación adecuada.</p> <p>La paciente refirió como temas de interés a modificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hábitos de alimentación • Sintomatología de ansiedad. <p>Los problemas abordados fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentación. “no sé por qué no me puedo apegar la dieta” (Sic.Pac)

	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación de la lesión renal con sus familiares, “no les quiero decir y que me tengan lastima, ya ha pasado antes” (Sic.Pac) • Problemas de relación de pareja “soy alérgica a él, se porta bien conmigo, pero después de lo que me hizo no sé por qué sigo con él” (Sic.Pac) • Problemas de relación con una de sus hijas “nunca me perdono que las golpeará, no podemos hablar sin pelearnos” (Sic.Pac) • Sintomatología depresiva “a veces me siento muy mal y no quiero salir de mi casa, me aisló” (Sic.Pac) • Sintomatología de ansiedad “luego me pongo muy ansiosa y como mucho, ha habido veces que me da como mucho miedo en la calle” (Sic.Pac) • Incumplimiento terapéutico “ya no me tome las pastillas que me dio el psiquiatra, es que me hacían sentir nerviosa” (Sic.Pac) • Consumo de alcohol “los fines de semana voy con familiares de mi esposo y tomamos, pero no es siempre” (Sic.Pac) • Anterior consumo de sustancias ilegales “yo solita la deje, estaba toda drogada, vi a mis hijas y pensé y si una de mis hijas se pone mala y yo toda idiota como la voy a ayudar” (Sic.Pac) • Falta de apego al tratamiento psicológico “la psicóloga me dijo que porqué me casaba con el si no lo quería, deje de ir con ella, quería volver a ir con el psicólogo, pero me daba miedo volver a empezar, no sé por qué” (Sic.Pac) • Problemas relativos a un estilo de comunicación pasivo-agresivo “no les digo nada de las consultas, a veces me pregunta (esposo) le digo que a él no le importa” (Sic.Pac)
<p>Sesión 2 06/02/2017 Información Aplicación del IDARE</p>	<p>Segunda sesión, la paciente presenta los registros solicitados esto lleva a considerar que puede realizar otro de forma contingente, además de evidenciar la experiencia ya referida de la paciente con ese tipo de instrumentos, se informa respecto a algunas pautas de la alimentación con la finalidad de identificar si esta información por sí sola puede modificar el comportamiento considerando el compromiso previamente referido y se evalúan los niveles de ansiedad con el IDARE con la finalidad de explicar la evitación observaba anteriormente, atender la demanda de la paciente y buscar posibles factores que afecten en su alimentación.</p>

<p>Sesión 3 16/02/2018</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Información • Respiración diafragmática • Aplicación de HADS 	<p>Tercera sesión, la paciente no entrega los registros disculpándose y expresando preocupación de acudir a la sesión debido a ello, se considera en cierta medida a que la ansiedad por sí misma podría no permitirlo, se entrena en el ejercicio de respiración diafragmática y se psicoeducó sobre ansiedad con la doble finalidad de brindar respuesta a las demandas de la sesión de la paciente y favorecer el control de la emoción para la realización de los registros, con esta segunda finalidad además se reitera la importancia de los registros y se informa de la técnica de detención de pensamiento debido a que la paciente indica dificultades para referir la cadena de pensamientos asociada a las situaciones y a disposición del tiempo, se evalúa con el HADS con principal interés en la variable de depresión para saber si esta se presenta contemporáneamente y en que intensidad siendo que la demanda de la paciente no se ha dirigido hacia ella.</p> <p>Se identifican múltiples situaciones que generan ansiedad en la paciente:</p> <p>Alimentación: pensamientos, “por qué como esto, sí sé que no debo” (Sic.Pac), “solo me hago más daño” (Sic.Pac), “voy a volver a subir de peso” (Sic.Pac)</p> <p>Comunicación con sus familiares: “no le dije lo que realmente quería decirle” (Sic.Pac)</p> <p>Pensar en la consulta con el personal de nefrología “y si me dice que necesito hemodiálisis, me podría morir” (Sic.Pac)</p> <p>Discusiones con sus hijas: “¿por qué le grite?, pero es que no está bien que le hable así ella a su hija” (Sic.Pac)</p> <p>ENA: 9 se reduce a ENA: 6</p>
<p>Sesión no brindada 23/02/2018</p>	<p>Sesión perdida, se considera que esta se debe al historial de deserciones previo, sin identificar si fue la ansiedad la que probablemente la provoco, la depresión, las variables de convivencia familiar, organización de tiempo entre otras, al comunicarse con la paciente el número referido</p>

	<p>se encuentra cancelado, las sesiones continúan debido a que la paciente reprograma la sesión el 28/02/2018 dejando un nuevo número de teléfono.</p>
<p>Sesión 4 01/03/2018 Ejercicio de solución de problemas Canalización</p>	<p>Cuarta sesión, se retoma la sesión, la paciente presenta problemáticas para asistir a la sesión debido a cogniciones que indica no poder referir cuando se intenta abordar la problemática en el consultorio, agrega que esta situación se presenta al acudir con otros profesionistas de la salud y la técnica de respiración diafragmática reduce la sintomatología solo durante la ejecución, a su vez se niega a llevar atención conjunta por psiquiatría, se propone como objetivo para el terapeuta identificar en la próxima sesión los motivos de dichas obstrucciones. Debido al incumplimiento con los registros se solicita apoyo al familiar.</p> <p>Durante la sesión la paciente refiere inconvenientes con un familiar de su esposo, se realiza un ejercicio de solución de problemas, manteniendo una solución al final.</p>
<p>Sesión 5 08/03/2018 Devolución de información de los cuestionarios y registros Auto registros</p>	<p>Quinta sesión, se revisa la información obtenida en el registro de alimentación que fue llenado por la familiar, al indagar sobre el registro de ansiedad la paciente indica haber ocultado su ejecución a su familiar, se devuelve la información evaluada anteriormente con la finalidad de que la paciente tenga un acercamiento de forma ligera con las problemáticas abordadas y tome una postura más activa en la identificación de sus problemáticas, se indagan los criterios de personalidad, identificando algunos del trastorno de evitación que son referidos por la paciente y otros que son negados, pero la percepción del terapeuta es que la paciente no los contempla de forma realista subestimando la sintomatología asociada al trastorno al juzgarla en situaciones donde consume sustancias lícitas y estas pueden favorecer su habilidad para comunicarse con desconocidos, a su vez en esta sesión se vuelve evidente el cambio de tema por parte de la paciente cuando es cuestionada en relación a sus múltiples enfermedades. Al mencionar la importancia de comprender la información relativa a su enfermedad se nota cambio de postura y mirada desviada, se le cuestiona a la paciente si dejara de asistir si se programa dicha actividad, la paciente refiere "no, ya no vendría" (Sic.Pac), se menciona posponer dicha actividad, se reitera la relevancia de asistir a las sesiones y el compromiso con el trabajo realizado. Se plantea por el terapeuta devolver la información de las múltiples problemáticas a forma de diagramas.</p>

18.RESULTADOS

Los resultados presentados son relativos al proceso de evaluación de la paciente. La tabla 2 presenta la información recolectada en el primer registro y la tabla 3 la frecuencia del consumo de los alimentos a lo largo de la primera semana.

Tabla 2. Registro de alimentación.

Día/ Hora	Alimentos	Motivo
1/02/18 11:30 am	Consomé de pollo, ensalada, arroz, 1 tortilla,	Hambre
1/02/18 4:30 pm	1 vaso de refresco, 1 mango y una manzana.	“se me bajo el azúcar” (Sic.Pac)
1/02/18 10:15 pm	Un café, medio pan dulce, dos tacos de bistec	Hora de cenar
2/02/18 11:00 am	Café con pan	“me están muele y muele” (Sic.Pac)
2/02/18 5:00 pm	Un tamal y medio con café	Hambre

2/02/18	11:00 pm	Media sopa maruchan, dos tacos.	Cena
3/02/18	10:00 am	Café con pan	Desayuno
3/02/18	4:00 pm	4 tacos de chicharrón con queso, pico de gallo y aguacate.	Hora de comer
3/02/18	12:00 am	Yogurt con manzana	Hambre
4/02/18	1:00 pm	Consomé, cuatro tacos de barbacoa	Me invitaron a desayunar
4/02/18	4:00 pm	Una bolsa de cheetos, un agua	Se me antojaron
4/02/18	10:38 pm	Una pechuga, una tortilla, café y pan.	Hora de cenar
5/02/2018	9:30 am	Café con pan	Desayuno
5/02/2018	1:30 pm	Bolsa de cheetos y agua de fresa	Antojo
5/02/2018	1:40 pm	Bolsa de cheetos (46 gr)	Tenía nervios
5/02/2018	7:30 pm	Café con pan	Antojo

Tabla 3. Frecuencia de consumo de alimentos durante la primera semana.

Comida	Frecuencia total	Comida	Frecuencia total
Café	8	Tortillas	2
Pan	6	Refresco (vaso)	1
Tamal	2	Tacos	4
Refresco	1	Fruta	2
Consomé de pollo	1	Maruchan	1
Ensalada	1	Cheetos	3
Arroz	1	Pechuga	1
		Yogurt	1

Los resultados del Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado fueron una puntuación de 43 en ansiedad como estado correspondiente a un nivel de ansiedad medio y una puntuación de 62 puntos en ansiedad como rasgo, correspondiente a un nivel de ansiedad alto. Dicha información se muestra en la figura 1.

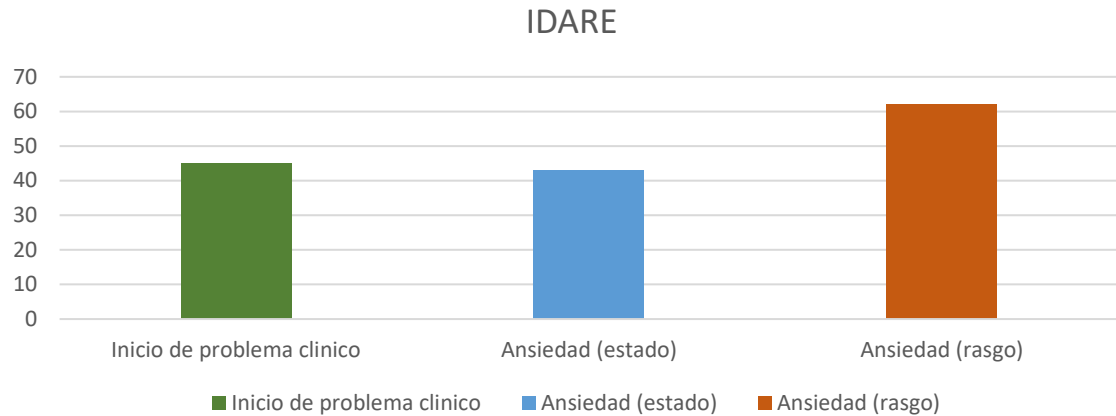


Figura 1. Resultados del IDARE comparados con la puntuación de inicio de problema clínico.

Los resultados de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, indican un puntaje de 17 en la variable ansiedad y un puntaje de 13 en la variable depresión, ambas corresponden a puntuaciones relativas a un problema clínico. Se encuentran en la figura 2.

