



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA ADHERENCIA A LA ALIMENTACIÓN Y AL EJERCICIO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS.

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

PRESENTA:
ROSARIO ISABEL NIÑO HIGUERA

TUTOR
MTRA. MAETZIN ITZEL ORDAZ CARRILLO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR
DRA. SANDRA ANGÉLICA ANGUIANO SERRANO
FACULTD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

DRA. BLANCA ESTELA HUITRON VAZQUEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

CIUDAD DE MÉXICO, ENERO 2020



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

En primer lugar, agradezco a mis padres, Francisco Niño y Gloria Higuera, quienes son la luz de mi vida y la inspiración de mis pasos. Estos grandes seres humanos han formado la gran mujer que soy el día de hoy, sin su fortaleza, consejos y apoyo este gran logro no habría sido posible

Agradezco a mi hija, Elena, de quien he aprendido demasiadas cosas en estos cuatro años de vida, me enseñaste a ser paciente, me enseñaste que no puedo controlarlo todo y lo más importante me enseñaste a no perder esa capacidad de asombro y que pequeñas cosas pueden ser inmensamente hermosas. Cada día eres más hermosa y has crecido impresionantemente en estos dos años de residencia, no hay mejor aliciente que llegar a casa y ser recibida cada día con una gran sonrisa y un grito anhelando mis brazos, no importa si el día ha sido terrible, tú lo haces brillar. Te amo bombón.

A mi ex esposo, David, sin tu apoyo esto no hubiera sido posible, me apoyaste en cada paso y en cada decisión aunque no estuvieras de acuerdo, las cosas suceden por algo y para mí ha sido un honor compartir contigo lo más hermoso de mi vida, espero que el tiempo nos dé calma y sabiduría para hacer lo mejor no para nosotros sino para nuestra hija ya que, al final del día, siempre seremos una familia.

A mis amigas y compañeras de servicio, Yadira y Gaby, quienes estuvieron conmigo estos dos años, soportando mis locuras, apoyando mis proyectos y secando mis lágrimas, han sido fantásticas y con sus altas y bajas con ustedes aprendí mucho más de la vida y la amistad de lo que hubiera podido soñar.

A la Mtra. Maetzin Itzel Ordaz Carrillo, profesora, supervisora académica, tutora y amiga, quien me ha acompañado en cada uno de los pasos del desarrollo de este proyecto. Gracias por la confianza y el apoyo a mis locuras.

A mis profesores de la residencia, Mtra. Cristina Bravo, Mtra. Ana Leticia Becerra y al Mtro. Leonardo Reynoso quienes me ayudaron a identificar mis fortalezas y debilidades, reconocerlas y solventarlas de la mejor manera posible, con ustedes aprendí para la vida.

Al Dr. Ricardo Gallardo Contreras, Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Juárez de México, quien con su experiencia y apoyo ha hecho posible el desarrollo de este material y la implementación del proyecto, me ayudó a pensar en los pacientes más allá de una enfermedad, reconocer no solo las debilidades del otro sino lo que el otro provoca en mí, que la habilidad terapéutica depende en gran medida de la capacidad de empatía, comprender al otro y aceptarlo, al mismo tiempo que la teoría y las técnicas solventan sus debilidades.

Agradezco el apoyo de los médicos internistas la Dra. Claudia García, el Dr. Fausto González, Dra. Velia Martínez y la Dra. Edith Flores, médicos adscritos del Hospital Juárez de México, quienes con su conocimiento y experiencia alimentaron mi interés y curiosidad en la parte médica y me ayudaron a entender la importancia de la enfermedad en la modificación conductual y cognitiva de los pacientes.

Un especial agradecimiento a los pacientes del Hospital Juárez de México, quienes fueron la parte más importante durante estos dos años, las historias de vida, las enfermedades y las habilidades de ustedes permitieron que mi formación se complementará, nutriendo no solo mis conocimientos y habilidades sino mi persona.

Por cada una de sus historias y sus enseñanzas.

Gracias infinitas.

Índice

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN: INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA ADHERENCIA A LA ALIMENTACIÓN Y AL EJERCICIO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS.	8
Diabetes	8
Definición, Fisiopatología y Síntomas de Diabetes.....	8
Prevalencia	10
Diabetes en el mundo.	10
Diabetes en México.	10
Tipos de Diabetes	11
Factores de riesgo	12
Factores de Riesgo No Modificables.	12
Factores de Riesgo Modificables.	12
Complicaciones de la DM2.	13
Complicaciones Agudas	13
Complicaciones Crónicas	14
Tipos de tratamiento	16
Farmacológico	16
Medicación	16
No Farmacológico.	18
Actividad Física	18
Alimentación Saludable	20
Salud Pública y Diabetes en México.	21
Diabetes y Adherencia terapéutica.	22
Modelos teóricos de la adherencia al tratamiento.	25
Teoría de la Acción Razonada y Salud	25
Modelo Transteórico y Salud	26

Modelo de la Información-Motivación-Habilidades Conductuales	27
Intervenciones cognitivo-conductuales para incrementar la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes.	28
Objetivo General	28
Objetivos particulares	35
Método	37
Participantes.....	37
Criterios de Selección de la Muestra.....	37
Criterios de Inclusión	38
Criterios de Eliminación	38
Criterios de Exclusión	39
Situación Experimental	39
Aparatos y Materiales	39
Variables	40
Definición conceptual	40
Variable Independiente	40
Variable Dependiente	41
Definición operacional	44
Diseño del estudio	44
Procedimiento	45
Resultados	54
Discusión y Conclusiones.....	64
 REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL	 71
Modelo Biopsicosocial	71
Nacimiento de la Medicina Conductual	72
Programa de Maestría con Residencia en Medicina Conductual de la UNAM	75
 Características de la sede (Hospital Juárez de México)	 79
Historia del Hospital Juárez de México.....	79
Misión del Hospital Juárez de México	80

Ubicación y estructura del Hospital Juárez de México	81
Características del servicio de Medicina Interna	83
El papel del médico conductual dentro del servicio de Medicina Interna	85
Descripción de las actividades diarias	87
Actividades asistenciales	87
Actividades académicas	90
Productividad	91
Evaluación general del Servicio	101
Competencias logradas	103
Competencias esperadas	103
Académicas	104
Clínicas o prácticas	105
Personales	105
REFERENCIAS	107
ANEXOS	118
ANEXO 1. Manual Teórico Práctico “Aprender sobre Diabetes. Manual para controlar mi Diabetes”	118
ANEXO 2. Material Publicitario	120
ANEXO 3. Cartas Descriptivas	¡Error! Marcador no definido.
ANEXO 4. Carta de Consentimiento Informado.....	144
ANEXO 5. Carta Compromiso	148
ANEXO 6. Hoja de Datos Personales	149
ANEXO 7. Ejemplos de presentaciones para las sesiones del taller	150
ANEXO 8. Material de Apoyo “Grupos de Alimentos”	155
ANEXO 9. Tarjetas con síntesis de alimentación y Ejercicio Físico	157
ANEXO 10. Diploma	158

ANEXO 11. Casos Clínicos	159
Caso clínico 1	159
Caso clínico 2	178
Caso clínico 3	206206
ANEXO 12. Póster de la evaluación de nivel de estrés percibido en el personal de enfermería del servicio de Ortopedia	225

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN: INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA ADHERENCIA A LA ALIMENTACIÓN Y AL EJERCICIO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS.

DIABETES MELLITUS

Definición, Fisiopatología y Síntomas de Diabetes.

Según la Federación Mexicana de Diabetes (2016), la diabetes es una condición que afecta la capacidad del cuerpo para transformar el alimento en energía. Sin embargo, la Diabetes Mellitus es una enfermedad controlable que se caracteriza por cambios en la producción de insulina y su acción sobre las células del cuerpo.

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) se diagnostica cuando el cuerpo no produce suficiente insulina o existe una resistencia a la misma y que presenta una etiología de tipo multifactorial (FMD, 2016).

La DM2 es causada por la deficiencia en la producción y utilización de la insulina debido a una elevación anormal de la glucosa. La hiperglucemia lesiona varios sistemas del organismo causando complicaciones como: retinopatías, cardiopatías, nefropatías y neuropatía, lo que implica un gran impacto en la vida de los pacientes (ALAD, 2013).

La Federación Mexicana de Diabetes (2015) describe de manera sencilla el proceso de la enfermedad, menciona que para poder vivir las células del cuerpo necesitan de energía, la cual se obtiene de los alimentos como grasas y azúcares (glucosa). La glucosa viaja por el torrente sanguíneo como un componente de la sangre y es transformada como medio de obtención de energía. La sustancia que permite que se realice esta transformación es una proteína llamada insulina.

La insulina es producida por las células β que se encuentran en el páncreas. Cuando la glucosa en sangre se incrementa, las células β secretan insulina a la sangre y se distribuye por todas las células del cuerpo que, a su vez, se adhiere a las proteínas de la superficie de la célula y permiten que la glucosa que pase de la sangre a la célula se convierta en energía.

Cuando una persona padece diabetes tipo 2 no puede producir la cantidad suficiente de insulina, ya que producen muy poca o nada, sin la insulina el cuerpo no puede utilizar la glucosa que está en la sangre; por lo anterior, el cuerpo manda señales de que hace falta alimento para producir insulina, sin embargo, está no se produce. Por otro lado, el cuerpo intenta producir energía convirtiendo las proteínas del músculo en glucosa, pero como no hay insulina, esta glucosa no puede ser transformada en energía e intenta expulsar la glucosa por medio de la orina.

La Organización Mundial de la Salud (2016) indica que para dar el diagnóstico de DM2 deben presentarse los siguientes criterios:

- Presencia de hiperglucemia y una prueba sanguínea anormal: concentración plasmática de glucosa $\geq 7\%$ mmol/dL o bien $\geq 11\%$ mmol/dL 2 hrs. Después de beber una solución de 75 g. de glucosa.
- Al aplicar la prueba de hemoglobina glucosilada (HbA1C) y ésta sale $\geq 7\%$.

La diabetes tipo 2 aparece de manera lenta y progresiva, al inicio pareciera que se presenta con síntomas leves o ninguno como son: sed constante, hambre constante, orina frecuente, visión borrosa y fatiga, hormigueo o adormecimiento de manos y pies, piel seca y comezón, infecciones frecuentes (FMD, 2016).

La American Diabetes Association (ADA, 2015: 2017) comenta que frecuentemente la diabetes no se diagnostica debido a que muchos de sus síntomas parecen inofensivos; sin embargo, es esencial que al momento de detectar alguno de los síntomas se realicen los estudios pertinentes debido a que la detección temprana y el tratamiento de los síntomas pueden disminuir la posibilidad de tener complicaciones de diabetes.

De igual manera, refiere que algunos de los síntomas son parecidos en la DM1 y la DM2 principalmente la constante necesidad de orinar, sed excesiva, hambre excesiva, pérdida inusual de peso, fatiga e irritabilidad; mientras que en la DM2 se incluyen síntomas como: infecciones frecuentes, visión borrosa,

cortes/moretos que tardan en sanar, hormigueo y entumecimiento en las manos o pies.

Prevalencia

Diabetes en el Mundo.

Según la Federación Internacional de Diabetes (FID, 2017), 425 billones de adultos en el mundo padecen diabetes, es decir, 1 de cada 11 adultos padece diabetes y 2/3 de esta población se encuentran en edad productiva (20 a 64 años).