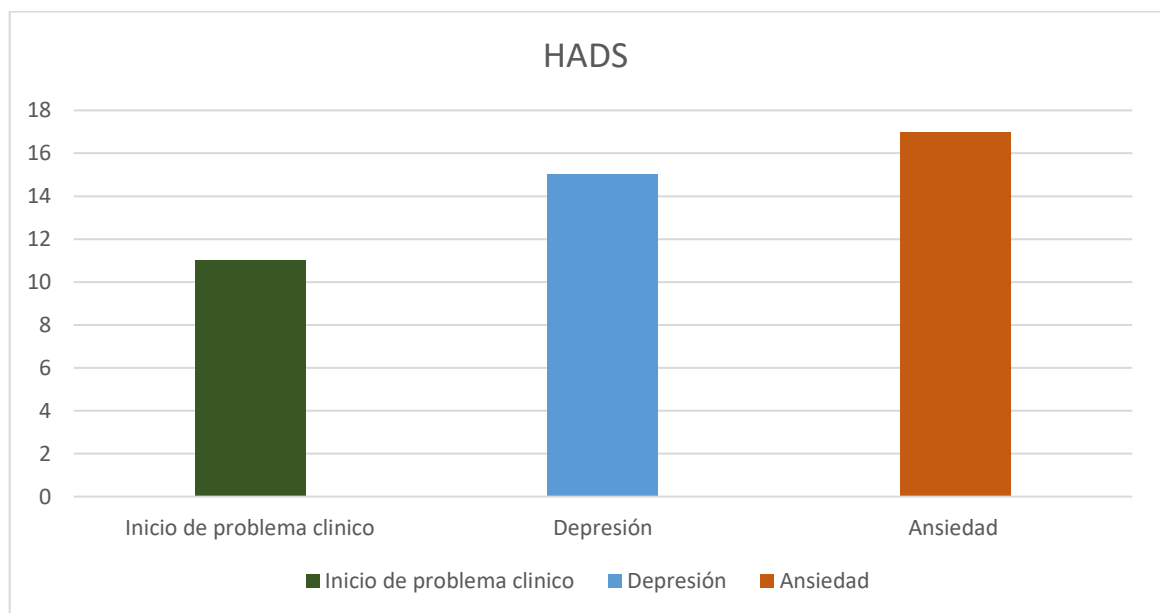


Figura 2. Puntuaciones del HADS comparadas a la puntuación de inicio de problema clínico.

Verbalizaciones de la paciente:

- Aumento de autoestima: La paciente refiere “estas sesiones me han ayudado, ha aumentado mi autoestima doctor, mi familia no quiere que falte”
- Seguimiento de sesiones: La paciente refiere “no sé porque sigo viniendo a las sesiones, ya habría faltado con otro psicólogo” (Sic.Pac.
- identificó la ansiedad: La paciente fue capaz de referir que tenía ansiedad en base a su sintomatología, más no se aclararon las situaciones que la generaban.
- Uso de la técnica de respiración diafragmática: La paciente refiere su uso, manejando los síntomas durante la ejecución.

19. CONCLUSIONES

El caso se presenta como un caso difícil y a su vez como un caso fallido, donde múltiples variables de la paciente dificultan la evaluación presentando el riesgo de deserción desde la primera sesión, identificando variables como niveles altos de ansiedad, niveles altos de sintomatología depresiva, incumplimiento terapéutico previo, un estilo de afrontamiento evitativo centrado en la emoción y creencias asociadas a evitar que los demás le tengan lastima; en conjunto al cumplimiento de algunos criterios diagnósticos llevan a sospechar de un trastorno de personalidad evitativo, esto anudado a la presencia de un historial de uso de sustancias ilícitas información y el consumo de sustancias licitas actual donde la paciente se resiste a brindar información.

Se categoriza al paciente como un paciente difícil. Siendo aquel al que se atribuyen características que vuelven complicado su manejo y a su vez genera reacciones emocionales en el profesional (Agreda y Yanguas, 2001), lo anterior se relaciona con el razonamiento clínico el cual de acuerdo a Sierra (2006) citado en Schnitter (2009) es un procedimiento que implica juicios cognitivos y emotivos del individuo. Este se encuentra debajo del marco teórico y la metodología, justificando la organización y dando dirección a la práctica clínica. Otras definiciones de razonamiento clínico son tomadas de la medicina, se refiere a la capacidad de solucionar problemas, separar términos y asimilar eventos, relacionándolos de forma casual y lógica. (Villaruel, Ribeiro, Bernal, 2014). De esta forma los pacientes difíciles afectan el

razonamiento clínico del terapeuta a partir de su identificación y es el razonamiento clínico el que permite identificar al paciente difícil.

Una forma de categorizar a un paciente difícil es la propuesta por Koekkoek et al. (2006) citados en Merino, Del castillo y Saldaña (2015) quienes establecieron una forma de segmentar a este tipo de pacientes en tres categorías aquellos con poca motivación hacia el proceso terapéutico, los que se no se encuentran seguros entre querer o no realizar un cambio debido a las consecuencias de la problemática, y aquellos que exigen mediante estrategias de desvalorización o amenaza hacia el profesionalista. En esta tipología, la paciente en el caso sería categorizada como del primer y segundo grupo según la problemática abordada, manteniéndose cordial a lo largo de las sesiones, pero obstruyendo abiertamente la evaluación o negándose a las propuestas de tratamiento durante las últimas sesiones.

Otra variable importante de abordar al hablar de un paciente difícil es la resistencia al cambio, refiere a la conducta que impide la consecución de desenlaces adecuados en relación a los objetivos terapéuticos, se asocia a conductas como la ausencia durante las citas, mantener pausas de comunicación amplias, evitar responder los cuestionamientos formulados por el terapeuta, no ejecutar los ejercicios señalados durante la intervención, alternar el discurso entre diversos temas de forma constante, verbalizar de forma amplia, demostrar una postura adversa hacia el profesionalista, no referir datos de importancia, etc. Es importante considerar que estos

comportamientos no reflejan de forma necesaria que el paciente no desee realizar alteraciones en su estilo de vida, pueden deberse a otras variables como temores, pobres habilidades de comunicación, conducta del profesionalista u obstáculos. Estas conductas pueden tener origen interno o externo, variables de origen interno son buscar otros objetivos ajenos a los terapéuticos como desahogo o amistad, carencia de motivación, pobres esperanzas de mejoría debido a tratamientos inefectivos previos, miedo a asumir el compromiso de las acciones propias, falta de credibilidad del tratamiento, temor o timidez a referir la vivencia propia a otro, mantener la inclinación a evitar seguir las sugerencias ajenas, entre otras. Entre las variables externas se encuentran la pérdida de reforzadores positivos o la presencia de castigos durante el procedimiento terapéutico, alteraciones en el contexto que interfieren como la presencia de complicaciones por enfermedad, comportamiento inadecuado por parte del terapeuta como la elección equivocada de la problemática del usuario. (Bados y García, 2011)

A lo largo del caso se identifica de forma clara en la paciente evitar responder los cuestionamientos formulados por el terapeuta, alternar el discurso entre diversos temas de forma constante, búsqueda de objetivos ajenos a los terapéuticos con lo que se retoma el “aumento en la autoestima” verbalizado por la paciente, probablemente consecuencia del reforzamiento social brindado durante la intervención y el método de escucha pudo favorecer al “desahogo” de la paciente. A su vez factores que se consideran entorpecieron la evaluación fueron el historial de falta de adherencia al

tratamiento psicológico, el pensamiento descarrilado, la comorbilidad de sintomatología ansiosa y depresiva, las creencias asociadas a “no quiero que tengan lastima de mi” (Sic.Pac) y el estilo de afrontamiento evitativo relacionado a la ansiedad generalizada. Así a lo largo de las sesiones se ve como el razonamiento clínico se va alterando según se encuentran limitantes en el manejo del caso entre ellas algunas relacionadas a la resistencia al cambio, dando prioridad a diferentes variables y aunque no se evidencia la carga emocional de cada fase en el terapeuta los cambios en las dimensiones a evaluar y la presión inicial de identificar a la paciente como propensa a la deserción mantienen cierto grado de demanda, situación que no se puede ignorar si se quiere hablar de un caso difícil.

20. Áreas de oportunidad

- Identificar trastornos de personalidad con mayor premura.
- Identificar que variables, aunque no son pertinentes de Medicina Conductual, pueden explicar el comportamiento del paciente como el caso del consumo anterior de sustancias, siendo que la paciente se resistía a hablar del consumo actual de sustancias lícitas.
- Se pudo utilizar el HADS en un inicio en lugar de evaluar primero la variable de ansiedad y luego ambas.
- Retomar los cambios considerados extraños como el cambio de número de teléfono con la paciente.

- Buscar mayor apoyo por parte de los familiares respecto a la adherencia al tratamiento.

Cuestionamientos:

- ¿Hubiera resultado favorable confrontar a la paciente sobre su motivación al cambio desde las primeras sesiones en que no realizaba los registros?
- ¿Hubiera resultado favorable mantenerse respondiendo demandas sin confrontar hasta que la paciente permitiera abiertamente tocar los temas relacionados a la evitación?
- ¿La evaluación de trastornos de la personalidad debería ser prioritario para el médico conductual?
- ¿El historial de violación era relevante en la problemática actual o una herramienta para desviar la atención de los temas relacionados a la enfermedad?
- ¿En caso de que el consumo de sustancias ilícitas se mantuviera, este podría explicar por sí mismo la sintomatología de depresión y ansiedad, si se mantiene latente durante la mayor parte de las entrevistas?
- ¿Un caso puede ser considerado difícil solo por las reacciones emocionales producidas en el terapeuta?
- La siguiente pregunta se produce por medio del caso, pero no se relaciona directamente con el mismo. ¿En caso de pacientes con personalidad por evitación o dependiente, son abordables desde la Medicina Conductual?, considerando que se trata de un tema clínico que puede incidir en la salud,

pero que de forma principal se requiere la atención a dicho trastorno, ¿el intentar enfocar a un paciente evitativo directamente en el tema de consulta relacionado a la salud conllevaría un error por parte del médico conductual o algo necesario?

21. REFERENCIAS

- Ágreda, J., y Yanguas, E. (2001). El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 24 (Supl. 2), 65-72.
- Alden, I. (2016). *Trastorno de personalidad por evitación. Aproximaciones al tratamiento psicológico* (trabajo de grado). Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela, España.
- Bados, A., y García, E. (2011). *Habilidades terapéuticas*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona: España.
- López, A., et al., (2010). Guías esquematizadas de tratamiento de los trastornos de la personalidad para profesionales, desde el modelo de Beck, Freeman, Davis y otros. *Ciencias psicológicas*, 4 (1). 97- 124.
- Merino, I., Del castillo, A., y Saldaña, C. (2015). El manejo de pacientes difíciles: ¿Qué ocurre cuando paciente y terapeuta no se entienden?. *C. Med. Psicosom*, 118, 15-24.
- Schnitter, M. (2009). *Razonamiento clínico del psicólogo que ha intervenido en casos de intento de suicidio*. Universidad de San Buenaventura. España: Medellín.
- Villarroel, J., Ribeiro, J., Bernal, N. (2014). Razonamiento Clínico: Su Déficit Actual y la importancia del aprendizaje de un Método durante la formación de la Competencia Clínica del Futuro Médico. *Rev Cient Cienc Med*. 17(1): 29-36



Hospital Juárez de México
 Medicina Conductual / Medicina Interna
 Lic. Psic. Chesed Alfredo Ochoa Cuevas
 Segundo Caso clínico



1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: Mónica

Sexo: Femenino
 Edad: 68 años
 Estado civil: Casada
 Escolaridad: Primaria
 Ocupación: Ama de casa
 Religión: Católica
 Lugar de origen: Jalisco
 Lugar de residencia: Michoacán
 N° de hijos: 5
 Diagnóstico médico: Nodulación pulmonar derecha en estudio, diabetes mellitus tipo 2 descontrolada, infección de tejidos blandos de miembro pélvico izquierdo, Hipertensión arterial controlada.

2. CRITERIOS DE SELECCIÓN DEL CASO:

El presente caso tiene por objetivos:

- Ilustrar el papel del médico conductual durante el proceso de hospitalización de un paciente dentro del servicio de Medicina Interna y las demandas que surgen dentro de dicho contexto.
- Enfocar el papel de la comunicación interdisciplinaria como foco en el manejo del paciente dentro de la hospitalización.

3. MOTIVO DE CONSULTA:

09. 07.2018. Mónica ingresa al servicio de Medicina Interna a través del servicio de urgencias, Se encuentra en proceso diagnóstico por la nodulación pulmonar y será atendida por “pie diabético” iniciando su valoración.

10.07.2018. En hospitalización la paciente es abordada por primera vez por parte del residente de Medicina Conductual. Indica desconocimiento sobre su motivo de ingreso recordando encontrarse en Michoacán en la última ocasión. Refiere sentirse “preocupada” debido a los familiares que viven con ella y no se encuentran cerca actualmente con ENA 1 de preocupación. Agrega conocerse diabética desde hace 5 años sin conocer la etiología de su diagnóstico ni posibles complicaciones.

4. ANTECEDENTES

4.1 Heredofamiliares: Interrogados y Negados.

4.2 Personales no patológicos: Habita en casa propia construida de materiales perdurables y piso de cemento, cuenta con todos los servicios básicos de saneamiento, cohabita con 3 personas incluyéndole, hábitos de higiene baño diario, cambio de ropa exterior e interior diario, realiza tres comidas al día, caminata diaria aproximadamente de treinta a cincuenta minutos durante cincuenta años actualmente suspendida por fatiga y falta de aire, zoonosis positiva a razón de convivencia con aves de corral (gallinas y pollos) aproximadamente por 50 años, hace un mes convivió con un gato por cinco años, exposición a biomasa positiva debido a humo de leña de cinco a ocho horas diarias durante la infancia hasta los doce años, posteriormente durante diez horas diarias hasta los cincuenta años.

4.3 Personales Patológicos

g) Crónicos degenerativos:

- Diagnóstico de DM2 conocido hace 5 años, tratamiento con metformina 500 mg.
- Diagnóstico de hipertensión arterial hace 1 año, tratamiento con Enalapril 10 mg.

h) Alérgicos: interrogadas y negadas.

i) Infecto contagiosas: interrogadas y negadas.

j) Antecedentes quirúrgicos: Interrogados y negados

k) Toxicomanías:

- Fumadora pasiva por treinta años.
- Alcoholismo social a razón de una cerveza durante reuniones familiares niega embriaguez.

l) Transfusiones: Interrogadas y negadas.

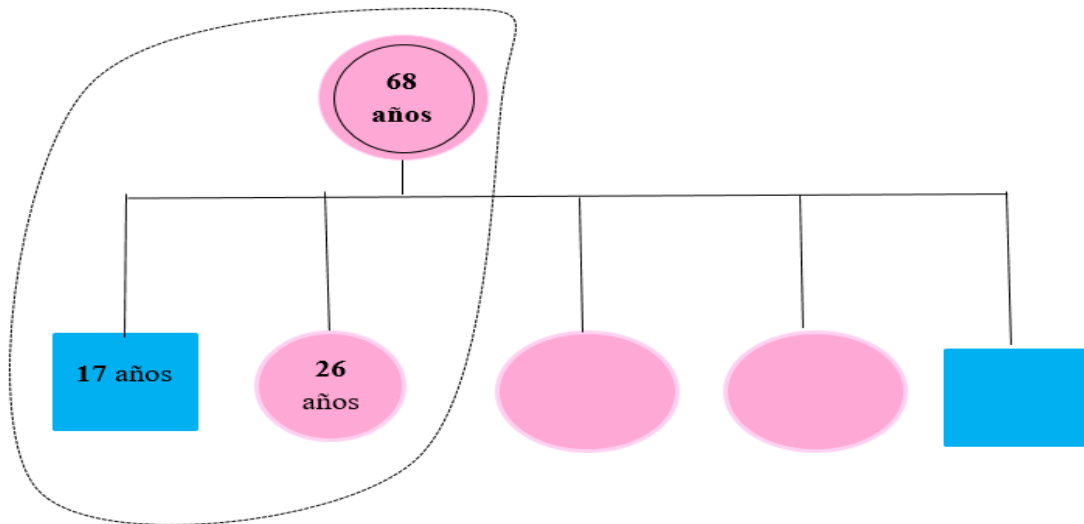
4.5 Psicológicos patológicos:

La paciente refiere no haber recibido atención psicológica o psiquiátrica de forma previa.

5. DINAMICA FAMILIAR Y GENOGRAMA

Mónica es una mujer de 68 años de edad, Viuda desde el 2012. Actualmente vive en casa propia y se dedica a las labores del hogar. Procreó cinco hijos, de los cuales dos viven con ella de 26 años de edad y 17 años. Tiene tres hijos que viven actualmente en el estado de México dos mujeres y un varón.

Genograma



6. HISTORIA DEL PROBLEMA

6.1. MÉDICO

- **2013:** Diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2
- **2017:** Diagnóstico de Hipertensión arterial sistémica

- **04/07/2018** El padecimiento actual inicia con astenia, adinamia, fatigabilidad y falta de aire aun estando en reposo cinco días antes a su ingreso a Medicina Interna.

6.2 PSICOLÓGICO

- **2013:** La paciente pide alimentos que no son recomendados por su condición como diabética, circunstancia que es solventada por su hija.
- **2015:** Se propone la amputación supracondílea debido a pie diabético, la paciente se opone siendo revalorada, se le brinda amputación infra condílea (sección de los dedos)
- **09/07/2018** En el expediente al ingreso se reporta a la paciente con tristeza y alteraciones del sueño.

7. DESCRIPCION DEL PROBLEMA ACTUAL

Mónica ingresa a Medicina Interna debido a la nodulación pulmonar derecha en estudios, infección de tejidos blandos de miembro pélvico derecho y el descontrol de sus niveles de glucosa. Durante el primer pase de visita es acompañada por una de sus hijas, menciona no recordar los eventos relacionados a su ingreso ante los que su hija refiere “la trajimos de Michoacán, en el hospital nos dijeron que aquí tenían el equipo para saber mejor que tiene” (Sic.Fam), recordando su estadía anterior en Michoacán, la lejanía con dos de

sus hijos que residen en Michoacán provoca “preocupación” (Sic.Pac) referido con ENA 1 durante la entrevista inicial, posteriormente acepta el procedimiento de amputación ante el personal de Medicina Interna y lo rechaza con el personal de ortopedia refiriendo “cuando me amputaron el otro dedo querían amputarme el pie y les dije que no, entonces me amputaron el dedo y mire, estoy bien, que me corten solo los dedos, si no, no” (Sic.Pac).

8. IMPRESIÓN Y ACTITUD GENERAL

Paciente femenino de complexión endomórfica, en adecuadas condiciones de higiene y aliño de acuerdo al contexto. Se muestra cooperadora durante la entrevista.

9. EXAMEN MENTAL DE PRIMERA VEZ

Paciente femenino, edad aparente de acuerdo a la cronológica. Orientada en las cuatro esferas (TEPC). Consciente, alerta, con respuesta al ambiente adecuada. Atención, concentración y memoria conservadas. Cooperadora ante la entrevista. Lenguaje coherente, congruente y fluido. Pensamiento concreto. Sin alteraciones en la sensopercepción. Percepción clínica de inteligencia promedio. Estado de ánimo preocupada. Afecto eutímico. Sin noción de la enfermedad

10. FACTORES PSICOLÓGICOS COMPLEMENTARIOS

- Locus de control externo

- Estilo de afrontamiento centrado en la emoción
- Redes de apoyo percibidas como existentes
- Apoyo social en lo instrumental y emocional

11. PERSONALIDAD PREVIA

La paciente se refiere a sí misma de forma previa a la hospitalización como alegre “siempre me estoy moviendo y haciendo cosas, me gusta cuidar mis plantas” (Sic.Pac)

12. SELECCIÓN Y APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE EVALUACIÓN

- Entrevista conductual
- Observación clínica
- ENA de ansiedad.

13. ANALISIS Y DESCRIPCION DE CONDUCTAS PROBLEMA:

- Referir respuesta ambivalente ante la autorización del tratamiento para su infección de tejidos blandos.
- Referir la posibilidad de pedir alta voluntaria para evadir un procedimiento médico.
- Referir respuesta ambivalente ante la autorización del procedimiento de intubación.

14. MODELO SECUENCIAL INTEGRATIVO:

E	O	R	C
<p>Externos:</p> <p>Médicos tratantes.</p> <p>Internos:</p> <p>Antes me quisieron hacer lo mismo y solo con el dedo fue suficiente, ¿qué tal si ahora es igual?" (Sic.Pac).</p> <p>Historia: Contemporánea:</p> <p>Solicitud de realizarse la amputación supracondílea por parte del personal médico.</p> <p>Pasada:</p> <p>Amputación de dedo la cual inicialmente fue propuesta como amputación supracondílea (arriba de la rodilla).</p>	<p>Biológico:</p> <p>Nodulación pulmonar derecha en estudio, diabetes mellitus tipo 2 descontrolada, infección de tejidos blandos de miembro pélvico izquierdo, Hipertensión arterial controlada.</p> <p>Cognitivo:</p> <p>Creencias en relación a su imagen corporal.</p> <p>Historia de reforzadores:</p> <p>Situaciones donde el personal de salud cambio su valoración respecto al tratamiento posteriormente a la negativa de la paciente.</p> <p>Estilo de afrontamiento centrado en la emoción de tipo evitativo.</p>	<p>Diagnóstico:</p> <p>Factor psicológico (estilo de afrontamiento) que afecta en estado físico (infección de tejidos blandos).</p> <p>Factor psicológico (déficit de información) que afecta en estado físico (infección de tejidos blandos).</p> <p>Motoras:</p> <p>Verbalizar dudas respecto al posible tratamiento</p> <p>Verbalizar la opinión brindada por el residente del servicio de ortopedia.</p> <p>Descender la mirada.</p> <p>Movimiento de manos estereotipado</p> <p>Fisiológicas:</p> <p>Tensión en la zona de la espalda.</p> <p>Dolor de cabeza.</p> <p>Cognitivas:</p> <p>“Como me quieren hacer eso” (Sic.Pac)</p> <p>“Que voy a hacer después?, sin poder caminar ni hacer nada” (Sic.Pac)</p>	<p>Inmediatas:</p> <p>Internas:</p> <p>“aún no están seguros, no me voy a dejar” (Sic.Pac).</p> <p>Externas:</p> <p>Verbalizar la negativa ante la propuesta de tratamiento.</p> <p>De otros:</p> <p>Personal médico: Referir a la paciente que se valorará si puede ser amputada únicamente la sección de los dedos.</p> <p>Mediatas:</p> <p>Internas:</p> <p>“Van a ver si pueden amputar solo los dedos, puede que sí.” (Sic.Pac).</p> <p>Externas:</p> <p>De otros:</p> <p>Hija: Hablar con la paciente para que permita la amputación. Hablar con el personal de salud indicando que los hijos aceptarían el procedimiento.</p>

15. ANALISIS FUNCIONAL

Mónica es una mujer de 66 años, casada, tiene cinco hijos, es ama de casa, de complejión endomórfica, con diagnósticos de nodulación pulmonar derecha en estudio, diabetes mellitus tipo 2 descontrolada, infección de tejidos blandos de miembro pélvico izquierdo e Hipertensión arterial controlada. Es referida al servicio de Medicina Interna debido a dichos diagnóstico donde indica ambivalencia en relación a su tratamiento para la infección de tejidos blandos motivo que impide proseguir con su tratamiento. Esta respuesta es caracterizada a nivel motor por la verbalización de dudas y opiniones diferentes a las de sus médicos tratantes, descenso de la mirada y movimiento estereotipado de manos, a nivel fisiológico por tensión en la zona de la espalda y dolor de cabeza, a nivel cognitivo por pensamientos como, ¿Cómo me quieren hacer eso?, (Sic.Pac),“¿Que voy a hacer después?, sin poder caminar ni hacer nada”, “Que horrible me voy a ver sin mi pie”, este comportamiento responde ante la propuesta de amputación supracondílea realizada por el personal médico, es favorecida por pensamientos asociados a otra situación donde fue propuesto el mismo tratamiento y no resultó necesario.