Sin embargo, no solo son alarmantes las cifras registradas sino las no registradas, según la FID (2017), una de cada dos personas con diabetes no tiene un diagnóstico y, por tanto, no lleva un tratamiento.

Diabetes en México.

Según la FID (2017), doce mil treinta millones (12,030,000) de personas entre 20 y 79 años padecen diabetes en México y se estima que para el año 2045 esta cifra se eleve a 21, 809 millones de personas con diabetes.

Actualmente, se estima que alrededor de cuatro mil quinientos cuatro (4,504) personas en México desconocen que padecen diabetes, lo que provoca que no tengan un tratamiento. La FID (2017) calcula que 85,000 personas en México mueren a consecuencia de la diabetes o sus complicaciones.

Según el INEGI (2015) el 82.2 % de la población tiene una derechohabencia en alguna institución de salud; mientras que el 17.8% no cuentan con algún tipo de seguro.

Del sector población con servicios de salud el 76.9 % cuenta con seguro de salud pública y solo el 23.1% tienen seguro de salud privada.

Del sector de salud pública el 49.9% de la población cuenta con seguro popular; 39.2% se encuentra afiliado al Instituto Mexicano del Seguro Social; 7.7%

al ISSTE y el resto (3.2%) se encuentran afiliados a otros servicios de salud pública.

En el año 2016 un total de seis mil, cuatrocientos sesenta y cinco (6,464) personas en México tenían el diagnóstico de diabetes. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino (ENSANUT. 2016) 9.4% del total de las personas encuestadas refirieron tener un diagnóstico previo de diabetes, la mayoría del total de los encuestados (87.8%) reportó recibir tratamiento médico para controlar su enfermedad.

Según la SSP (2015) en el año 2014, la diabetes mellitus fue la principal causa de muerte en México con un total de 94 mil 029 personas fallecidas. Mientras que, en el año 2015, 98 mil 521 personas finadas por esta enfermedad (INEGI, 2016).

Para la actualización del año 2016, el INEGI informa que la diabetes mellitus es tan solo la tercera causa de muerte en nuestro país, tan solo atrás de las enfermedades del corazón y las enfermedades isquémicas del corazón.

Tipos de Diabetes

Según la Guía de la Asociación Americana de Diabetes (ADA, 2010: 2018) y la existen diferentes tipos de diabetes:

- a. **Diabetes tipo 1:** Este tipo de diabetes se diagnostica cuando se presenta la destrucción autoinmune de células β , lo que conduce a una deficiencia o en la secreción de insulina por parte del páncreas.
- b. **Diabetes tipo 2:** La Diabetes tipo 2 se presenta cuando hay una pérdida progresiva de secreción de insulina, ya que las células β presentan una anomalía, a este fenómeno se le denomina **resistencia a la insulina**.
- c. **Diabetes Gestacional:** Se diagnostica en el segundo o tercer trimestre del embarazo, aunque no haya un diagnóstico previo de diabetes.
- d. **Otros tipos específicos de diabetes por otras causas:** Al presentarse una enfermedad como pancreatitis, ante el uso de algunos medicamentos o

la realización de un trasplante pueden presentarse alteraciones en el cuerpo que conduzcan a padecer diabetes.

Es importante realizar la clasificación debido a que, a partir de esto, se determinará el tipo de manejo médico para cada uno de los tipos de diabetes.

Factores de Riesgo.

La National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2012) y la revisión McCulloch y Robertson (2015) indican que existen los factores de riesgo modificables y los no modificables:

- **Factores No Modificables:**

- **Edad:** La prevalencia de DM2 aumenta a partir de la mediana edad y es mayor en la tercera edad.
- **Raza/etnia:** Los hispanos, asiáticos, africanos y grupos nativos americanos se encuentran en un mayor riesgo de padecer diabetes que las personas de raza caucásica.
- **Antecedente familiares de DM2:** Las personas con padre o madre con DM2 se encuentran en mayor riesgo de desarrollar la enfermedad.
- **Antecedente de DM gestacional:** Las mujeres con antecedente de DM gestacional tienen alrededor de 7,5 veces mayor riesgo de DM2.
- **Síndrome de ovario poliquístico:** Este trastorno se ha asociado a alteraciones en la regulación de la glucosa en diferentes poblaciones.

- **Factores Modificables:**

- **Obesidad, sobrepeso y obesidad abdominal:** La obesidad (IMC ≥ 30 kg/m²) y el sobrepeso (IMC de 25 a 30 kg/m²) que aumenta el riesgo de intolerancia o resistencia a la insulina.
- **Sedentarismo:** Un estilo de vida sedentario reduce el gasto de energía y promueve el aumento de peso.

- **Tabaquismo:** El consumo constante de cigarro incrementa el riesgo cardiovascular y favorece el riesgo de DM2.
- **Patrones dietéticos:** Una dieta caracterizada por un alto consumo de carnes rojas, lácteos altos en grasa, refrescos azucarados se asocia con un mayor riesgo de DM2.
- **Trastornos de regulación de glucosa:** También llamados prediabetes o estados intermedios de hiperglucemias.
- **Condiciones clínicas asociadas a mayor riesgo de DM2:** como enfermedades coronarias e insuficiencia cardíaca.

Como su nombre lo dice los factores modificables son los asociados directamente con el comportamiento y el estilo de vida de las personas, los cuales desde el enfoque cognitivo conductual pueden ser rectificadas a comportamientos saludables.

Complicaciones de la Diabetes.

Existen dos tipos de complicaciones importantes en la Diabetes Mellitus tipo 2: las complicaciones agudas y las complicaciones crónicas.

Complicaciones Agudas.

Dentro de las complicaciones agudas se encuentran la hipoglucemia y la hiperglucemia.

La hipoglucemia es la complicación más frecuente para las personas con tratamiento con antidiabéticos orales o insulina. La hipoglucemia se define como una concentración de glucosa en sangre venosa inferior a 60 mg/dL o capilar inferior 50 mg/dL. Sin embargo, es importante considerar los síntomas y signos clínicos de una hipoglucemia ya que eso nos indica la gravedad de la misma.

En una hipoglucemia leve, el paciente presenta activación fisiológica como: ansiedad, inquietud, taquicardia, palpitaciones, temblores, sudoración; así como efectos leves a nivel de sistema nervioso central: menor concentración, mareo, hambre y visión borrosa. Estos síntomas se ven acentuados en la hipoglucemia

moderada ya que el paciente presenta un deterioro evidente de la función motora, confusión o conducta inadecuada. Mientras que la hipoglucemia grave da lugar a un coma, crisis convulsivas o a un deterioro neurológico grave.

Algunas consecuencias de la hipoglucemia son el desencadenamiento de un síndrome de hiperglucemia poshipoglucemia; precipitación de accidentes cardiovasculares agudos o cerebrovasculares; aparición de hemorragias retinianas y la aparición de encefalopatías o daño permanente en corteza cerebral.

La principal complicación de una hiperglucemia es la *cetoacidosis diabética* en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1 aunque también puede encontrarse en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 con un alto nivel de estrés. Se define como un déficit relativo o absoluto de insulina que cursa con hiperglucemia relativamente superior a 300 mg/dL cetonia con cuerpos cetónicos totales en suero superior a 3 mmol/l y una acidosis con pH inferior a 7.3. Las manifestaciones clínicas son poliuria, polidipsia, pérdida ponderal, astenia y anorexia, conforme progresa el cuadro aparecen náuseas, vómito, dolor abdominal, alteraciones en la conciencia y algunos pacientes pueden caer en coma.

Otra de las complicaciones de la DM2, es el coma hiperglucémico hiperosmolar no cetósico es una complicación aguda más frecuente en pacientes adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2. Se define como una glucemia plasmática mayor a 600 mg/dL. Y osmolaridad superior a 320 mOsmol/l en ausencia de cuerpos cetónicos acompañados de depresión sensorial y signos neurológicos.

Complicaciones Crónicas.

Además de las complicaciones agudas, los pacientes con diabetes desarrollan complicaciones a largo plazo, no siendo la intensidad y la duración de la hiperglucemia los únicos factores determinantes para la aparición de dichas complicaciones.

En este nivel hay complicaciones macrovasculares y microvasculares; mientras que las primeras constituyen la principal causa de muerte en los pacientes con diabetes, las segundas afectan notablemente la calidad de vida de los pacientes y tienen grandes repercusiones a nivel económico en el sistema sanitario.

Las principales complicaciones que presentan los pacientes con diabetes son:

- **Retinopatía:** se caracteriza por la aparición de microaneurismas y hemorragias en las primeras fases, llegando hasta las anormalidades venosas, arteriales o capilares y/o el desprendimiento de la retina.
- **Nefropatía diabética:** es el deterioro de la función renal de manera progresiva desde la normoalbuminuria hasta la insuficiencia renal terminal. Generalmente, los pacientes fallecen debido a la evolución de esta complicación, asociadas a factores cardiovasculares.
- **Neuropatía diabética:** suele presentarse en el 40-50% de los pacientes con diabetes y se caracteriza por la presencia de dolor seguido de debilidad muscular o amiotrofia.

Adicionalmente, la neuropatía diabética puede presentar manifestaciones clínicas que afecten diferentes órganos o sistemas como el gastrointestinal, genitourinario, cardiovascular o sudorales.

En el año 2016, la ENSANUT revela que los mexicanos encuestados que refirieron tener un diagnóstico previo de diabetes, las complicaciones de su enfermedad que se presentan con mayor frecuencia son: las asociadas a problemas de retinopatía diabética (visión disminuida: 54.5%; daño en retina: 11.19%; pérdida de la visión: 9.9%) y las asociadas a pies diabéticos (úlceras: 9.14% y amputaciones: 5.5%).

Tipos de tratamiento

La guía del ALAD (2013) Según la Secretaría de Salud (2011) existen tres elementos básicos para controlar la diabetes que son:

- a. Alimentación saludable
- b. Actividad física y control de peso
- c. Medicación

Farmacológico

Medicación

El tratamiento para pacientes con diabetes se inicia con tratamiento no farmacológico, si después de tres o seis meses no se alcanzan los niveles deseados de glucosa, el médico indica un tratamiento basado en hipoglucemiantes (Guía de Práctica Clínica, 2008).

La estrategia farmacológica propuesta generalmente inicia con un fármaco oral, ajustando progresivamente la dosis hasta conseguir los niveles de glucemia deseados.

La terapia antiglucemiante en adultos con diabetes mellitus tipo 2 se inicia con el manejo de estilo de vida en conjunto con terapia farmacológica, clasificada según la ADA (2018) de la siguiente manera:

Tabla 1.

Esquema de Tratamiento Farmacológico según la ADA (2018)

<i>Tipo de Tratamiento</i>	<i>Tratamiento</i>
Monoterapia	Estilo de Vida + Metformina
Terapia Dual	Estilo de Vida + Metformina + Agente Adicional
Triple Terapia	Estilo de Vida + Metformina + Agente Adicional
Combinación con Terapia Inyectable	Estilo de Vida + Metformina + Insulina Rápida / Acción Prolongada acorde con HbA1c

Según el IMSS, el hipoglucemiante de elección es la metformina, el cual ha demostrado ser tan eficaz en la reducción de la glucemia HbA1c con disminuciones entre el 1%-2%. Es importante, tomar en cuenta las complicaciones agudas y crónicas del paciente que puedan verse afectadas por el tratamiento médico (Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención. Guía de Evidencias y Recomendaciones. Guía de Práctica Clínica, 2018).