Las conductas problema pueden estar mantenidas por pensamientos asociados a la falta de certeza en el tratamiento y verbalizaciones por parte del personal médico asociadas a la búsqueda de una segunda opinión. Otras situaciones que pueden afectar a su mantenimiento de manera mediata son la comunicación de la cuidadora con el personal de salud y con la paciente y los pensamientos asociados a la ambigüedad respecto al tratamiento por parte de la paciente.

Lo anterior esta mediado por las enfermedades que Mónica presenta, nodulación pulmonar derecha en estudio, diabetes mellitus tipo 2 descontrolada, infección de tejidos blandos de miembro pélvico izquierdo, hipertensión arterial controlada los cuales disponen las condiciones de hospitalización en función de su secuencia de atención y por las creencias asociadas a la imagen corporal de Mónica.

Se considera que el tratamiento debe dirigirse hacia la ejecución de una decisión específica en relación al tratamiento por parte de la paciente y el trabajo relacionado a las consecuencias de dicha decisión principalmente mediante la información y elementos de entrevista motivacional apoyándose en estrategias de reestructuración cognitiva en relación a las creencias asociadas a la imagen corporal de la paciente. Dichas técnicas pueden favorecer la respuesta de una respuesta específica por parte de la paciente y permitir abordar la problemática a partir de dicha decisión. Con lo anterior se espera que Mónica tenga progreso en su tratamiento dentro del servicio de Medicina Interna permitiendo abordar posteriormente síntomas de ansiedad y apegó al tratamiento médico.

16.HIPOTESIS FUNCIONAL

Si se proporciona información por parte del personal médico relacionado al procedimiento propuesto a la paciente en conjunto a la realización de fases de la entrevista motivacional como balance decisional e identificación de verbos de compromiso y psicoeducación la paciente referirá una respuesta concreta en relación a la toma de decisiones respecto a la amputación supracondílea.

17.EVALUACIÓN MULTIAXIAL CON DSM-IV y DSM V:

Diagnóstico DSM IV:

Eje I: F54 Factor psicológico (estilo de afrontamiento) que afecta en estado físico
(Diabetes mellitus tipo 2, infección de tejidos blandos de miembro pélvico)

F54 Factor psicológico (déficit de información) que afecta en estado físico
(Diabetes mellitus tipo 2, infección de tejidos blandos de miembro pélvico)

Eje II: Sin diagnóstico

Eje III: Diabetes mellitus tipo 2

Infección de tejidos blandos de miembro pélvico izquierdo.

Hipertensión Arterial Sistémica.

Nodulación pulmonar derecha en estudio.

Eje IV: Sin diagnóstico

Eje V: 71 - 80

Diagnóstico DSM V:

F54 (316) Factores psicológicos que influyen sobre otras afecciones médicas.
Diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica, modulación pulmonar en estudio, WHODAS 33 (versión 12 preguntas auto aplicable).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS (DSM V):

A. Presencia de un síntoma o afección médica (que no sea un trastorno mental).

B. Factores psicológicos o conductuales que afectan negativamente a la afección médica de una de las maneras siguientes:

1. Los factores han influido en el curso de la afección médica como se pone de manifiesto por una estrecha asociación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo o la exacerbación o el retraso en la recuperación de la afección médica.
2. Los factores interfieren en el tratamiento de la afección médica.
3. Los factores constituyen otros riesgos bien establecidos para la salud del individuo. Los factores influyen en la fisiopatología subyacente, porque precipitan o exacerbaban los síntomas, o necesitan asistencia médica.

18.OBJETIVO DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO:

La paciente identificará los pros y los contras de recibir el tratamiento médico.
La paciente referirá una respuesta dirigida a la negativa o afirmativa hacia recibir el tratamiento médico mencionando las consecuencias relativas a su decisión.
La paciente referirá verbos de compromiso en relación a su decisión.

Posterior a la toma de decisiones:

La paciente referirá reducción en el ENA de preocupación asociado al procedimiento de amputación.

19.PROPUUESTA DE ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS:

- Psicoeducación.
- Información.

- Entrevista motivacional.
- Ejercicio de reestructuración cognitiva con dialogo socrático.
- Imaginación guiada.

20. DESCRIPCIÓN DE SESIONES

Sesiones/fecha/técnica de intervención	Descripción de la sesión	Resultados
<p>Sesión 1 10/07/2018 1:30 pm</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientación • Información 	<p>Se realiza entrevista inicial con la paciente. Se obtiene la siguiente información:</p> <p>Conocimientos respecto a la hospitalización:</p> <p>Estado anímico:</p> <p>Conocimiento respecto a su enfermedad:</p> <p>Se orientó respecto al servicio de Medicina Interna y la realización de preguntas en relación al tratamiento.</p>	<p>Se establecen componentes de relación.</p> <p>“no supe como llegue aquí, creo que me desmaye, estaba en Michoacán”.</p> <p>“preocupada, por los dos que deje allá” (Sic.Pac) en relación a su hija y su nieto que viven con ella, ENA 1 de preocupación.</p> <p>Se conoce diabética desde hace 5 años y no tener información en relación a la diabetes a excepción de los cuidados. “Debo tomarme mis medicamentos, hacer ejercicio, no fumar, comer verduras, nada de refresco” (Sic.Pac) e indica ser adherente a dichos cuidados.</p>

	<p>Se informó sobre diabetes (complicaciones, monitoreo, etiología).</p>	<p>La paciente refirió el nombre de su médico adscrito y el horario de informe médico para la realización de preguntas de interés.</p> <p>La paciente refirió “la diabetes es una falla en el páncreas y la azúcar se queda en el cuerpo” (Sic.Pac)</p> <p>Indicando la necesidad de la revisión de sus pies y los niveles de glucosa.</p>
<p>Sesión 2 24/07/18 1:10 pm</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva • Información • Balance decisional 	<p>La paciente refiere “está bien si me tienen que quitar los dedos, quisiera que fuera ya para que no se suba más, pero solo los dedos, antes también me dijeron que era el pie y solo fueron necesarios los dedos” (Sic.Pac)</p> <p>“Además que voy a hacer sin mi pie, que horrible me voy a ver” (Sic.Pac)</p> <p>Se informó respecto al procedimiento de amputación, se realizó ejercicio de reestructuración cognitiva con dialogo socrático.</p> <p>Agrega miedo en relación a la broncoscopia y considerar el alta.</p>	<p>Se identificó la necesidad de solicitar apoyo al personal de ortopedia para facilitar información en relación a la pertinencia del tratamiento.</p> <p>Se identificaron actividades gratificantes realizadas sin la necesidad de caminar y medidas en relación a la apariencia corporal como la búsqueda de alternativas de prótesis y la reorientación hacia las partes intactas del cuerpo.</p>

	Se informó respecto al proceso de broncoscopia, se realizó balance decisional en relación a la posible alta voluntaria.	La decisión se inclina al mantenimiento dentro del servicio de Medicina Interna.
Sesión 3 26/07/18 11:30 am <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Entrevista motivacional 	<p>La paciente refiere “solo que me amputen los dedos del pie y ya, antes me habían dicho también que tenían que amputar el pie, pero solo fueron los dedos” (Sic.Pac), “si no se puede hacer nada, ni modo” (Sic.Pac).</p> <p>Se obtuvo apoyo por parte del personal de ortopedia para brindar información a la paciente.</p> <p>Se psicoeducó en relación al proceso de amputación, se realizó balance decisional en relación al proceso de amputación.</p>	<p>El personal de ortopedia informó a la paciente sobre la relevancia de la valoración por parte del personal de cirugía vascular y la probable relevancia de la amputación.</p> <p>La paciente refiere aceptar el procedimiento en caso de que la valoración del personal de vascular lo indique.</p>
Sesión 3.1 <ul style="list-style-type: none"> • Información • Psicoeducación 	La familiar refiere “ya lo hablamos los hermanos, estamos de acuerdo en que se realice, pero ella es terca, sigue esperanzada en que puedan solo apuntar sus dedos” (Sic.Pac).	

	<p>Se informó respecto al proceso de amputación.</p> <p>Se indagó en el comportamiento previo a la hospitalización de la paciente.</p> <p>Se indagó en el apoyo evaluativo aceptado por la paciente previamente.</p>	<p>Se refiere a la paciente como “consentida” (Sic.Fam) “vanidosa” (Sic.Pac) y “renuente” (Sic.Fam) ante el tratamiento médico.</p> <p>No se identifica ninguna figura que brinde apoyo evaluativo de forma regular a la paciente.</p>
<p>Sesión 4 27/07/18 2:10 pm</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Entrevista motivacional 	<p>La paciente refiere “ya vino el doctor de vascular, me explicó que igual se requiere hasta arriba de la rodilla, pero porqué tiene que ser hasta ahí, también me dijeron de lo de ponerme un tubo, pero, ¿ese para qué es?” (Sic.Pac).</p> <p>Se retomó el ejercicio de reestructuración cognitiva con dialogo socrático realizado previamente.</p> <p>Se realizó balance decisional en relación al proceso de amputación.</p>	<p>Se identifican demandas de la sesión de la paciente.</p> <p>La paciente refiere “está bien, ya después veremos lo de la prótesis o algo, lo primero es salir bien” (Sic.Pac)</p> <p>El balance se inclina hacia la realización de la amputación reconociendo el riesgo relativo como menor ante posibles complicaciones por el mantenimiento de la condición actual y el cambio en la autonomía.</p>

	<p>Se identificaron verbos de compromiso.</p> <p>Se psicoeducó en relación a la intubación endotraqueal.</p> <p>Se realizó balance decisional respecto a la intubación.</p>	<p>La paciente refiere compromiso hacia brindar la firma de consentimiento del procedimiento y pasar por el proceso de amputación.</p> <p>La paciente refiere la condición de realización de la intubación endotraqueal, sus beneficios y posibles consecuencias</p> <p>. El balance se inclinó hacia la realización de la intubación endotraqueal.</p>
<p>Sesión 5 02/08/18 1:25 pm</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Imaginación guiada 	<p>La paciente refiere “pienso en mi pie en todo momento, es que no puedo caminar, por eso no me paro, no puedo”, “luego cuando pase a que me lo corten, me pone muy nerviosa” (Sic.Pac)</p> <p>Se psicoeducó respecto a los ejercicios de relajación.</p> <p>Se indagó en la capacidad de la paciente para imaginar.</p>	<p>Se identifica ENA 10 de nerviosismo.</p> <p>La paciente acepta la realización del ejercicio de imaginación guiada.</p> <p>Se reiteraron las situaciones previas donde la paciente imaginó situaciones aversivas y la respuesta ante un estímulo imaginado (limón).</p>

	<p>Se indagó en los estímulos que resultan relajantes para la paciente.</p> <p>Se realizó ejercicio de imaginación guiada con fines de relajación.</p>	<p>Se identifica una playa específica con estímulos como una choza, una cascada, la temperatura del agua tibia, el sonido de la brisa. Un lugar ya visitado previamente por la paciente.</p> <p>ENA 0 de nerviosismo.</p>
<p>05/08/18 Fallecimiento.</p>	<p>La paciente fallece durante el procedimiento de amputación.</p>	<p>El evento se presenta en día no hábil. No se realiza intervención.</p>

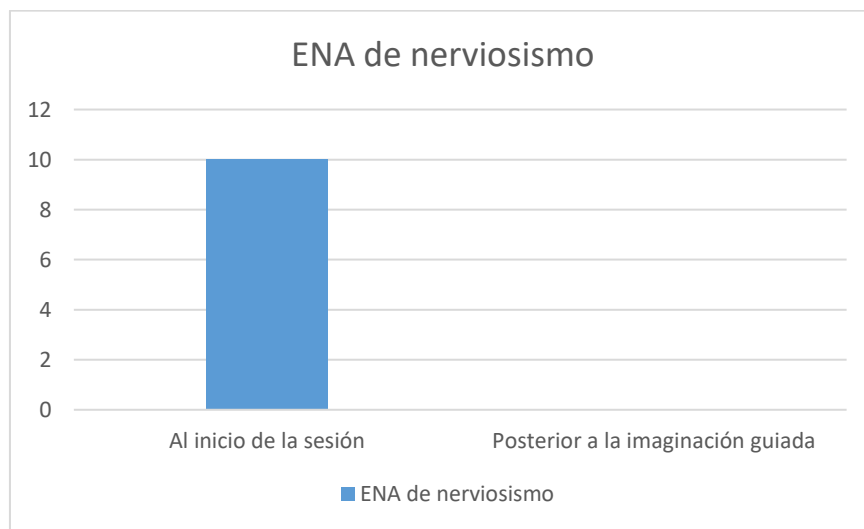
21.RESULTADOS

En relación a los objetivos planteados para dicho caso:

La paciente identificó condiciones positivas de la amputación asociadas al pronóstico de su condición de salud y el avance del tratamiento. En relación a condiciones negativas se distinguió la apariencia personal y la probable pérdida de la funcionalidad.