Como todos los medicamentos, llegan a tener efectos adversos como los gastrointestinales (dolor abdominal, náusea y diarrea).

Tabla 2.
Medicamentos orales de elección según la ADA (2018)

<i>Medicamentos</i>
1. Metformina
2. Glimipirida
3. Gliburida
4. Repaglinida
5. Acarbosa
6. Alogliptina
7. Linagliptina

De acuerdo al tipo de diabetes y los índices glucémicos del paciente, el médico indicará si es necesario el empleo de insulina. Existen diferentes tipos de insulina:

- **Insulina de Acción rápida:** Consisten en un tratamiento intensificado con insulina, ya sea antes de los alimentos, al acostarse o dos veces al día acorde con las indicaciones del médico.
- **Insulina de acción lenta o insulina NPH:** Consiste en la aplicación de la insulina en la mañana o en la noche, la cual se irá absorbiendo acorde con lo necesite del cuerpo del paciente a lo largo del día. Puede combinarse con insulina rápida en caso de ser necesario

Tabla 3.
Tratamiento Farmacológico basado en insulina según la ADA (2018)

<i>Tipo de Insulina</i>	<i>Nombre</i>
Acción Rápida	Lispro
	Aspart
	Glusolina
Acción Lenta	Insulina Humana Regular
Acción Intermedia	Insulina Humana NPH
Acción Basal Ultralenta	Glargina
	Degludec
	Detemir

Estos medicamentos pueden ser diferentes desde metformina para estimular la producción de insulina por parte del páncreas, hasta la insulina misma para disminuir de manera rápida y eficaz los niveles de glucosa sin forzar al páncreas.

Dentro de este medio de control, es de suma importancia que el paciente se encuentre informado de la dosis y el horario en los que se debe tomar los medicamentos. De igual manera, es de vital importancia que el paciente reconozca que los medicamentos son un apoyo para el control, pero lo que realmente hará la diferencia será la adherencia a los tratamientos no farmacológicos (Secretaría de Salud, 2011).

No farmacológico

El tratamiento actual del paciente con diabetes exige un abordaje múltiple, rígido no solo al ajustar en lo posible los niveles de glucemia de forma permanente, sino a prevenir y tratar complicaciones agudas y crónicas.

Este tratamiento se basa en la dieta ajustada a las necesidades vitales de cada persona, fármacos orales e insulina que, en conjunto, consiguen reducir los niveles de glucemia.

Actividad Física

La implementación de actividad física dentro del estilo de vida de los pacientes permite controlar la diabetes, además de otras enfermedades. Sin embargo, esta estrategia de control se recomienda debido al gasto de energía que se realiza con la actividad física (Secretaría de Salud, 2011).

Al realizar actividad física se hace un gasto de energía importante, que posibilita la disminución de los niveles de glucosa en sangre.

La ADA (2017) recomienda un tiempo de ejercicio de 150 minutos semanales de ejercicio aeróbico moderado – intenso o 90 min de ejercicio aeróbico intenso, aproximadamente de 3 a 5 sesiones por semana, al menos 3 veces a la semana, no más de dos días consecutivos sin actividad, con un gasto energético de 400 – 500 kcal por sesión.

Para iniciar con la actividad física es importante hacer una evaluación del estado físico del paciente antes de comenzar con el plan de ejercicio. Una vez realizada la evaluación del paciente se construye el plan acorde con las siguientes variables: tipo de ejercicio, frecuencia, duración, horario y grado de intensidad de la actividad.

Es importante que todas las sesiones de ejercicio incluyan las tres fases: 1. Fase de calentamiento: 5 – 10 min con actividad aeróbica de baja intensidad; 2. Fase de ejercicio: 30 – 40 min realizado de forma continua y de intensidad moderada de ejercicio aeróbico y de acondicionamiento muscular; y 3. Fase de estiramiento: 5 – 10 min con disminución progresiva de la intensidad.

Alimentación Saludable

La alimentación saludable es una parte fundamental del tratamiento debido a que de ahí proviene la energía que utiliza nuestro cuerpo y como se mencionó anteriormente si se consume en exceso ciertos elementos el cuerpo y se padece esta enfermedad, el cuerpo podría descompensarse. Por tanto, la Secretaría de Salud (2011) indica que lo más importante dentro de la alimentación es cuidar qué es lo que se come y en qué cantidad se está comiendo.

Por lo anterior, es de vital importancia la implementación de intervenciones que permitan al paciente “aprender” a consumir cantidades de manera adecuada y cuáles son los alimentos apropiados; además de estrategias que favorezcan que los comportamientos anteriores sean adquiridos y mantenidos (Brownell & Cohen, 1995a).

Acorde con Egocheaga y cols. (2013) comentan que existen dos grandes áreas de modalidades dietéticas en diabetes:

- *Método cuantitativo*: contabilizar calorías o ingesta energética.
- *Método cualitativo*: se basa en las estimaciones de las raciones, compensando excesos y orientando a una alimentación equilibrada y completa.

Existen diferentes formas de métodos cualitativos como la pirámide de alimentación; el modelo del plato de Karistrom; el sistema semáforo y el método Zimbabwe o “baile de manos”.

El presente protocolo se centró en este último, la cual consiste en una herramienta sencilla para estimar cantidades de alimentos sin pensarlo, tomando como instrumento de referencia las manos.

Tabla 4.
Tamaño de la porción de cada grupo alimenticio acorde con el método de Zimbabwe.

<i>Grupo Alimenticio</i>	<i>Porción</i>
Lácteos	Puño de la mano en posición vertical (150 – 200 ml).
Fruta	1 pieza del tamaño de la palma de la mano (100 g).
Cereales	Puño cerrado (20-30g) o puño abierto (40-60g).
Carne	Palma de la mano extendida y del grosor del dedo meñique (100g).
Vegetales	Cantidad que se puede sujetar entre las dos palmas de las manos juntas (200g).
Grasas	Tamaño de la punta del dedo gordo (10-15g).

Fuente: Egocheala y cols (2013)

Como Brownell y Cohen (1995b) lo mencionan la alimentación es el aspecto más importante en el cuidado de la diabetes, haciendo un énfasis en la adherencia a la dieta y su relación con el control glicémico.

Salud Pública y Diabetes

Según el INEGI (2015) el 82.2 % de la población tiene una derechohabiencia en alguna institución de salud; mientras que el 17.8% no cuentan con algún tipo de seguro.

Del sector población con servicios de salud el 76.9 % cuenta con seguro de salud pública y solo el 23.1% tienen seguro de salud privada.

Del sector de salud pública el 49.9% de la población cuenta con seguro popular; 39.2% se encuentra afiliado al Instituto Mexicano del Seguro Social; 7.7% al ISSTE y el resto (3.2%) se encuentran afiliados a otros servicios de salud pública.

A pesar de que se han desarrollado diversos programas de políticas de salud pública para reducir el índice de factores de riesgo (obesidad y sobrepeso) que posibiliten la aparición de esta enfermedad, el INEGI (2013) indica que en conjunto con el ENSANUT y la Secretaría de Salud existe un grave problema de falta de control por parte de la población, ya que menciona que menos de la mitad de los pacientes con diabetes realizaron alguna medida preventiva o de tratamiento.

En los últimos años, se ha visto un incremento considerable en el uso de cirugía bariátrica como método de pérdida del peso, sin embargo, en muchas ocasiones ésta no tiene los efectos esperados por los pacientes. Algo esencial antes y después de la cirugía, es que los pacientes mantengan una dieta equilibrada (Sarwer, et al., 2008).

La relación entre el comportamiento alimenticio preoperatorio y el posoperatorio no varía mucho, por lo que la presencia de rasgos de atracones de comida o de comer en exceso cosas dulces puede ser un predictor del éxito o el fracaso de la cirugía (Sarwer, et al., 2008).

Por tanto, entendemos que, aunque existen métodos que prometen ser eficaces para la pérdida rápida de peso, éstas implican a su vez un cambio conductual en el cual los psicólogos profesionales de la salud dentro del campo de la medicina conductual tenemos incidencia.

Adherencia al tratamiento

La *adherencia* es definida por Sackett y Haynes (1976) como una situación en la que la conducta del paciente se corresponde con las instrucciones clínicas entregadas.

Sin embargo, la definición en la que se basará el presente estudio es el propuesto por Herdman (2012) quien indica que la *adherencia* es el patrón de regulación del comportamiento de un régimen terapéutico para el tratamiento de la

enfermedad y sus consecuencias, con el objetivo de alcanzar las metas del tratamiento relacionado con la salud para mejorar la gestión de la propia salud.

Haynes (2011) la define como “el grado en el cual la conducta de una persona, en términos de tomar una medicación o efectuar cambios en el estilo de vida, coincide con las recomendaciones médicas o higiénico sanitarias”.

Según Conthe y cols. (2014) menciona que existen diferentes variables que incluyen en la adherencia al tratamiento en personas con diabetes que son: a) las características del paciente; b) las características del régimen terapéutico; c) características de la enfermedad; d) influencia del entorno social y familiar y e) características de la estructura sanitaria.

La falta de adherencia a los tratamientos es un obstáculo para cumplir con el propósito de mejorar la salud y calidad de vida. Las causas principales de falta de adherencia son: el olvido de tomar la medicación, el abandono de la medicación por haber remitido los síntomas, deficiencias en el conocimiento sobre el problema de salud, coste y acceso de los medicamentos, falta del conocimiento del uso del medicamento y nivel de complejidad del régimen de tratamiento (Conthe, et al., 2014).

De igual manera, Conthe y cols. (2014) mencionan que algunas consecuencias de la falta de adherencia al tratamiento son:

- Disminución de la efectividad de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.
- Desperdicio de medicamentos.
- Dificultad de la evaluación de los resultados del tratamiento.

La adherencia al tratamiento es un problema de salud pública debido a que, aunque se realicen las aportaciones gubernamentales para el control de las mismas, no depende solo de estas para erradicar el problema. Se trata de un trabajo colaborativo que debe llevarse a cabo entre profesionales de la salud y pacientes. La encuesta ENSANUT (2012) menciona que el 80% de los pacientes

con diabetes recibían tratamiento, pero solo el 25% presentaba un control metabólico adecuado.

Como lo recalca Melchy (2015) es importante considerar el contexto en el que se desarrollan los pacientes, dividido a que se ven influenciados por las condiciones socioculturales, las políticas de salud y las características de los individuos.

Si se toma en cuenta que el objetivo del tratamiento de la diabetes es lograr y mantener los niveles normales de glucosa en sangre, el estrés como lo menciona Atkinson (como se citó en Lazcano y Salazar, 2007) puede interferir en el control glucémico por la elevación de niveles de cortisol.

Ortiz, Ortiz, Gatica y Gómez (2011) mencionan que algunos factores psicosociales también afectan en la adherencia al tratamiento de pacientes con diabetes mellitus, entre los que se encuentran: el estrés, el estilo de afrontamiento, la sintomatología depresiva y la percepción de apoyo social.

Desde el enfoque cognitivo conductual, específicamente desde la Medicina Conductual, tiene por objetivo la modificación del comportamiento y se puede incidir en 1) adherencia al tratamiento; 2) estrategias de afrontamiento; 3) reducción de estrés o depresión y 4) habilidades de autocuidado (Anguiano, 2014).

De igual manera, Ortiz y Ortiz (2007) argumentan que hay diversos factores que afectan la adherencia terapéutica. Los factores personales como la motivación, el desconocimiento, la baja autoestima o la depresión; del sistema de salud; de la propia enfermedad o del tratamiento, dependiente de la complejidad del mismo.

Modelos teóricos de explicación

Teoría de la Acción Razonada y Salud

La Teoría de la Acción Razonada considera que las creencias, actitudes, intenciones y conducta son variables esenciales para la ejecución de una conducta.

Esta teoría postula que el principal precursor de una conducta es la *intención* la cual está constituida a su vez por dos antecedentes fundamentales: la *actitud*, que se conforma de las creencias acerca de los objetos y la evaluación de las mismas; y la *norma-subjetiva* que es la percepción de las creencias que los otros poseen acerca de la conducta abarcan las normas sociales y la motivación (Ajzen, 2002).

Sin embargo, Ajzen (1991) indica que la explicación anterior no es suficiente por tanto han establecido el término de *control conductual percibido* el cual corresponde al grado subjetivo de control que presenta el organismo. El control conductual percibido es entonces, la percepción que el individuo tiene sobre su capacidad de ejecución, que se encuentra directamente asociada a los recursos y creencias que el individuo tenga y que considere son suficientes para superar la conducta problema, independientemente si son mecanismos internos o externos (Ajzen y Fishbein, 2005).

Dentro del ámbito de la salud, se han hecho diferentes investigaciones bajo este modelo teórico. Carpi, y cols. (2009) realizaron una investigación con el objetivo de identificar en qué medida el modelo explica la predicción de conductas de reducción del estrés para mejorar la salud cardiovascular y cuáles y en qué grado son las variables que permiten predecir la intención y la ejecución actual de las conductas tendentes.

Fueron 360 personas que no sufren enfermedad cardiovascular, a quienes se les aplicó un cuestionario de 12 ítems que median: la actitud, creencia de efectos beneficios de la reducción del estrés; la norma subjetiva, la percepción subjetiva de ejecución de la conducta y la motivación; la percepción de control,

creencia acerca de la capacidad para llevar a cabo la conducta y la facilidad o dificultad para ejecutarla; la intención para reducir el estrés y la acción realizada en la actualidad

Carpi y cols. (2009) informan que el modelo sí explica la conducta. Sin embargo, las variables actitud y norma subjetiva, explican y predicen con más fuerza el desarrollo de la intención de conducta; mientras que la percepción de control es la variable que tiene menor fuerza.

Por tanto, argumentan que cuando se percibe estrés, la persona puede ser consciente de lo que le pasa y temer consecuencias más o menos negativas, deseando disminuir así la tensión percibida para encontrarse mejor (Carpi et.al., 2009). Por tanto, sostienen que la actitud y la norma subjetiva son capaces de predecir la intención de disminuir el estrés satisfactoriamente.

La actitud es la variable con mayor valor de predicción. Aunque la variable de *presión percibida* parece no ser relevante en el desarrollo de la intención de conducta es importante tenerla en cuenta a la hora de pretender modificar los comportamientos de las personas.

Como se identifica anteriormente, la teoría de la acción planeada es capaz de dar una explicación de las variables que inciden dentro de la enfermedad. Sin embargo, este solo es el primer paso para el desarrollo de una intervención que permita hacer un cambio conductual que favorezca la conducta de adherencia.

Modelo Transteórico y Salud

El Modelo transteórico del Cambio fue propuesto por Prochaska y Diclemente, (1992) en el que se proponen fases por las que una persona debe pasar para realizar un cambio de una conducta problemática, considerando la motivación como un factor importante en este cambio, asignándole al sujeto un rol activo (Diclemente, 2006; Prochaska & Diclemente, 1983; McConaughy, Prochaska &

Velicer, 1983; como se citó en: Andrioni, Serebrenic, Laranjeira & Callaghan, 2009).

Para Diclemente (2006) para que un cambio pueda darse debe existir compromiso, tiempo, energía y estrategias claras y realistas. Este modelo nos brinda la oportunidad de comprender que el desarrollo humano no es lineal sino más bien circular

- *Precontemplación:* la persona no es consciente de tener un problema y pone en marcha estrategias de defensa. No hay intenciones de cambio. Las principales técnicas para implementarse son psicoeducación, proveer información individualizada si fuera necesario y retroalimentación.
- *Contemplación:* la ambivalencia es una de las características de esta etapa, la persona se da cuenta de que tiene un problema, comienza a identificar los pros y contras de la situación. Las estrategias desarrolladas en esta etapa deben enfocarse en motivar al individuo a tomar decisiones, realizando autoevaluaciones, incrementando su autoeficacia.
- *Preparación:* la persona ya ha tomado la decisión de hacer algo al respecto y empieza a dar algunos pequeños datos. Se fortalece el compromiso y comienza la acción. En esta etapa las estrategias deben enfocarse en crear el plan, considerar las alternativas.
- *Acción:* primeros pasos para modificar los patrones previos. El individuo está comprometido y adopta nuevas actitudes.
- *Mantenimiento:* se establece la conducta nueva y se instaura en el patrón de comportamiento del individuo.
- *Recaídas:* la persona puede volverse a enganchar al cambio o pensar en un fracaso o estancarse.

Modelo de Información- Motivación-Habilidades Conductuales

El modelo de IMB (Information Motivation and Behavioral Skills) se ha empleado para dar una explicación al comportamiento de salud. Se considera que lo

principal es la información, motivación y las habilidades conductuales como predictores de la realización de comportamientos saludables (Fisher, Fisher, Bryan & Misovich, 2002).

A partir de lo anterior, se considera que lo principal es brindar información no solo del padecimiento sino también de los factores que influyen para el deterioro del paciente. En segundo lugar, se menciona la motivación que se entiende como personal o social y son las creencias y actitudes hacia la realización de ciertos comportamientos; por último, se encuentra la habilidad conductual, que se define como la práctica o entrenamiento que se da al individuo para facilitar la ejecución de conductas saludables.

La IMB especifica tres pasos a seguir para promover conductas saludables. La primera es la indagación, que se realiza para identificar los déficits de la población meta, la información, motivación y habilidades que posee. La segunda es diseñar intervenciones con base en las necesidades detectadas en la fase de indagación. Y la fase de evaluación, se realiza después de la intervención para identificar si ha tenido o no significación la implementación de la misma (Fisher, Fisher, Bryan & Misovich, 2002).

Intervenciones cognitivo-conductuales para incrementar la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes

La adherencia se ha evaluado con distintas herramientas como exámenes de laboratorio, registros o entrevistas (Padilla, Araúz & Roselló, 1997; Ortiz & Ortiz, 2007). De igual manera, Grant, De Vita, Singers y Meigs, 2003; OMS, 2010; Markowitz y cols. (2011; como se citó en Rodríguez, Rentería y García, 2013) afirman que los métodos de autoreporte son más útiles y mejores que aquellos que afirman ser objetivos.

Lerman y cols. (2009; como se citó en Rodríguez, Rentería y García, 2013) realizaron un estudio con el objetivo de comparar dos estrategias y el efecto que tienen en el control glucémico, la adherencia al tratamiento, la presencia de

depresión y disfunción emocional en 70 pacientes con diabetes, a los que se dividieron en tres grupos. El primero grupo permaneció con el tratamiento propio del instituto; el segundo grupo recibió un curso educativo de reforzamiento en diabetes después de seis meses; y el tercer grupo, solo fue monitoreado por teléfono para promover conductas de autocuidado.

A partir de la intervención se determinó que, aunque las estrategias de reforzamiento favorecieron el autocuidado no lograron traducirse en beneficios en el control glucémico. Por tanto, se propone buscar nuevas estrategias que puedan favorecer el autocuidado y los niveles fisiológicos.

Se han desarrollado diferentes intervenciones para promover la adherencia en pacientes crónico degenerativos, las cuales son intervenciones de carácter multicomponente, que implica la combinación de diferentes técnicas. Facchini, Bocakofski & Karduck, Riveros, Cortázar, Alcázar y Sánchez (2003; 2005; 2005; como se citó en Rodríguez, Rentería y García, 2013) han realizado estas intervenciones con técnicas como: psicoeducación, prescripción de plan alimentario-actividad física, automonitoreo, control de estímulos, conductas alternativas, reestructuración cognitiva, apoyo social y habilidades para el mantenimiento de los cambios.

Rodríguez, Rentería y García (2013) realizaron una intervención multicomponentes desde la propuesta de Ribes, el Modelo de Psicología de la Salud Biológica, la cual se basa en un modelo interconductual de tratamiento, se parte del argumento de que el paciente con diabetes presenta conductas instrumentales de riesgo como: comer de manera poco saludable y/o estilo de vida sedentario, los cuales tienen como consecuencias inmediatas sensaciones de “placer o satisfacción”; mientras que, a lo largo plazo, producen efectos negativos en la salud. Por lo anterior, Ribes (1990) argumenta que el éxito para abandonar las conductas de riesgo depende de que la persona posea estrategias extrasituacionales, las cuales suponen que las personas sean capaces de responder a una situación como si estuvieran en otra, cuyas condiciones de estimulación no están presentes en ese momento. Por tanto, una persona que

posee estrategias extrasituacionales responde a una situación, no basándose en ella, sino de acuerdo con su información, experiencias o creencias.

A partir del supuesto anterior, Rodríguez, Rentería y García (2013) realizaron una intervención con un grupo grande de pacientes con diabetes de los Centros de Salud del Estado de México del ISSTE. Esta intervención se dividió en dos bloques, en el primer bloque se realizaron actividades educativas, donde se informó de la enfermedad y las consecuencias de la misma, así como, elementos de nutrición, sobre tipos de alimentos y porciones a comer; posteriormente, en el grupo dos se aplicaron técnicas cognitivas y conductuales con el objetivo de buscar un cambio conductual, las principales técnicas utilizadas fueron el autocontrol, solución de problemas y control de estímulos.

Los resultados obtenidos por Rodríguez, Rentería y García (2013) muestran un efecto significativo en la adherencia. Sin embargo, encontraron que el primer bloque tuvo un efecto ligeramente mayor, lo que invita a continuar buscando estrategias que tengan un impacto en la adquisición de conocimientos pero que no se queden solo ahí, sino que se busque un saber hacer que posibilite el desarrollo de habilidades extrasituacionales.

El grupo de investigación del Programa de Prevención de Diabetes (DPP) indica que la intervención en el estilo de vida reduce un 58% la incidencia de diabetes tipo 2. Por otro lado, en el estudio de Malmö (Ericksson & Lindgarde, 1991) los participantes en el grupo experimental de intervención en el estilo de vida mejoraron un 10%; en contraste con 4.9% del grupo control. El IMC redujo la incidencia de desarrollar diabetes a un 2.4% con la intervención en la modificación de estilo de vida en contraste con el .5% de incrementó en la incidencia de los pacientes del grupo control. More y cols. (2000) reportaron que la pérdida de peso de 3.7-6.8 kg de peso en sujetos de 30-50 años disminuye el riesgo de padecer diabetes en el 33% en personas que tuvieron un peso estable por dos a ocho años. La pérdida de peso se mantuvo en 8.5 kg al final de 6 meses de tratamiento intensivo y los participantes lograron mantener la pérdida de 5.6% del peso a los 18 meses.