La primera respuesta relativa hacia el tratamiento mencionando las posibles consecuencias y su aceptación es obtenida durante la cuarta sesión dirigiéndose a la realización de la amputación de forma posterior a la valoración por parte del servicio de cirugía vascular sugerida entre la información brindada por el servicio de ortopedia. Los verbos de compromiso referidos fueron en relación a la firma del consentimiento y la participación durante el proceso de amputación.

De forma posterior a la toma de decisiones se trabajó en relación a la reducción en el ENA de nerviosismo asociado al procedimiento de amputación.



22. CONCLUSIONES

La comunicación es un procedimiento donde se transfieren datos de un individuo a otro mediante señales que pueden ser orales, escritas o de otro tipo. En caso que la comunicación sea comprensible, libre y apropiada, logra conseguir la confianza del paciente y su familia. En el paciente en hospitalización, la comunicación es más relevante, pero complicada. El individuo se encuentra susceptible y necesita una serie de atenciones particulares donde se implica a varios profesionistas, siendo fundamental que el personal tenga la capacidad para realizar el procedimiento comunicativo. (Ramírez, et al., 2011).

Ante una discrepancia evaluativa, una alternativa es incrementar los pensamientos relacionados y el enjuiciamiento de datos de interés con la finalidad de tomar una decisión, Hass, Katz, Rizzo, Bailey y Moore, 1992 en Briñol, et al., 2004. Identificando e inspeccionando los datos complementarios relacionados a la fuente de discrepancia, los individuos que presentan ambivalencia tienen la posibilidad de dirigirse hacia una percepción u otra, suprimiendo o haciendo menor la disputa. La reducción en el funcionamiento del individuo lo lleva a indagar en más datos relacionados con la misma. (Briñol, et al., 2004).

La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente finalmente incide en la ambivalencia al proporcionar datos que serán identificados por el individuo y afectarán en la decisión.

Las áreas de oportunidad identificadas en el caso son:

Retomar el monitoreo y entendimiento de los niveles de glucosa por parte de la paciente durante el proceso de hospitalización con la finalidad de favorecer la adherencia al tratamiento y la comprensión del probable avance en el tratamiento dentro de Medicina Interna.

Identificar todos los ENA relacionados a nerviosismo o preocupación, habiendo pasado por alto el ENA relacionado a la preocupación que conllevaba a considerar la alta voluntaria debido a la broncoscopia durante la segunda sesión.

23.REFERENCIAS

Briñol, et al. (2004). *El efecto de la ambivalencia evaluativa sobre el cambio de actitudes*. Universidad Autónoma de Madrid.

Ramírez, et al. (2011). La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. *Acta medica grupo Ángeles*. 9, (3), 167 – 169.



Hospital Juárez de México
 Medicina Conductual / Medicina Interna
 Lic. Psic. Chesed Alfredo Ochoa Cuevas
 Tercer Caso clínico



1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: Francisca

Sexo: Femenino
 Edad: 40 años
 Estado civil: Separada
 Escolaridad: Secundaria
 Ocupación: Ama de casa
 Religión: Católica
 Lugar de origen: Ciudad de México
 Lugar de residencia: Ciudad de México
 N° de hijos: 1
 Diagnóstico médico: Prediabetes, colecistitis crónica litiásica, colitis crónica.

2. CRITERIOS DE SELECCIÓN DEL CASO:

El presente caso tiene por objetivo mostrar el trabajo realizado en consulta externa de Medicina Conductual, en el caso de un paciente prediabético con características de personalidad que complican el manejo de la paciente y el apego al panorama preventivo (alimentación y monitoreo de glucosa). Lo anterior es aplicado en un caso que se encuentra en curso.

3. MOTIVO DE CONSULTA:

La paciente es referida por el médico adscrito del servicio de Medicina Interna, después de su consulta inicial, debido a que es percibida como ansiosa, dificultando la comunicación durante la consulta por aparente miedo a la identificación de

síntomas “la doctora me pidió que viniera, es que, estoy asustada por lo que tenga” (Sic.Pac), “quizá soy muy nerviosa, pero cuando a alguien le pasan tantas cosas como a mí... estoy enferma, no quisiera tener que platicarle lo que tengo” (Sic.Pac).

4. ANTECEDENTES

a. ***Heredofamiliares:***

Familia materna: Mamá y tía con Hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo 2.

Abuela con antecedente de cáncer de útero.

4.2 Personales no patológicos: Habita en casa propia construida de materiales perdurables y piso de cemento, cuenta con todos los servicios básicos de saneamiento, cohabita con 4 personas incluyéndole, hábitos de higiene baño diario, cambio de ropa exterior e interior diario, realiza tres comidas al día, zoonosis negativa, exposición a biomasa negativa.

4.3 Personales Patológicos

m) ***Crónicos degenerativos:***

Prediabética conocida desde septiembre del 2017.

Colecistitis crónica litiásica desde el 2013.

Colitis crónica desde el 2011

n) ***Alérgicos:*** interrogados y negados.

o) ***Infecto contagiosas:*** Infección por VPH con inicio en agosto del 2018.

p) ***Antecedentes quirúrgicos:*** Interrogados y negados

q) ***Toxicomanías:*** interrogadas y negadas

r) **Transfusiones:** Interrogadas y negadas.

4.6 **Psicológicos patológicos:**

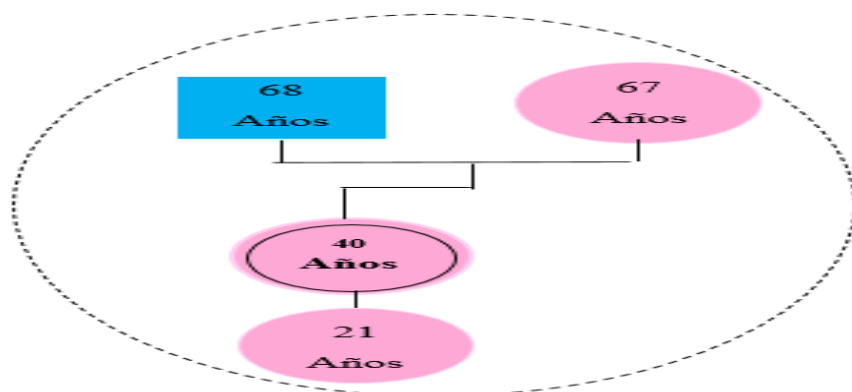
Trastorno mixto diagnosticado por psiquiatra durante el 2016 en la clínica familiar número 26 del IMSS. No fue adherente al tratamiento debido a síntomas de ansiedad presuntamente asociados a la ingesta de medicamentos. Agregando la suspensión del servicio médico al que acudía debido a la separación de su anterior pareja.

Niega recibir atención psicológica previamente.

5. **DINAMICA FAMILIAR Y GENOGRAMA**

Francisca vive con sus padres y su hija. Refiere la relación con ambos padres como distante y conflictiva “Casi no hablo con ellos, es que no me gusta, tengo que seguir sus reglas, no sabe lo vergonzoso que es, soy una persona adulta y tengo que seguir sus reglas” (Sic.Pac). La relación con su hija es considerada cercana “con ella hablo de lo que me pasa, a veces ella parece la mamá” (Sic.Pac).

Genograma



6. HISTORIA DEL PROBLEMA

6.1. MÉDICO

- **2013:** Diagnóstico colecistitis crónica litiásica, en clínica familiar número 26 del IMSS.
- **2017:** Diagnóstico de prediabetes (130 mg/dl) en clínica familiar número 26 del IMSS.
- **Agosto del 2018:** Es atendida por el servicio de cirugía general del hospital Juárez de México debido a colitis crónica.
- **Agosto del 2018:** Es atendida por el servicio de cirugía general del hospital Juárez de México debido a colecistitis crónica litiásica.
- **Octubre del 2018:** Acude a consulta externa con médico adscrito de Medicina Interna, se solicitan estudios de control, se indica glucosa capilar de 76.

6.2 PSICOLÓGICO

- **2017:** Ante la identificación de prediabetes la paciente refiere “miedo a lo que pueda tener, a estar más enferma, no reviso la glucosa, ¿y si me llega a dar algo?” (Sic.Pac), agregando “además, ya han de pensar que estoy loquita, aparte de loquita, enferma” (Sic.Pac), en relación al personal de salud.

7. DESCRIPCION DEL PROBLEMA ACTUAL

A partir de la identificación de prediabetes la paciente refiere “miedo a lo que pueda tener, a estar más enferma, no reviso la glucosa, ¿y si me la reviso y veo que tengo algo?” (Sic.Pac), “realmente, no me gusta ir con los doctores, siento que me juzgan,

que piensan que yo no tendría que estar así, que estoy loquita, pero estoy enferma” (Sic.Pac)

Indica una serie de síntomas durante la consulta médica y al pensar sobre su estado de salud (prediabetes, VPH) tensión de hombros, cuello, calor en la zona de la cara y dolor de cabeza, mantener pensamientos asociados a ser afectada de forma negativa por su interacción con el personal “y si, solo me citan para tener dinero” (Sic.Pac), “han de creer que estoy loquita, que solo me tienen que tener con pastillas” (Sic.Pac), “¿y si, ponen mi nombre en los estudios, se les pierden y alguien que conozca o después me conozca los ve?” (Sic.Pac), “han de creer que no quiero trabajar y por eso me invento que estoy enferma” (Sic.Pac), reiterando la creencia “no quisiera tener que venir, pero estoy enferma” (Sic.Pac).

Los síntomas fisiológicos y los pensamientos asociados a poder ser afectado de forma negativa por otras personas son percibidos también en interacciones familiares e intentos de búsqueda de trabajo, conllevando a evitar dichas interacciones.

8. IMPRESIÓN Y ACTITUD GENERAL

Paciente femenino de complexión ectomórfica, en adecuadas condiciones de higiene y aliño de acuerdo al contexto. Se muestra cordial, obstruccionista durante la entrevista.

9. EXAMEN MENTAL DE PRIMERA VEZ

Paciente femenino, edad aparente de acuerdo a la cronológica. Orientada en las cuatro esferas (TEPC). Consciente, alerta, con respuesta al ambiente adecuada. Atención, concentración y memoria conservadas. Lenguaje coherente, congruente y fluido. Pensamiento funcional con ideas irracionales de tipo paranoide. Sin alteraciones aparentes en la sensopercepción. Percepción clínica de inteligencia promedio. Estado de ánimo preocupada. Afecto hipertímico. Con noción de la enfermedad.

10. FACTORES PSICOLÓGICOS COMPLEMENTARIOS

- Locus de control externo
- Estilo de afrontamiento centrado en la emoción
- Redes de apoyo percibidas como existentes
- Apoyo social percibido en lo económico, evaluativo.