Por tanto, la disminución del riesgo de padecer diabetes y el incremento de la tolerancia a la glucosa se encuentran relacionados con el incremento en el ejercicio, la dieta y la reducción de peso.

El Programa de Prevención de Diabetes (2002) incluye el programa de intervención en el estilo de vida, titulado “Estilo de Vida en Balance” y fue desarrollado por el departamento de medicina de la Universidad de Pittsburgh en colaboración con nutriólogos, psicólogos conductuales, enfermeras y entrenadores; todos los materiales fueron producidos, revisados y aprobados por el Comité.

El programa estaba diseñado para administrarse en los 27 centros, con alrededor de 1 079 participantes, de alrededor de 51 años de edad, en su mayoría mujeres, caucásicas. Debido a la diversidad de participantes el estudio y los materiales debían ser flexible y heterogéneos.

Uno de los parámetros del estudio eran objetivos basados en la intervención conductual. El objetivo en peso era perder el 7% del peso inicial y mantener la pérdida de peso. La actividad física resultó un elemento importante para el mantenimiento de la pérdida de peso. Por su parte, el objetivo de la actividad física fue realizar al mejor un ejercicio que propiciara la pérdida de 700 kcal/sem., es decir, al menos 150 minutos de actividad física moderada a intensa, en donde se incluían actividades como caminar, danza aeróbica, spinning, skating y natación.

La intervención se llevó a cabo en 16 sesiones en donde se brindó la información a los participantes sobre nutrición, actividad física y autoregulación conductual, en donde se incluyeron estrategias como automonitoreo, autocontrol, solución de problemas y técnicas cognitivas. Otro de los parámetros del estudio fue la implementación de “*lifestyle coaches*” quienes se encontraban pendientes de las dudas de los participantes, ya sea de alimentación, ejercicio o motivación.

Una de las principales ventajas del estudio fue el desarrollo de habilidades de automonitoreo en los pacientes, ya que ellos mismos podían monitorear su carga calórica, pérdida de peso y actividad física (DPP Research Group, 2002).

Algunos estudios mencionan que uno de los factores más importantes en los pacientes con obesidad es una deficiencia en el componente emocional, en el que destaca la inseguridad emocional y las afectaciones a nivel autoconcepto, deficiente autoimagen y seguridad en las interacciones sociales; por lo que, es importante considerarlo como uno de los principales factores para la motivación en la implementación de las futuras intervenciones (Gravina, et. al., 2015).

Según Gravina y cols. (2015), la entrevista motivacional supone uno de los elementos más importantes durante la intervención debido a que posibilita la identificación de factores socio-cognitivos para la modificación individual de comportamientos.

Por otro lado, la pérdida de peso es una de las estrategias más importantes para disminuir el riesgo de padecer diabetes; sin embargo, pocos han logrado el mantenimiento de los cambios conductuales necesarios (Cooper, et. al. 2010). Fairburn y Marcus; Wilson y Fairburn (1993: 2008) desarrollaron una estrategia cognitivo conductual que posibilita la pérdida de peso; mientras que Cooper & Fairburn (2001:2002) desarrollaron una intervención que no solo se centraba en la pérdida de peso y el incremento de actividad física sino en el mantenimiento de las conductas.

El objetivo de este estudio fue evaluar el nuevo tratamiento cognitivo conductual y comparar los diferentes tratamientos psicológicos para la obesidad (BT, Behavioral Treatment: CBT, Cognitive Behavioral Treatment; GSH, Guided Self Help). Ciento cincuenta mujeres con obesidad fueron puestas aleatoriamente en los tres grupos experimentales (BT, CBT, GSH). Las participantes en el grupo BT y CBT estuvieron en tratamiento por 44 semanas y en el grupo GSH 24 semanas. Todos los participantes fueron seguidos por 3 años y no se administró ningún tipo de seguimiento después de la intervención.

Los tratamientos BT y CBT se conformaban en estrategias basadas en el automonitoreo, autocontrol, solución de problemas y técnicas cognitivas (en el caso de CBT); mientras que el GSH, implicaba brindar un poco de información a los participantes y la intervención era mínima. Los primeros dos tratamientos tuvieron resultados altamente favorables y permitieron la pérdida del 10% del peso inicial. Sin embargo, en todos los tratamientos pasados los tres años se recuperaban casi todo el peso perdido.

Painot y cols. (2001) realizaron una intervención para evaluar el tratamiento cognitivo conductual con y sin psicoeducación nutricional en pacientes con obesidad que tuvieran algún desorden alimenticio con el objetivo de identificar si este tipo de intervención terapéutica tiene un efecto en la pérdida de peso independientemente del trastorno alimenticio.

Participaron alrededor de 60 personas con obesidad (IMC 33 kg/m²) con una edad promedio de 42 años con un diagnóstico de trastornos alimenticio acorde con el DSM IV. Todos los participantes fueron asignados aleatoriamente a dos grupos: el primero de solo intervención cognitivo conductual (CB); y el segundo incluía la intervención cognitivo conductual junto con la psicoeducación de nutricional (NCB), que consistía en conocimientos cuantitativos y cualitativos sobre los alimentos.

La intervención consistía en 12 sesiones de hora y media, que se llevaron en dos partes, la primera parte se integraba de la reorganización de la conducta alimentaria, horarios de comida y modificación de contenidos, implementando estrategias de autoobservación y automonitoreo; mientras que la segunda parte consistía en la reestructuración cognitiva, identificación de patrones psicológicos, distorsiones cognitivas que mantenían los patrones de alimentación.

Los resultados indican que para los pacientes obesos con trastornos alimenticios solo la intervención cognitivo conductual no es suficiente para la pérdida de peso; mientras que la intervención cognitivo conductual en conjunto con la psicoeducación nutricional tienen un leve impacto en la disminución de peso.

Como parte de los tratamientos basados en evidencia, en el área de diabetes se tiene THE ACTION FOR HEALTH IN DIABETES (Look AHEAD) la cual consiste en la comparación de los efectos de estudios randomizados de intervenciones sobre el estilo de vida enfocadas en la pérdida de peso a partir de la alimentación y el incremento de la actividad física, a su vez que se pone énfasis en la educación sobre diabetes y el control mismo de la enfermedad, principalmente en pacientes con sobrepeso y obesidad.

Se desarrolló durante 2.5 años, empezando en el año 2001 con un seguimiento durante 10.25 años, la intervención intensa duro aproximadamente 4 años. Participaron aproximadamente 5000 voluntarios con DM2, se intentó que el número de hombres y mujeres fueran aproximadamente los mismos y se reclutaron grupos minoritarios en un porcentaje del 33%.

Los participantes tenían que completar un periodo de dos semanas con el registro de los datos de dieta y ejercicio, completando exitosamente el automonitoreo, los que aprobaran esa fase eran asignados aleatoriamente al grupo de apoyo de diabetes e información o a la intervención sobre estilo de vida. Por otro lado, todos los participantes continuaron recibiendo su tratamiento médico; a su vez todos recibían una hora de educación en diabetes al final del proceso de revisión, en donde se les brindaba información básica sobre diabetes dando énfasis en los aspectos del cuidado en diabetes, el manejo de la hipoglucemia, los síntomas del daño cardiovascular, el cuidado de la alimentación y se les enseñaba el uso del equipo para monitorear la glucosa.

La educación en diabetes se compone de tres grupos de educación, en diabetes, nutrición y ejercicio, así como una sesión de apoyo social que se ofrecía de manera anual. La intervención de estilo de vida Look AHEAD fue diseñada para disminuir peso en un 7% acorde con el peso inicial del primer año y, los participantes eran invitados a perder el 10% o más del peso inicial.

Cooper y cols. (2010) mencionan que la pérdida de peso presenta una resistencia a los tratamientos psicológicos y es importante evaluar sus efectos a corto y largo plazo.

La intervención en el estilo de vida se componía de la modificación en la dieta y el incremento en la actividad física para disminución del peso e involucraba componentes del Programa de Prevención de Diabetes, que incluye el control de porción de la dieta y una intervención multicomponente que incluye técnicas conductuales, modificación de la dieta, actividad física y apoyo social; así mismo, se incluía un periodo de seguimiento. Todos los centros en los que se desarrolló la intervención Look AHEAD utilizaban las mismas sesiones y los mismos materiales.

La intervención se desarrolló en tres fases separadas: la fase de intervención intensa durante los primeros 12 meses; la fase de seguimiento de la intervención del mes 13- 48 y el periodo de observación posterior al mes 49.

Para finalizar, Gravina y cols. y Grave y cols. (2015: 2015) mencionan que la Intervención Cognitivo Conductual es utilizado como una forma de ayudar a las personas a realizar cambios en los patrones conductuales negativos de alimentación, incorporando cambios en su estilo de vida. Este tipo de intervenciones incluyen técnicas como automonitoreo, manejo del estrés, control de estímulos, apoyo social, solución de problemas y reestructuración cognitiva.

Objetivo General

Evaluar los efectos de una intervención cognitivo conductual que favorezca la adquisición y mantenimiento de conductas adherentes a la alimentación y al ejercicio en un grupo de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.

Objetivos Particulares

- ✓ Implementar un programa basado en técnicas cognitivo-conductuales que favorezcan conductas de adherencia.
- ✓ Medir variables fisiológicas, antropométricas y conductuales de los participantes de la presente investigación en las condiciones pre y post tratamiento, así como medidas de seguimiento.

- ✓ Evaluar los efectos de la intervención multicomponente en las variables fisiológicas, antropométricas y conductuales de los participantes en las condiciones pre y post tratamiento, así como medidas de seguimiento.

Método

Participantes

Se consideró una muestra no probabilística intencional, ya que la selección se obtuvo en función de las características de la población que acude al Hospital Juárez de México.

Sin embargo, por cuestiones administrativas del servicio fue necesario realizar difusión fuera del hospital en redes sociales.

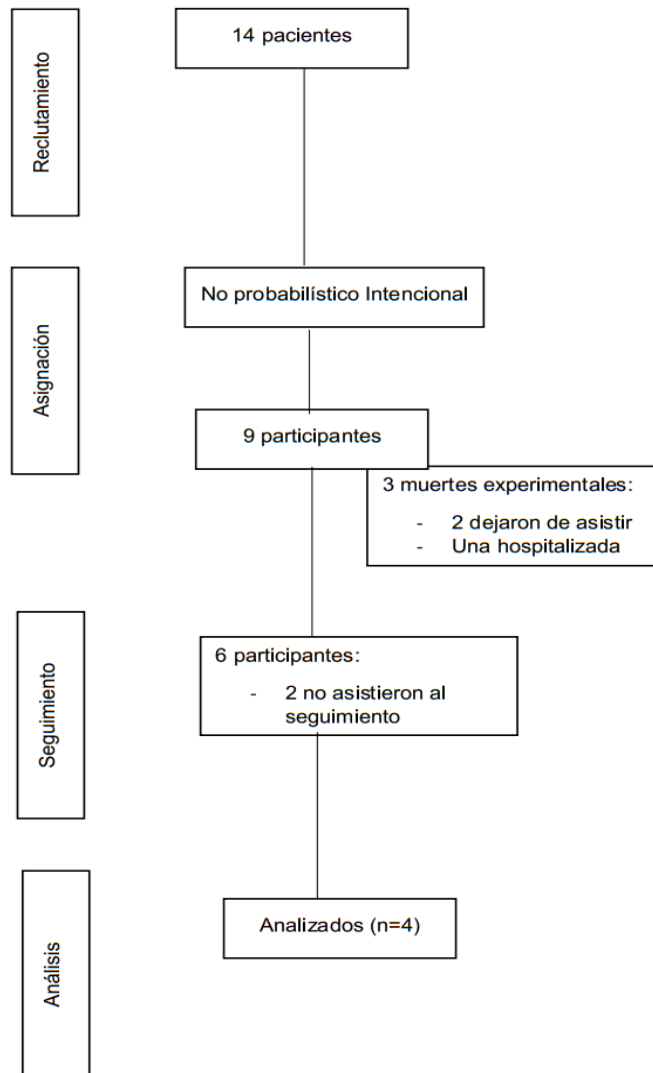


Figura 1. Diagrama de Flujo.

Fueron un total de cuatro participantes con una edad promedio de 54.5 años de edad, una mediana de 54.5 y una moda de 52 (DE=2.08). Dos mujeres y dos hombres. Tres casados y uno soltero. Tres empleados y uno con negocio propio. Dos con secundaria terminada y dos con preparatoria.

Criterios de selección de la muestra.

Criterios de inclusión

- Edad de 20 a 65 años.
- Escolaridad mínima de primaria completa.
- Que sepan leer y escribir.
- Con diagnóstico confirmado de Diabetes Mellitus tipo 2 de por lo menos 6 meses de evolución y un máximo de 15 años de evolución.
- En tratamiento farmacológico para la diabetes con antidiabéticos orales y/o insulina.
- Presentar niveles de HbA1c mayor o igual a 7%.

Criterios de eliminación

Se descartarán aquellos pacientes que durante alguna de las fases del proyecto:

- Sean hospitalizados debido a una complicación de la enfermedad o las comorbilidades.
- Inasistencia al programa de más del 20% de sesiones.
- Abandonar el tratamiento médico tratante.
- Más del 25% de registro incompletos.
- Malestar psicológico (depresión y/o ansiedad) clínicamente significativo durante las sesiones.
- Pacientes que no cuenten con laboratorios clínicos recientes (6 meses).

Criterios de exclusión

- Pacientes que cuenten con alguna discapacidad física o intelectual.
- Que se encuentren en otra intervención cognitivo-conductual.
- Encontrarse en tratamiento psiquiátrico o psicológico en el momento de realizar el taller.

Situación Experimental

Las sesiones se llevaron a cabo en el edificio de enseñanza en el aula A del CECAD, dentro de las instalaciones del Hospital Juárez de México, en el que se encuentran los elementos como escritorios, pupitres y pintarrón. Con las condiciones adecuadas de iluminación y ventilación.

Aparatos y Materiales

Los aparatos utilizados fueron:

- Baumanómetro digital.
- Báscula digital.
- Glucómetro.
- Tiras reactivas y lancetas.
- Cinta métrica.

Por otro lado, algunos de los materiales utilizados fueron;

- Hojas blancas.
- Lápices, sacapuntas y bolígrafos.
- Cañón.
- Computadora y USB.
- Manual “Aprender sobre diabetes. Manual práctico para controlar mi Diabetes.”

Variables

Definición Conceptual

Variable Independiente

La variable independiente de la presente investigación fue la *Intervención Basada en Técnicas Cognitivo Conductuales* las cuales consisten en una serie de procedimientos que permiten un cambio ambiental y de la interacción social de un individuo, son una combinación de procedimientos verbales y conductuales que incluyen métodos multidimensionales y que se sustentan en un enfoque de solución de problemas en el que se entremezclan la evaluación y la intervención para generar valoraciones continuas del progreso (Franks, 1993).

Se implementaron principalmente cuatro técnicas del modelo cognitivo conductual.

a. Psicoeducación

Se define como el “proceso educativo mediante el cual el facilitador detalla y suma información científica actual y relevante para responder preguntas acerca del origen, evolución y óptimo abordaje de un padecimiento desde su entorno e implica también consejería y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema” (Anderson, Douglas y Hogarty, 1988; como se citó en: Albarrán y Matías, 2007).

Según la OMS (2016), la psicoeducación está diseñada para brindar a los pacientes herramientas para manejar su tratamiento y prevenir complicaciones, manteniendo la calidad de vida de los mismos (Gravina, et. al., 2015).

b. Autocontrol

Conjunto de técnicas dirigidas a disminuir aquellas conductas cuyas consecuencias inmediatas son demoradas (Kazdin, 2000). El autocontrol implica diferentes procesos como:

- a. **Automonitoreo:** que consiste en observar la propia conducta de modo sistemático con el objetivo de modificarla.

- b. Autorreforzamiento: donde el individuo se proporciona consecuencias reforzantes que sean contingentes con la conducta.
- c. Control de estímulos: que es la modificación de estímulos ambientales que funcionan como señales para incrementar la probabilidad de aparición de conductas desadaptativas.

c. Manejo de Contingencias.

El manejo de contingencias consiste en la presentación o retiro contingente de recompensas o castigos utilizando técnicas como: reforzamiento positivo/negativo, castigo positivo/negativo, costo de respuesta, tiempo fuera, extinción y moldeamiento; con el fin de lograr un cambio positivo en el paciente (Reynoso y Seligman, 2005).

d. Solución de Problemas

Proceso metacognitivo comportamental autodirigido por medio del cual una persona intenta identificar soluciones efectivas o adaptativas para problemas específicos de su vida (D´Zurilla y Nezu, 2001; como se citó en Bravo y Valadez, 2013).

Variable Dependiente

a. Adherencia a la Dieta

Se define por Adherencia el “patrón de regulación del comportamiento de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus consecuencias, con el objetivo de alcanzar metas del tratamiento relacionado con la salud para mejorar la gestión de la propia salud” (Herdman, 2012).

Por tanto, la adherencia a la dieta se define como la concordancia entre el comportamiento y los parámetros fisiológicos y/o antropométricos.

b. Adherencia al Ejercicio Físico

Por otro lado, la adherencia al ejercicio físico es definida como la concordancia entre el comportamiento con respecto al nivel de frecuencia, duración e intensidad del mismo y los parámetros fisiológicos y antropométricos.

c. Parámetros fisiológicos

Estudios de Laboratorio:

La Norma Oficial Mexicana para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos (Secretaría de Salud, 2017) define los estudios de laboratorio como:

Análisis físico, químico, biológico o molecular de diversos componentes y productos del cuerpo humano, procesados en un laboratorio legalmente establecido, a través del uso de diferentes tecnologías, cuyas mediciones y resultados serán obtenidos y reportados por personal facultado para ello (sección definiciones, párr. 2).

Dentro de los estudios de laboratorio se incluyen los siguientes elementos, los cuales son definidos por la NOM (SSA, 2011):

- 1.** Hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}): “prueba que utiliza la fracción de la hemoglobina que interacción combinándose con la glucosa circulante, para determinar el valor promedio de la glucemia en las últimas 12 semanas” (Secretaría de Salud, 2010, sección definiciones, párr. 42).
- 2.** Triglicéridos: “molécula esteroidea, formada por cuatro anillos hidrocarbonados más una cadena alifática de ocho átomos de carbono en el C-17 y un OH en el C-3 del anillo A. Alcohol que posee propiedades físicas semejantes a las de un lípido” (Secretaría de Salud, 2012, sección definiciones, párr. 7).
- 3.** Glucosa Post.Prandial: “medición de la glucosa en sangre dos horas después de la comida” (Secretaría de Salud, 2010).

4. Presión Arterial: “fuerza hidrostática de la sangre sobre las paredes arteriales, que resulta de la función de bombeo del corazón, volumen sanguíneo, resistencia de las arterias al flujo y diámetro del lecho arterial” (Secretaría de Salud, 2009, sección definiciones, párr. 31).

d. Parámetros Antropométricos.

Los parámetros antropométricos tienen por objetivo determinar la masa corporal expresada por las dimensiones corporales para identificar estados de nutrición (Secretaría de Salud, 2002).

Para el presente estudio se tomaron los siguientes parámetros acordes con la Norma Oficial Mexicana para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad (Secretaría de Salud, 2010).

1. Peso: medida de la masa corporal representada en kilogramos.
2. IMC: Criterio diagnóstico que se obtiene dividiendo el peso entre la talla al cuadrado (kg/m^2).
3. Circunferencia de Cintura: Medidas en centímetros de la cintura considerada arriba del ombligo.

e. Parámetros Comportamentales

Se midieron los parámetros de topografía, frecuencia, duración e intensidad de la conducta de comer y de realizar ejercicio. Esto a partir de autorregistros, los cuales son un método de evaluación en donde el sujeto observa y reporta parámetros de su conducta o datos relevantes al comportamiento, incluyendo conductas motoras y sucesos cognitivos (Fernández y Pérez, 1996).

1. Registros de Alimentación.
2. Registros de Frecuencia Cardíaca.
3. Registros de Caminatas.

Definición Operacional

Las definiciones operacionales serán:

- *Adherencia a la dieta:* Conjunto de mediciones comportamentales, fisiológicas y antropométricas que coinciden con el seguimiento del régimen alimentario. De igual manera, los parámetros fisiológicos y antropométricos se medirán con los indicadores establecidos por las Normas Oficiales antes mencionadas.
- *Adherencia al ejercicio físico:* Conjunto de mediciones comportamentales, fisiológicas y antropométricas que coinciden con el seguimiento de un plan de actividad física. De igual manera, los parámetros fisiológicos y antropométricos se medirán con los indicadores establecidos por las Normas Oficiales antes mencionadas.

Diseño

Se utilizó un diseño pre-experimental pre-test y post-test con seguimiento a un mes (Kerlinger, 1979).

El diseño podría representarse de la siguiente manera.

G1 Y1 X Y2 Y3

En donde G1 representa el grupo experimental; Y1 es la medida pre-test; Y2 es la medida post-test y Y3 la medida de seguimiento.

El análisis se realizó de forma intragrupal para comparar las mediciones y los parámetros de los participantes.

Procedimiento

La presente investigación desarrollará dos temáticas principales: 1. Alimentación y 2. Ejercicio Físico.

Ambas temáticas iniciarán con una fase de información, en la que se brindará la explicación necesaria para que los participantes identifiquen los elementos principales de las mismas. Por tanto, durante la primera fase se crearon los materiales correspondientes para los procesos de psicoeducación y materiales de trabajo para ambas variables dependientes.

FASE 1

Revisión Bibliográfica.

Se realizó una revisión de la literatura relacionada con diabetes, así como las estrategias utilizadas en la adherencia a la alimentación y al ejercicio físico en pacientes con diabetes, se pretendió que la mayor parte de las investigaciones fueran basadas en evidencia o de estudios aleatorizados.

Posteriormente, se hizo una revisión de las tesis publicadas por las residentes de medicina conductual de generaciones anteriores (Melchy, 2015; Suárez, 2017), identificando similitudes entre la literatura revisada y las aplicaciones de los protocolos.

Creación de Material Psicoeducativo y de Trabajo.