11. PERSONALIDAD PREVIA

La paciente se refiere como “aprehensiva, nerviosa” (Sic.Pac), desde su etapa de adolescencia.

12. SELECCIÓN Y APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE EVALUACIÓN

- Entrevista conductual.

- Observación clínica.
- 16 PF.
- HADS.
- ENA de ansiedad.

13. ANALISIS Y DESCRIPCION DE CONDUCTAS PROBLEMA:

Nivel Motor:

- Movimiento de manos.
- Apertura exagerada de los parpados.

Nivel Cognitivo.

- “han de creer que estoy loquita, que solo me tienen que tener con pastillas”.
- “han de creer que no quiero trabajar y por eso invento que me siento enferma”.
- “y, si le ponen mi nombre a las hojas y luego alguien más que yo conozca las ve...”.
- “sé que piensan que yo tendría que cuidarme y no estar enferma”.
- “aparte de loquita voy a estar enferma”.
- “sí voy al psiquiatra y alguien me ve, van a decir que estoy loquita”.
- “estoy muy enferma y por eso debo venir al doctor”.

Nivel Fisiológico:

- Tensión de hombros y cuello.
- Calor en la zona de la cara.
- Dolor de cabeza.

14. MODELO SECUENCIAL INTEGRATIVO:

E	O	R	C
<p>Externos:</p> <p>Consulta con personal de salud (medico, psiquiatra, psicólogo).</p> <p>Internos:</p> <p>“qué tal si estoy enferma” (Sic.Pac).</p> <p>Historia:</p> <p>Contemporánea:</p> <p>Consulta en gastroenterología.</p> <p>Consulta en cirugía general.</p> <p>Consulta en Medicina Interna.</p> <p>Consulta en Medicina Conductual.</p> <p>Consulta en ginecología.</p> <p>Pasada:</p> <p>Diagnóstico de prediabetes.</p> <p>Diagnóstico de colescitis crónica litiásica.</p> <p>Diagnóstico de gastropatía crónica.</p> <p>Diagnóstico de trastorno mixto.</p>	<p>Biológico:</p> <p>Prediabetes.</p> <p>Gastropatía crónica.</p> <p>Colescitis crónica litiásica.</p> <p>Cognitivo:</p> <p>Creencias en relación al aparente riesgo de sufrir daños por parte de otras personas.</p> <p>Excesos, déficits y habilidades:</p> <p>Déficit en habilidades de comunicación.</p> <p>Déficit en habilidades respecto a la adquisición de empleo.</p> <p>Historia de reforzadores:</p> <p>Consultas médicas anteriores.</p> <p>Estilo de afrontamiento centrado en la emoción de tipo evitativo.</p>	<p>Diagnóstico:</p> <p>Factor psicológico (rasgos de personalidad o estilo de afrontamiento) que afecta en estado físico (Prediabetes).</p> <p>Trastorno paranoide de la personalidad.</p> <p>Trastorno de la personalidad por evitación.</p> <p>Motoras:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Movimiento de manos. • Apertura exagerada de los parpados. <p>Fisiológicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tensión de hombros y cuello. • Calor en la zona de la cara. • Dolor de cabeza. <p>Cognitivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “han de creer que estoy loquita”. • “han de creer que yo no quiero trabajar y por eso invento que me siento enferma”. • “y, si le ponen mi nombre a las hojas y luego alguien más que yo conozca las ve...”. • “sé que piensan que yo tendría que cuidarme y no estar enferma”. • “sí voy al psiquiatra y alguien me ve van a decir que estoy loquita”. • “y si solo me citan para tener dinero”. 	<p>Inmediatas:</p> <p>Internas:</p> <p>“estoy mal, estoy muy enferma” (Sic.Pac).</p> <p>Externas:</p> <p>Mantenerse en silencio y aceptar asistir consultas referidas por el personal.</p> <p>De otros:</p> <p>Personal médico:</p> <p>Referir a la paciente a psiquiatría.</p> <p>Referir a la paciente con el psicólogo.</p> <p>Mandar a la paciente a otros servicios médicos para descartar otras enfermedades.</p> <p>Mediatas:</p> <p>Internas:</p> <p>“me pasan muchas cosas, estoy sola, no lo puedo manejar” (Sic.Pac).</p> <p>Vigilar sus sensaciones corporales, adjudicándolas a su condición médica.</p> <p>Externas:</p> <p>Abstenerse de realizar monitoreo de glucosa.</p> <p>Dejar de acudir a los servicios previamente referidos, hasta que mantiene respuestas fisiológicas interpretadas como enfermedades médicas.</p> <p>Evitar la comunicación de posibles síntomas con el personal de salud durante consulta.</p> <p>De otros:</p> <p>Mamá: insistir en que la paciente acuda al médico.</p>

15. ANALISIS FUNCIONAL

Francisca es una mujer de 40 años, separada, con una hija, ama de casa, de complexión ectomórfica, con diagnósticos de prediabetes, gastritis crónica y colelitiasis crónica litiásica. Es referida al servicio de Medicina Conductual por el médico adscrito de Medicina Interna, indica mantener “miedo a lo que pueda tener, a estar más enferma, no reviso la glucosa, ¿y si me la reviso y veo que tengo algo?” (Sic.Pac), “realmente, no me gusta ir con los doctores, siento que me juzgan, que piensan que yo no tendría que estar así, que estoy loquita, pero estoy enferma” (Sic.Pac) La respuesta asociada al factor psicológico (rasgos de personalidad) que afecta el estado físico (prediabetes) es caracterizada a nivel motor por apertura exagerada de parpados y movimientos de manos, a nivel fisiológico tensión de hombros y cuello, dolor de cabeza, calor en la zona de la cara, a nivel cognitivo se caracteriza por pensamientos como, “han de creer que estoy loquita”, “han de creer que yo no quiero trabajar y por eso invento que me siento enferma” (Sic.Pac), “y, si le ponen mi nombre a las hojas y luego alguien más que yo conozca las ve...”, “sé que piensan que yo tendría que cuidarme y no estar enferma” (Sic.Pac), “si voy al psiquiatra y alguien me ve van a decir que estoy loquita” (Sic.Pac), “y si, solo me citan para tener dinero?” (Sic.Pac).

Dichas respuestas se vuelven probables ante la consulta con personal de la salud como médico, psiquiatra o psicólogo como estímulos externos, ante pensamientos

cuestionándose su propio estado de salud “qué tal si estoy enferma” (Sic.Pac) como estímulo interno.

La conducta problema probablemente se vea mantenida por los pensamientos asegurando la presencia de enfermedad de la paciente, “estoy mal, estoy muy enferma” (Sic.Pac), el mantenerse en silencio y aceptar las próximas consultas sugeridas por parte de la paciente y la solicitud de consulta en psiquiatría, Medicina Conductual y otros servicios por parte del personal médico.

Las variables orgánicas, que median el problema son los pensamientos de la paciente en relación a tener riesgo de sufrir alguna consecuencia negativa debido a la intervención de otra persona, el diagnóstico de prediabetes, gastropatía crónica y colescitis crónica litiásica. A su vez la paciente presenta déficits respecto a sus habilidades de comunicación y adquisición de empleo. Manteniendo un estilo de afrontamiento centrado en la emoción con estrategias de evitación. Finalmente, se considera dirigir la intervención hacia los niveles de respuesta fisiológica y cognitivo, como a las consecuencias mediatas e inmediatas de la paciente.

16. HIPOTESIS FUNCIONAL

Si se brinda psicoeducación respecto al trastorno de personalidad evitativo y paranoide, el servicio de psiquiatría, ejercicios de terapia cognitiva con dialogo socrático, búsqueda de evidencias, técnicas de relajación y reforzamiento social se podrán modificar las respuestas de la conducta problema en su nivel cognitivo y fisiológico.

17. EVALUACIÓN MULTIAXIAL CON DSM-IV y DSM V:

Diagnóstico DSM IV:

Eje I: F54 Factor psicológico (rasgos de personalidad o estilo de afrontamiento) que afecta en estado físico (Prediabetes).

Eje II: F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad.

F60.6 Trastorno de la personalidad por evitación [301.82].

Eje III: Prediabetes.

Gastropatía crónica.

Colecistitis crónica litiásica.

Eje IV: Sin diagnóstico.

Eje V: 41 – 50.

Diagnóstico DSM V:

F54 (316) Factores psicológicos que influyen sobre otras afecciones médicas. (Z91.19). Prediabetes. Gastropatía crónica. Colecistitis crónica litiásica. Trastorno de la personalidad paranoide. 301.0 (F.60.0). Trastorno de la personalidad evasiva 301.82 (F60.6) WHODAS: 20.

Criterios DSM IV

Factor psicológico que afecta al estado físico:

- A. Presencia de una enfermedad médica (codificada en el Eje III).
- B. Los factores psicológicos afectan negativamente a la enfermedad médica en alguna de estas formas:

(1) los factores han influido el curso de la enfermedad médica como puede observarse por la íntima relación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo o la exacerbación de la enfermedad médica, o el retraso de su recuperación.

(2) los factores interfieren en el tratamiento de la enfermedad médica.

(3) los factores constituyen un riesgo adicional para la salud de la persona.

Trastorno paranoide:

1) sospecha, sin base suficiente, que los demás se van a aprovechar de ellos, Les van a hacer daño o les van a engañar.

(3) reticencia a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que compartan vaya a ser utilizada en su contra.

(4) en las observaciones o los hechos más inocentes vislumbra significados ocultos que son degradantes o amenazadores.

(6) percibe ataques a su persona o a su reputación que no son aparentes para los demás y está predispuesto a reaccionar con ira o a contraatacar.

Trastorno de personalidad por evitación

Evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo.

(2) es reacio a implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar.

(3) demuestra represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado.

(4) está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales.

(5) está inhibido en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de inferioridad.

(7) es extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras.

18. OBJETIVO DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO:

Objetivo general:

Disminuir las respuestas del trastorno de personalidad evitativo y paranoide en los niveles cognitivo y fisiológico durante las consultas con el personal de salud.

Objetivos específicos:

La paciente identificará su estrategia de afrontamiento.

La paciente identificará las respuestas cognitivas relativas a sus rasgos de personalidad.

La paciente identificará la utilidad del servicio de psiquiatría ante su caso.

La paciente distinguirá las respuestas fisiológicas de la conducta problema de los síntomas asociados a la diabetes.

La paciente ejecutará ejercicios de terapia cognitiva con búsqueda de evidencia en relación al componente cognitivo de la respuesta problema.

La paciente identificará pensamientos incompatibles ante los estímulos que evocan el componente cognitivo de la respuesta problema.

La paciente ejecutará técnicas de relajación con la finalidad de reducir la respuesta fisiológica de la conducta problema.

La paciente ejecutará conductas incompatibles con las consecuencias mediatas de la conducta problema.

19. PROPUESTA DE ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS:

- Psicoeducación.
- Ejercicios de terapia cognitiva (dialogo socrático y búsqueda de evidencias)
- Respiración diafragmática (técnica de relajación).
- Reforzamiento social.

20. DESCRIPCIÓN DE SESIONES

Sesiones/fecha/técnica de intervención	Descripción de la sesión	Resultados
<p>Sesión 1 09/10/2018 Entrevista inicial Psicoeducación</p>	<p>Se realiza entrevista inicial con la paciente.</p> <p>Se indagó respecto el motivo de atención de la paciente.</p> <p>Conocimiento respecto a su enfermedad:</p> <p>Se aplicó Whodas versión de 12 preguntas auto aplicable</p> <p>Se retomaron datos respecto a lo referido por la paciente como ser nerviosa:</p>	<p>Se establecen componentes de relación.</p> <p>“Me mando la doctora, es que soy muy nerviosa, me puse muy nerviosa en la consulta, por lo que me pudiera decir, podría ser diabética” (Sic.Pac).</p> <p>“La verdad, me da vergüenza decirle lo que tengo, no es que usted es joven, además que va a decir de mi” (Sic.Pac), refiere tener dificultades para dar datos de su enfermedad también en algunos casos con la doctora de Medicina Interna.</p> <p>Whodas: 20. Las preguntas donde indica mayor dificultad son la relacionada a la afectación emocional y la concentración.</p>

	<p>Se psicoeducó en Medicina Conductual y los temas pertinentes de atención.</p> <p>Se psicoeducó respecto al servicio de psiquiatría.</p> <p>Se reorientó hacia una situación de la sesión que la paciente refirió “me puso nerviosa” (Sic.Pac) y se solicitó ENA, se solicitó un registro de las situaciones que generaran malestar emocional durante los próximos días.</p>	<p>“Antes fui al psiquiatra, por depresión, creo que era mixto, pero el medicamento me hacía sentir más nerviosa al tenerme que tomármelo, además... la verdad no quise, tomar medicamento para eso es como estar. mal” (Sic.Pac). “soy así desde siempre... como desde la secundaria, es que me han pasado muchas cosas” (Sic.Pac), refiere dificultad para comentar dicha información.</p> <p>“sí quisiera venir, para poder estar mejor de salud, estoy enferma, con la doctora flores fui porque podría ser diabética, no estoy segura” (Sic.Pac), “no es todo, pero, luego le cuento” (Sic.Pac).</p> <p>“No quisiera ir a psiquiatría, ya he ido antes, además me va a regañar el psiquiatra, y si alguien más sabe que voy a psiquiatría, es estar loquita” (Sic.Pac).</p> <p>“ahorita que me vio así, cerró los ojos y me vio, ósea, no sé qué pensó, pero que tal si está pensando mal de mí, no sé qué soy un bicho raro” (Sic.Pac), ENA 9 de</p>
--	--	--

	<p>Se indagó en creencias asociadas al personal médico generando consecuencias para la paciente.</p> <p>Se dejó como tarea registrar las situaciones que llevaran a mantener malestar significativo a la paciente.</p>	<p>“nervios” (Sic.Pac), “no sé qué podría pasar, pero si piensa mal de mí, quizá le diga a la doctora y no sé, pase algo” (Sic.Pac).</p> <p>“No sé, han de creer que estoy loquita, sé que piensan que yo tendría que cuidarme y no estar enferma” (Sic.Pac).</p>
<p>Sesión 2 (sesión de 30 minutos) 12/10/2018 Respiración diafragmática</p>	<p>Se aplicó HADS</p> <p>Se revisó el registro respecto a situaciones que generaron malestar emocional, se brindó escucha activa respecto a las situaciones que generaron ansiedad ajena al estado de salud</p> <p>Se indagó respecto a las estrategias de manejo emocional de la paciente</p> <p>Se indagó respecto a situaciones asociadas a la enfermedad que no estuvieran anotadas en el registro</p>	<p>La paciente puntuó con ansiedad patológica (15) y depresión como trastorno ausente (6).</p> <p>Las situaciones enlistadas fueron asociadas a conflictos con su anterior pareja, la dinámica con sus padres, la dinámica con su hija y su situación laboral.</p> <p>No se identificaron estrategias, “es que no sé qué hacer, ¿no se ni que me pasa, porque me siento así? o ¿cómo se bien lo que siento?” (Sic.Pac)</p> <p>La paciente negó la presencia de situaciones de ese tipo “sé que vamos a trabajar más con esa, pero</p>

	<p>Se indagó en las enfermedades conocidas por la paciente</p> <p>Se entrenó a la paciente en respiración diafragmática.</p> <p>Se dejó como tarea, realizar la técnica de respiración diafragmática investigar y traer datos sobre los tipos de emociones.</p>	<p>creo que estuve bien en ese aspecto” (Sic.Pac).</p> <p>“hay, es que no quiero hablar tanto de eso, me han pasado muchas cosas.... sí me ponen así” (Sic.Pac), “hay, está bien, pero no me juzgue, he venido al hospital a gastro, por gastritis y a gineco, ¿le digo?”, “fue por VPH” (Sic.Pac).</p> <p>El ENA de “nerviosismo” (Sic.Pac) de 9 durante las preguntas relacionadas a su estado de salud descendió a 7.</p> <p>Se expresó compromiso ante la tarea.</p>
<p>22/10/2018 (5 minutos) Establecimiento de componentes de relación</p>	<p>La sesión fue suspendida debido a que la paciente llegó con 40 minutos de retraso sin encontrar al terapeuta y esperando a que volviera al consultorio, se revisó el registro y se reprogramó la sesión.</p>	<p>Se reprogramó la cita. Se revisó una situación en el registro que produjo “nerviosismo” (Sic.Pac) asociada al estado de salud.</p>
<p>26/10/2018</p>	<p>La sesión fue suspendida debido a que la paciente llegó con 50 minutos</p>	

<p>Establecimiento de componentes de relación 16 pf</p>	<p>de retraso, comento olvidar el registro.</p> <p>Se aplicó en pasillo la prueba 16 PF</p> <p>Se programó cita en el horario más tardío viable por petición de la paciente.</p>	<p>Los resultados indican baja calidez (A), baja estabilidad (C), baja vivacidad (F), conciencia del deber alta (G), audacia social (H) baja, sensibilidad (I) alta, atención (L) alta, tendencia cognitiva (M) baja, privacidad (N) alta, aprehensión (O) alta, apertura al cambio (Q1) baja, certeza personal (Q2) alta, tensión (Q4) alta.</p> <p>“es que me cita muy temprano, si me cita más tarde si llego” (Sic.Pac)</p>
<p>06/11/2018 Establecimiento de componentes de relación Psicoeducación</p>	<p>Sesión suspendida debido a que la paciente llega con retraso de 50 minutos.</p> <p>Se indagó en el motivo del retraso</p> <p>Se instigó a la realización de la técnica de respiración diafragmática</p>	<p>“es que, no duermo bien antes de venir con usted, por eso se me hace tarde” (Sic.Pac)</p> <p>“lo voy a intentar” (Sic.Pac).</p>

	Se psicoeducó respecto al proceso terapéutico y los inconvenientes de la falta de apego.	“está bien, si ya no llego a tiempo no me reprograme, si dice que no me ayudará, llegare a tiempo” (Sic.Pac).
Sesión 3 15/11/2018 Atendida en psiquiatría. Psicoeducación Ejercicios de terapia cognitiva	<p>La paciente llego en el horario acordado.</p> <p>Se revisó registro de emociones</p> <p>Se revisó la tarea respecto a los tipos de emociones.</p> <p>Se psicoeducó respecto a las emociones, posteriormente se reorientó hacia el miedo y la ansiedad apoyado del material traído por la paciente.</p> <p>Se realizó ejercicio mediante dialogo socrático y búsqueda de evidencias en relación a los pensamientos respecto a ser juzgada por el personal de salud debido a sus enfermedades médicas.</p> <p>Se reiteró el carácter voluntario de la asistencia a psiquiatría y la pertinencia de la atención, ante</p>	<p>Se identificó una situación relacionada a la salud con el malestar de espalda.</p> <p>La paciente trajo material derivado de las emociones primarias y secundarias.</p> <p>La paciente refirió emociones primarias, la diferencia entre ansiedad y miedo, identificó su emoción respecto al estado de salud como ansiedad.</p> <p>“pues, si la doctora es lo que atiende, usted me ha tenido paciencia, espero no ser una persona muy mala por estar enferma o no estar muy mal, las emociones son normales, pero puede que yo las lleve a extremos” (Sic.Pac).</p> <p>“Este consultorio es el de psiquiatría, ¿verdad?, ¿no va a</p>

	<p>pensamientos asociados a posibles consecuencias negativas.</p> <p>Se regresó la información obtenida con la aplicación del 16 PF.</p> <p>Se indagó en los criterios del trastorno de personalidad evitativa y paranoide.</p> <p>Se psicoeducó respecto al trastorno de personalidad evitativo y paranoide.</p> <p>Se dejó como tarea hablar con una persona respecto a lo que algún tema de interés para la paciente ante verbalizaciones de la paciente y traer la información relativa a su estado de salud</p>	<p>venir el psiquiatra?” (Sic.Pac) “no sé, es que no quisiera seguir tomando medicamento, deje lo pienso” (Sic.Pac).</p> <p>“esas cosas, ya las conocía, del temor, las preocupaciones” (Sic.Pac)</p> <p>Se cumple con criterios.</p> <p>“entonces también por ello tendría que ir con el psiquiatra” (Sic.Pac) “si he intentado hacer las cosas, como conseguir un empleo, hacer caso a mi enfermedad, pero, no, me ira muy mal” (Sic.Pac), “es que como no pensare así si me juzgan, por mi salud, por lo que hago, por lo que me gusta” (Sic.Pac).</p>
<p>Sesión 4 22/11/2018 Psicoeducación</p>	<p>Se revisaron los registros.</p>	

	<p>Se revisó la tarea respecto a búsqueda de evidencias.</p> <p>Se revisó la tarea relativa a la información del estado de salud, indicando que de la misma forma que con la tarea anterior no necesariamente sería juzgada.</p> <p>Se reorientó hacia una secuencia referida por la paciente que lleva a tener dolor de cabeza y cuello.</p> <p>Se indagó respecto a los conocimientos de la paciente sobre diabetes.</p> <p>Se psicoeducó en diabetes, síntomas y conductas de autocuidado para prevenir.</p>	<p>“Hable con mi mamá de manualidades que hago, no me dijo nada así, malo, que le gusta que las haga, me quería ayudar en una, pero me gusta que queden de cierta forma” (Sic.Pac).</p> <p>La paciente refiere conocerse prediabética, tener lo que refiere como colitis asistir a gastroenterología, haber tenido VPH que remitió, haber sido diagnosticada anteriormente con trastorno mixto.</p> <p>Se identificaron respuestas a nivel cognitivo asociadas a los rasgos de personalidad que acompañaban de las sensaciones referidas y la paciente refiere como probables síntomas de una enfermedad médica</p> <p>La paciente refirió conocer cuidados, no conocer los síntomas específicos.</p>
--	---	---

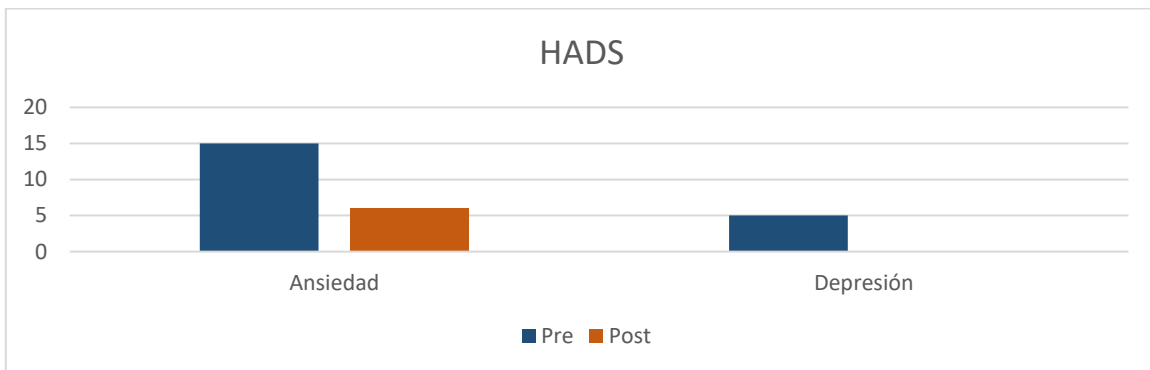
	Se dejó como tarea investigar los síntomas de diabetes mediante internet o solicitar dicha información a la doctora de Medicina Interna.	“pero usted es psicólogo, ¿cómo sé que realmente son síntomas de diabetes?” (Sic.Pac)
29/11/2018 No asiste	La paciente llama para reprogramar su cita.	La cita es reprogramada
Sesión 5 03/12/2018 Psicoeducación	<p>Se revisa la tarea respecto a síntomas de diabetes.</p> <p>Se reorientó hacia las diferencias de síntomas entre diabetes y los referidos por la paciente ante los pensamientos asociados a los rasgos de personalidad</p> <p>Se psicoeducó respecto a prevención de la diabetes.</p> <p>Se indaga en la alimentación de la paciente.</p> <p>Se realiza ejercicio de terapia cognitiva con diálogo socrático respecto a los componentes de</p>	<p>La paciente refiere poliuria, polidipsia, polifagia y visión borrosa, síntomas referidos en la sesión anterior.</p> <p>“Entonces, no es diabetes lo que siento, que miedo” (Sic.Pac)</p> <p>“no me gusta tomarme la glucosa, que tal que me salga mal, la alimentación si la cuido” (Sic.Pac).</p> <p>La paciente refiere alimentación en base a carnes blancas, vegetales, con tiempo de ayuno de 7 a 9 horas.</p> <p>La paciente refiere compromiso, “espero realmente no salir alta” (Sic.Pac).</p>