Posterior a la revisión y con apoyo del material creado por las residentes anteriores, se hizo la creación y diseño del material de apoyo que puedan consultar en otro momento, así como actividades que faciliten el apego a la dieta y al ejercicio físico.

Este material fue diseñado con la herramienta en línea Canva, programa de diseño y edición. Consta de 96 páginas, introducción, hoja de identificación, índice, hojas psicoeducativas y 23 ejercicios para favorecer la adherencia al tratamiento.

Una vez que el material fue diseñado, se pasó a revisión con 11 jueces expertos, nueve mujeres y dos hombres, cuatro psicólogos, cuatro nutriólogos y tres médicos, todos con estudios de licenciatura y siete con estudios de posgrado. Los cuales valoraron cinco criterios del manual: Comprensión, Participación, Atractivo, Aceptación y Contenido, a partir de una rúbrica de 14 ítems con una escala dicotómica (cumple, no cumple). Validando y enriqueciendo los contenidos del manual.

A partir del programa SPSS 21.0 se analizaron los datos obtenidos, a los cuales se les aplicó la prueba estadística Kappa de Fleiss (Fleiss y Cohen, 1973) en donde se validó la consistencia interna del manual.

Posteriormente, el material fue validado por pacientes, quienes representan la población meta del mismo. Se pasó a revisión con 11 pacientes, ocho mujeres y tres hombres, ocho con estudios de primaria, uno con preparatoria y dos con estudio de licenciatura. Se realizó una rúbrica de 16 ítems con una escala dicotómica (cumple, no cumple) con cinco subescalas Comprensión, Participación, Atractivo, Aceptación y Contenido.

De igual manera, los datos obtenidos fueron analizados a través del software estadístico SPSS 21.0 aplicando la prueba Kappa y siendo validado por los pacientes.

El material psicoeducativo llamado “Aprender sobre Diabetes. Manual práctico para controlar mi Diabetes” tiene un total de 96 páginas y consta de cuatro partes principales:

Presentación:

- Información del Manual: Se indican las instrucciones para completar el manual y se proporcionan ejemplos para que el paciente conozca cómo utilizar el manual de registro.

Manual de Diabetes:

- *Preguntas iniciales:* Cinco preguntas con las que se pretende identificar la información con la que cuentan los pacientes con diabetes por parte del personal médico, de enfermería, de nutrición o incluso algunos mitos que conozcan.
- *Información sobre la Diabetes Mellitus:* Material en el que se responden preguntas como ¿Qué es la diabetes?, Tipos de Diabetes, Factores de Riesgo de la DM, ¿Qué complicaciones puede tener la DM?
- *Información sobre la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus:* Material en el que se exponen los diferentes niveles de la adherencia al tratamiento (medicamento, alimentación y ejercicio), así como la importancia de cada uno de ellos.
- *Información sobre la Toma de Medidas Fisiológicas:* Material que brinda información sobre las medidas fisiológicas y lo que representan.
- *Preguntas Finales:* Cinco preguntas con las que se pretende identificar la información con la que cuentan los pacientes con diabetes una vez que han recibido psicoeducación sobre la enfermedad.
- *Registro de peso y circunferencia de cintura:* Contiene una tabla donde el paciente registra de forma semanal, sesión por sesión, peso y circunferencia de cintura.
- *Registro de IMC:* Contiene la fórmula para calcular el IMC, así como un ejemplo. De igual manera, contiene una tabla donde registrar el IMC inicial y al final de la intervención.

- *Registros de Glucosa Semanales*: contiene una tabla donde se pide anotar los niveles de glucosa post prandial obtenidos sesión a sesión durante el programa de intervención. A su vez contiene una gráfica donde se dibujarán estos niveles.
- *Registro de Presión Arterial*: incluye una tabla para el registro semanal durante las sesiones de la presión arterial.
- *Registro de percepción de adherencia al tratamiento*: Contiene una tabla donde se solicita registrar en una escala del 0 al 10 el nivel de adherente de forma diaria.

Manual de Alimentación:

- *Infografías sobre los grupos de alimentos*: Material que contiene información sobre los diferentes grupos de alimentación, así como algunas recomendaciones de los mismos.
- *Infografía sobre el Semáforo de la Alimentación*: Material que contiene información sobre los grupos alimenticios y los datos de alarma de cada uno de los mismos.
- *Infografía sobre las mediciones del plato y los puños para calcular las porciones*: Material que contiene información sobre la cantidad de alimento que debe consumir cada uno de los participantes.
- *Infografía de Autocontrol para la Alimentación*: Material en el que se expone los diferentes pasos del autocontrol enfocado a la alimentación.
- *Registros de Alimentación Diarios*: contiene una tabla donde se registra el tipo de alimentos consumidos durante el desayuno, la comida y la cena, así como las porciones.

Manual de Registro de Ejercicio Físico:

- *Infografía sobre la Actividad Física y la DM*: Material que contiene información sobre ¿qué es la actividad física? ¿qué es el ejercicio? ¿qué relación tiene la actividad física con la DM?

- *Tabla de diferentes actividades físicas y sus beneficios:* Material que contiene información sobre diferentes actividades físicas recomendadas por expertos en Diabetes para sus pacientes y los beneficios que éstos tendrán en los mismos.
- *Tabla de Agrado y Dominio de Actividades:* Tabla en la que los participantes seleccionarán actividades físicas de su agrado y evaluarán el nivel de dominio que consideran tienen para cada una de ellas.
- *Tabla de Jerarquía de Actividades:* A partir de los resultados obtenidos en la tabla anterior se pretende que los participantes evalúen qué actividad sería mejor para ellos.
- *Registro de Adherencia Actividad 1:* contiene una tabla donde se registra el tipo de actividad realizado durante cada uno de los días, así como el tiempo que desarrolló cada actividad. De igual manera, contendrá una gráfica en la que se registrará cada una de las mismas.

Fase 2

Diseño de la Intervención

Durante la segunda fase, se diseñó la intervención multicomponente a aplicar en ambas etapas. El diseño se realizó acorde con lo planteado por Melchy (2015) y Suárez (2017).

Las sesiones se realizaron de manera grupal ya que en investigaciones anteriores se han encontrado beneficios en esta forma de intervención. Ballester (2003) menciona que algunas ventajas de las intervenciones grupales son la comunicación entre los participantes, la cohesión de los grupos y la posibilidad de crear alternativas de solución ante problemáticas similares.

Gestión y Aplicación de la Intervención.

Paso 1

Gestión y Difusión del Curso-Taller:

Se consensuó con el personal responsable del hospital el espacio y los horarios para la realización de los talleres.

Una vez que se tuvieron los espacios acordados, se diseñó el material gráfico de promoción del presente proyecto (ANEXO 2) y se difundió entre los pacientes que acudan a consulta externa del servicio de Medicina Interna, Nutrición y Endocrinología por medio de Flyers También se difundió por medio de redes sociales.

Debido al poco apoyo por parte del hospital para la difusión del taller, se recibió en el taller a todos los pacientes que se mostraron interesados independientemente de los criterios de inclusión y exclusión. Los anteriores criterios solo fueron considerados durante la fase de análisis de los resultados.

Posteriormente, se contactó a los participantes vía telefónica, explicando el objetivo del proyecto y haciendo hincapié en los beneficios que ellos recibirán por parte del mismo. Una vez confirmada la participación, se citó a los participantes en el lugar acordado, se informó que a la cita será necesario presentar los últimos estudios de laboratorios realizados.

Paso 2:

Aplicación de la Intervención

Pretest

En la sesión de Pretest, primero se tomaron las medidas antropométricas y se recibieron las medidas fisiológicas; sin embargo, no todos los participantes llevaron los estudios de laboratorio por lo que se solicitaron para la siguiente sesión.

Para finalizar, se les proporcionó el manual psicoeducativo y se instruyó en el llenado de registros que se encuentran en el mismo. A los pacientes que aceptaron participar se les pidió que firmaran un consentimiento informado y una carta compromiso de asistencia al taller.

Intervención

La intervención se desarrolló como lo propusieron Melchy (2015) y Suárez (2017) en formato de talleres pero se propuso iniciar con la Fase 1 “Psicoeducación en Diabetes y Alimentación” que consta de tres sesión; Fase 2 “Actividad Física” compuesta de dos sesiones, en las cuales se aplicó un programa basado en técnicas cognitivo conductuales como psicoeducación, autocontrol, manejo de contingencias y solución de problemas, principalmente.

El orden general de las actividades durante las sesiones se estructuró de la siguiente manera:

- *Toma de mediciones:* conforme llegaban los participantes se tomaban las medidas de cada uno (medidas de presión arterial, peso, talla y glucosa), en conjunto con un colaborador, los datos se anotaban en una hoja de registro; mientras que el participante lo hizo en el manual asignado.
- *Revisión de tareas:* después de realizar las medidas, se procedía a comentar las tareas desarrolladas, se solicitaban los registros y se aclaraban dudas, en caso necesario.
- *Actividades:* en cada sesión se programaban actividades diferentes de acuerdo a la técnica revisada, principalmente se desarrollaron de manera grupal pero también se hicieron de manera individual.
- *Cierre:* al concluir las actividades se daba un cierre tomando los aspectos revisados, se aclaraban dudas y se pedía una breve redacción en resumen del aprendizaje obtenido.
- *Asignación de tareas:* para finalizar se asignaba la tarea para la siguiente sesión, y se aclaraban dudas de ser necesario, se proporcionaban los materiales para la realización de las mismas

Post-test

En la penúltima sesión del taller se otorgó a los participantes una solicitud de laboratorios, se les dio la indicación de llevar una copia de los últimos estudios de laboratorios realizados en la última sesión.

Fase 3

Seguimiento

Un mes después de terminado el taller, se citó a los participantes del grupo experimental para la toma de medidas de la fase de seguimiento. Una vez tomadas las medidas se preguntó a los participantes sobre las dificultades y diferencias que habían tenido a partir de terminado el proyecto y se realizó una lluvia de ideas para solucionar las problemáticas mencionadas.

Fase 4

Recopilación de los Datos

Una vez terminada la intervención, los datos fisiológicos, antropométricos y conductuales se recopilaron en una base de datos en el programa estadístico IBM-SPSS 21.0. Estos datos se reportaron por participante y se registraron los datos según cada sesión.

Análisis de los datos.

Los datos que se analizaron son los definidos como Variable dependiente:

- *Datos Fisiológicos:* Niveles de Glucosa, Presión Arterial, Triglicéridos y Colesterol.
- *Antropométricos:* Peso; Índice de Masa Corporal y Circunferencia de la Cintura.
- *Conductuales:* Nivel de frecuencia, duración e intensidad de la conducta.

Acorde con el objetivo se realizó un análisis intrajueces, en el que se aplicó la prueba F de Friedman, debido al carácter no paramétrico de los mismos datos. Aunado a este análisis se aplicó otra prueba estadística para evaluar el tamaño del efecto de la intervención en los datos.

Resultados

La Tabla 4 muestra las medias de las variables fisiológicas y antropométricas. En esta se observa que existió un incremento en los valores de seguimiento en variables como *Tensión Arterial Diastólica* e *Índice de Masa Corporal* y una disminución de valores de seguimiento en variables como *Peso*, *Circunferencia de Cintura*, *Glucosa PostPrandial*, *Tensión Arterial Sistólica* y *Hemoglobina Glucosilada*.