	<p>personalidad que conllevan a que la paciente no realice el monitoreo de glucosa.</p> <p>Se revisó el registro respecto emociones.</p> <p>Se indagó respecto a la disposición de asistir a psiquiatría en base a los resultados de la sesión</p>	<p>ENA 9 de ansiedad en situaciones ajenas y concernientes al estado de salud.</p> <p>“Sacare cita, pero quedara en su conciencia si me trata mal el doctor de psiquiatría” (Sic.Pac).</p>
<p>Sesión 6 13/12/2018 Psicoeducación Reforzamiento social</p>	<p>Se revisó el registro de emociones</p> <p>Se revisó la tarea del monitoreo</p> <p>Se psicoeducó respecto a los niveles de glucosa, se reforzó socialmente el apegarse al monitoreo.</p> <p>Se indagó respecto a psiquiatría.</p> <p>Se indagó respecto a los componentes cognitivos durante la sesión.</p>	<p>ENA 10 de ansiedad posteriormente al monitoreo de glucosa.</p> <p>“es que salí bien alta, hay no, porque me hizo revisarla, tenía 90 de glucosa” (Sic.Pac).</p> <p>“yo pensaba que 90 ya era alto, cuando me dijeron de la prediabetes si tenía como 130, pero yo creí que desde 90 ya era alto” (Sic.Pac).</p> <p>Me pusieron cita para el 24 de enero, era la más cerca, a ver si no me regaña.</p> <p>“confió en usted, me gusta venir a las citas” (Sic.Pac)</p>

	<p>Se psicoeducó respecto a la relación médico paciente y la utilidad de la confianza durante la misma, reorientando hacia la posibilidad de búsqueda de personal de confianza y agrado de la paciente.</p>	<p>“sí, es importante que hable con la doctora, del psiquiatra a ver si me trata bien” (Sic.Pac).</p>
<p>Sesión 7 21/12/2018 Entrevista de seguimiento HADS</p>	<p>Se aplicó HADS a modo de control.</p> <p>Se revisó registro de emociones</p> <p>Se reiteraron los objetivos que se tuvo a lo largo de las sesiones con la paciente.</p> <p>Se indagó en dificultades para mantener el monitoreo de glucosa</p> <p>Se informó respecto a las vacaciones del terapeuta</p>	<p>Ansiedad (6) trastorno ausente, depresión (0) trastorno ausente.</p> <p>Refiere ENA 6 de ansiedad al considerar la posibilidad de desarrollar diabetes. “sé que puedo porque mi mamá y mi tía tienen, pero si me cuido no será ya, y ahorita no la tengo” (Sic.Pac).</p> <p>La técnica de respiración no fue generalizada.</p> <p>Necesitaría comprarme el aparatito para ver la glucosa, pero está bien y sigo comiendo bien” (Sic.Pac).</p> <p>“oh, lo voy a extrañar” (Sic.Pac), se programó próxima cita para el día 10 de enero del 2019.</p>

21.RESULTADOS

Los resultados del HADS reflejan una disminución en síntomas de ansiedad y depresión posteriormente a la intervención, siendo que los síntomas de ansiedad pasaron de identificarse como problema clínico hacia trastorno ausente. Es de interés resaltar que la intervención se centró en los componentes expuestos en la relación con el personal de salud, considerando el cambio en la evaluación de ansiedad como la consecuencia de dicho arreglo.



Los resultados del 16 PF:

Indican calidez (A) baja, estabilidad (C) baja, Vivacidad (F) baja, conciencia del deber alta (G), audacia social (H) baja, sensibilidad (I) alta, atención (L) alta, tendencia cognitiva (M) baja, privacia (N) alta, aprehensión (O) alta, apertura al cambio (Q1) baja, certeza personal (Q2) alta, tensión (Q4) alta.

La interpretación del 16 PF, describe a una persona cauta y que difícilmente se involucra o se apega a otras personas o a las relaciones, se muestra incómoda en situaciones que demandan abundante y frecuente interacción social o cercanía

emocional. Fácilmente perturbable, se torna emocional cuando se frustra, inconsistente en interés y actitud, evade responsabilidades. Seria, cautelosa, con tendencia a reprimir su espontaneidad hasta el extremo de parecer taciturna. Se percibe a sí misma como una estricta seguidora de las reglas, principios y modales, siendo inflexible. Socialmente cauta y tímida, con dificultades para las relaciones interpersonales, que basa sus juicios en sus gustos y valores estéticos confiando en la empatía. Vive con el temor de que alguien tome ventaja de su situación, considerándose alejada de los demás. Enfocada en lo que ocurre en su ambiente, pero tan exageradamente concreta que se pierde en los detalles de la situación sin considerarla en conjunto. Sumamente cauta por desinterés o temor a la cercanía con el resto. Aprehensiva e insegura. Tradicional que prefiere no cuestionar las cosas que la rodean, con agrado por estar sola, impaciente e irritable.

Respecto los objetivos planteados para el caso:

- La paciente identificará su estrategia de afrontamiento:

La paciente refiere comprender dicha dinámica en relación a su comportamiento, pero no se solicitó su identificación o señalamiento durante las sesiones.

- La paciente identificará las respuestas cognitivas relativas a sus rasgos de personalidad.

Las respuestas cognitivas identificadas con la paciente fueron las asociadas a juzgarla, creer que no debería de estar enferma, que el personal tomara un beneficio.

- La paciente identificará la utilidad del servicio de psiquiatría ante su caso.

La identificación de la utilidad fue en relación a reducir la ansiedad relacionada al componente cognitivo de los trastornos de personalidad de la paciente.

- La paciente identificará por separado las respuestas fisiológicas de la conducta problema de los síntomas asociados a la diabetes.

Las respuesta fisiológicas y separadas de los síntomas de la diabetes fueron la tensión de hombros y cuello, calor en la zona de la cara y el dolor de cabeza.

- La paciente ejecutará ejercicios cognitivos con búsqueda de evidencia en relación al componente cognitivo de la respuesta problema.

El ejercicio de búsqueda de evidencia fue realizado con el familiar (mamá) de la paciente dando un resultado diferente al asociado por la paciente, se realizó con este familiar ajeno al contexto de la conducta problema debido a la lejanía de las citas con el personal de salud.

- La paciente identificará otro tipo de pensamientos asociados a los estímulos que evocan el componente cognitivo de la respuesta problema.

Otro tipo de pensamientos que fueron asociados en la relación con el personal de salud fueron de confianza y de pertinencia del caso para el profesionalista.

- La paciente ejecutará técnicas de relajación con la finalidad de reducir la respuesta fisiológica de la conducta problema.

Dicho objetivo no fue retomado posteriormente y no fue generalizado por la paciente.

- La paciente ejecutará conductas incompatibles con las consecuencias mediatas de la conducta problema.

Las conductas incompatibles ejecutadas fueron el monitoreo de los niveles de glucosa y la generación de cita con el servicio de psiquiatría.

22. CONCLUSIONES

El mayor porcentaje de paciente prediabéticos desarrollaran diabetes mellitus durante su vida, se mantiene que existe hasta el 70% de probabilidad, solo el 5 al 10% desarrollaran el padecimiento durante el año (Serrano, R, 2015). De acuerdo a Padesky y Beck, 2005 citados en López, et al. 2010, los pensamientos negativos de los pacientes con trastornos como el evitativo y el paranoide de la personalidad alteran la relación terapéutica, en el caso en cuestión alteraban la disposición del paciente ante la terapia además de alterar su relación con varios miembros del equipo de salud.

De acuerdo a Martínez, E. (2011) el trastorno evitativo puede presentar diferentes expresiones sumiso, paranoide, narcisista, obsesivo-compulsivo y pasivo agresivo, cada una de estas expresiones convive con cierto grado de ansiedad que se puede derivar de situaciones relacionadas a la insuficiencia, la perdida de la valida, el riesgo de daño ante la pérdida del valor propio e inclusive ante situaciones catalogadas como agradables. La persona afectada por este tipo de trastorno considera que solo puede librarse de la angustia ocasionada por el mismo mediante la evitación y mientras más las evita menos capacidad tendrá para exponerse ante ellas. Entre las estrategias planteada por el autor como parte del repertorio del paciente con personalidad evitativa, se entendió a la paciente con estrategias de excusa justificando su propio comportamiento y argumentando a favor de su mantenimiento.

Retomando a Beck, A., Freeman, A., et al. (1995). La estrategia principal de mantenimiento de un trastorno de personalidad por evitación es evitar situaciones de evaluación y la relación terapéutica por si misma representa un área de trabajo, en el presente caso se aprecia que dicha característica afecta en la relación con el personal de salud en general, mientras la estrategia de mantenimiento del trastorno paranoide es la acusación y la búsqueda de motivos ocultos señalando al personal en múltiples ocasiones, situación que dificulta la relación terapéutica. La estrategia terapéutica para el trastorno evitativo son la evaluación de los pensamientos, evocar experiencias que producen malestar, llevar registro de pensamientos y emociones al sentir malestar. El foco de atención inicialmente se puede llevar hacia aquellos pensamientos generados y compartidos por el paciente durante las sesiones con la finalidad de no llevar a esta respuesta de evitación de forma inicial.

Las áreas de oportunidad identificadas:

El número de sesiones utilizadas donde se permitió la impuntualidad y un mal apego.

Ejecutar estrategias diferentes respecto a la relajación pudo conllevar un mejor resultado respecto al manejo del componente fisiológico de la conducta problema.

La aplicación del instrumento HADS puede ser controversial debido al debate entre enfermedad o factor de riesgo de la prediabetes.

La Psicoeducación respecto al trastorno de personalidad evitativo y paranoide podría ser ampliada.

Durante los registros la principal emoción referida por la paciente fue la ansiedad catalogada como "nerviosismo" durante la sesión conllevando a un probable

diagnóstico de ansiedad generalizada o hipocondría en las situaciones relacionadas al estado de salud, en el caso de hipocondría pudo representar otro foco de atención, donde se tendría que indagar criterios como la temporalidad de la respuesta y la relación con el personal de salud dificulta su atención, es viable que al mediar consecuencias mediatas de la conducta problema durante las sesiones la intervención tuviera impacto en dichos síntomas que pese a ser identificados no fueron atendidos de forma directa en la problemática.

23. REFERENCIAS

- Beck, A., Freeman, A., et al. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad*. Barcelona: Paidós.
- López, A., et al. (2010). Guías esquematizadas de tratamiento de los trastornos de la personalidad para profesionales, desde el modelo de Beck, Freeman, Davis y otros. *Ciencias psicológicas*, 4 (1). 97- 124.
- Martínez, E. (2011). Compresión existencial del trastorno evitativo de la personalidad. *Revista vanguardia psicológica*. 2 (1). 51 – 75.
- Serrano, S. (2015). ¿Cuáles son los criterios de prediabetes? Guía de actualización de diabetes.