Existe un contraste significativo en las medidas Pre y de Seguimiento de la variable de *Peso* (sig.= .038, $p > 0.05$). Aunque no se vieron diferencias significativas en las demás variables se evaluó el tamaño del efecto. Identificando un tamaño del efecto *Alto* en variables como *Circunferencia de Cintura*, *Peso*, *Índice de Masa Corporal* y *Hemoglobina Glucosilada*; un tamaño del efecto *Medio* en *Glucosa PostPrandial* y *Tensión Arterial Sistólica* y un tamaño del efecto *Bajo* en *Tensión Arterial Diastólica*.

Tabla 5.
Prueba *f* de Friedman en las variables fisiológicas y antropométricas.

Variable		Núm. (N=4)	M	F de Friedman				V
				DE	Chi cuadrada	gl	Sig. ^a	
Peso	Pre	4	86.25	16.42	6.533	2	.038	.95
	Post		84.225	16.03				
	Seg		85.025	16.32				
CC	Pre	4	108	14.51	4.133	2	.127	.85
	Post		105	16.63				
	Seg		103.75	14.63				
GPP	Pre	4	172.75	25.09	2.000	2	.368	.71
	Post		124.50	31.92				
	Seg		155.50	28.16				
TAS	Pre	4	135.75	23.04	.500	2	.779	.50
	Post		124	4.54				
	Seg		126.25	1.89				
TAD	Pre	4	81.25	5.37	.133	2	.936	.36
	Post		70.75	14.29				
	Seg		85.25	30.18				
IMC	Pre	3	33.88	6.44	2.000	1	.157	.84
	Seg		34.65	7.01				
HbA1c	Pre	3	7.9	1.42	3.000	1	.083	1.00
	Seg		7.4	1.64				

Nota: CC = Circunferencia de cintura; GPP = Glucosa Post Prandial; TAS = Tensión Arterial Sistólica; TAD = Tensión Arterial Diastólica; IMC = Índice de Masa Corporal; HbA1c = Hemoglobina Glucosilada.

A pesar de que no hubo diferencias significativas en el análisis estadístico en algunas de las variables antropométricas, en la Figura 2 puede observarse la disminución de la Hemoglobina Glucosilada por cada uno de los pacientes, puede observarse que en todos los pacientes hubo una disminución de al menos 0.2.

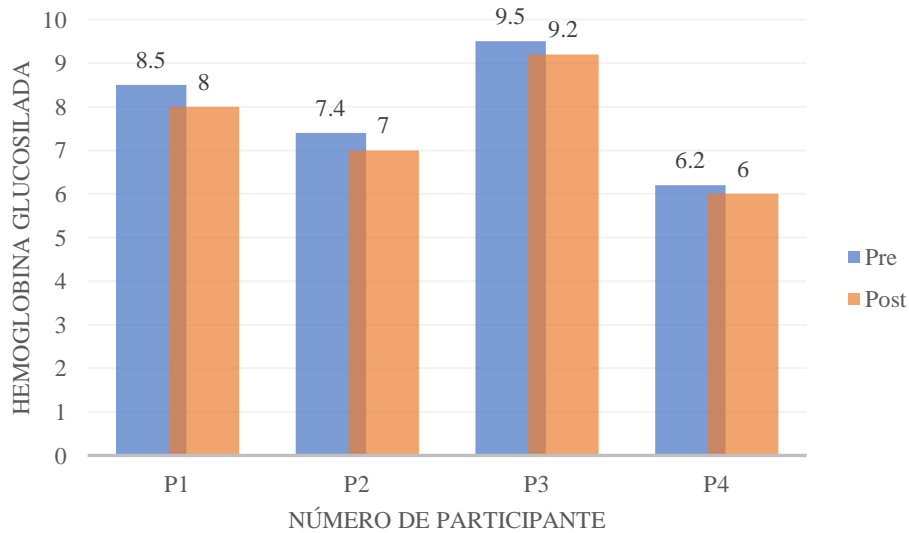


Figura 2. Porcentaje de Hemoglobina Glucosilada por participantes pre y post intervención.

Adicionalmente, cada semana los participantes registraron durante cinco días el tipo de alimento consumido y la cantidad de los mismos de acuerdo a la técnica “el baile de las manos”. El registro se hizo acorde con el grupo de alimentos. Las figuras presentan el porcentaje de los alimentos consumidos por cada participante en el pre-test y post-test, mostrados por grupo alimenticio. Para realizar el cálculo se considero el promedio de la cantidad de alimentados registrados en la primera semana (pre-test) y en la última semana reportada por cada participante (post.test).

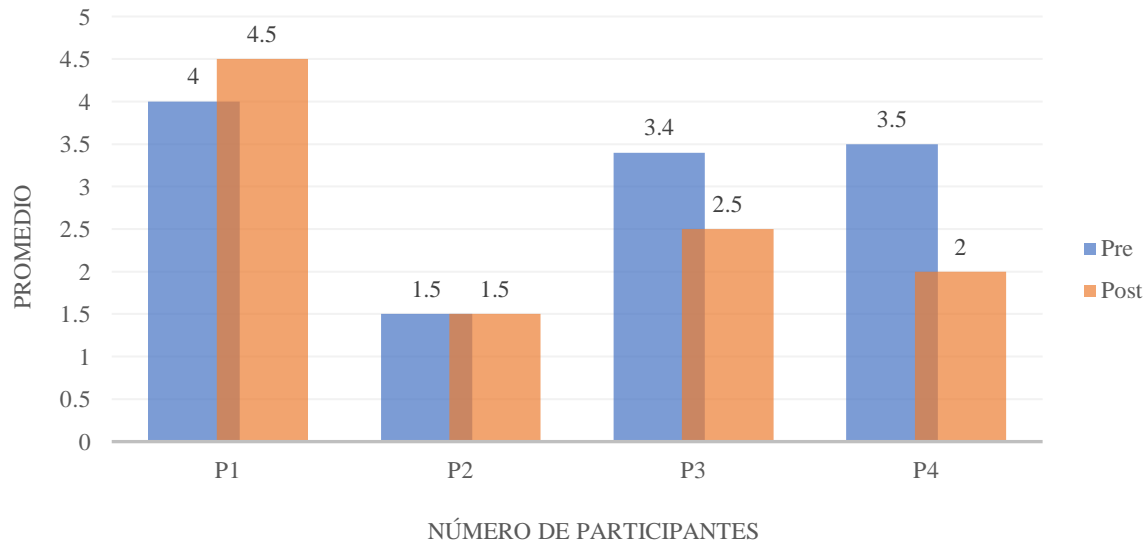


Figura 3. Promedio de consumo de Granos y Cereales por participantes pre y post intervención.

En la Figura 3 se observa el promedio de consumo de Granos y Cereales por participante pre y post intervención. Se observa que el 75% de los participantes se mantuvo o disminuyó su consumo de cereales, mientras que el participante 1 incrementó .5 su consumo.

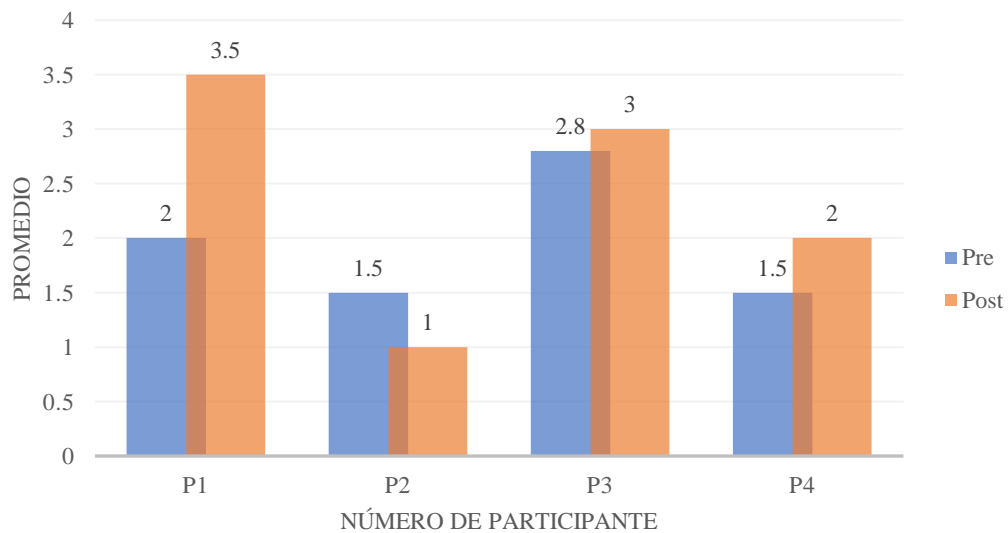


Figura 4. Promedio de consumo de Frutas por participantes pre y post intervención.

En la Figura 4 se observa el promedio de consumo de Frutas por participante pre y post intervención. Se observa que el 75% de los participantes se mantuvo o incrementó su consumo de frutas, mientras que el participante 2 disminuyó .5 su consumo.

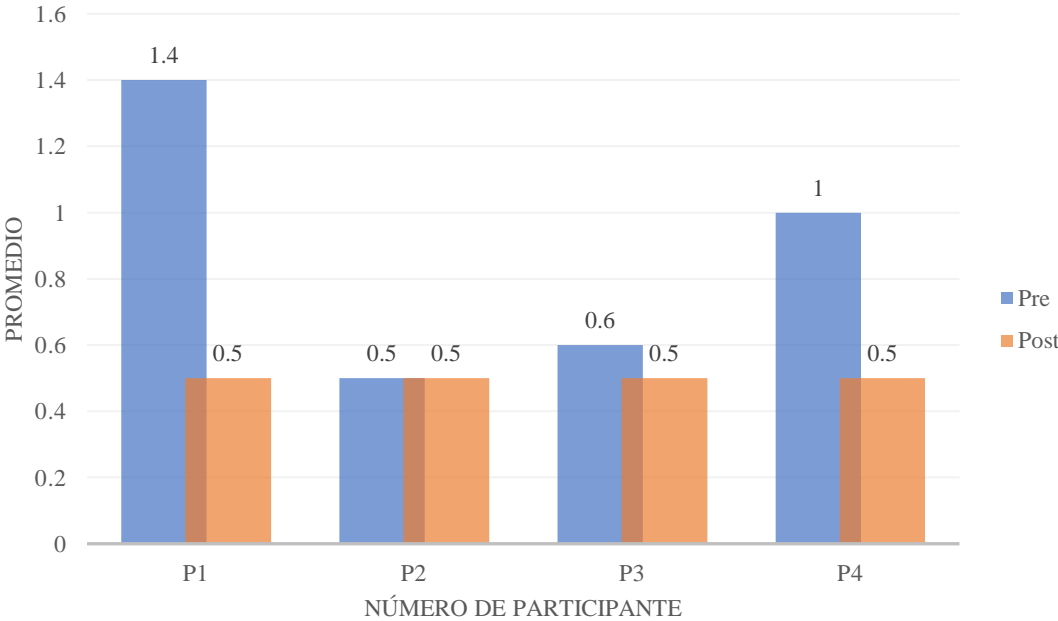


Figura 5. Promedio de consumo de Azúcares por participantes pre y post intervención.

En la Figura 5 se observa el promedio de consumo de Azúcares por participante pre y post intervención. Se observa que todos los participantes se mantuvieron o disminuyeron el consumo de azúcares.

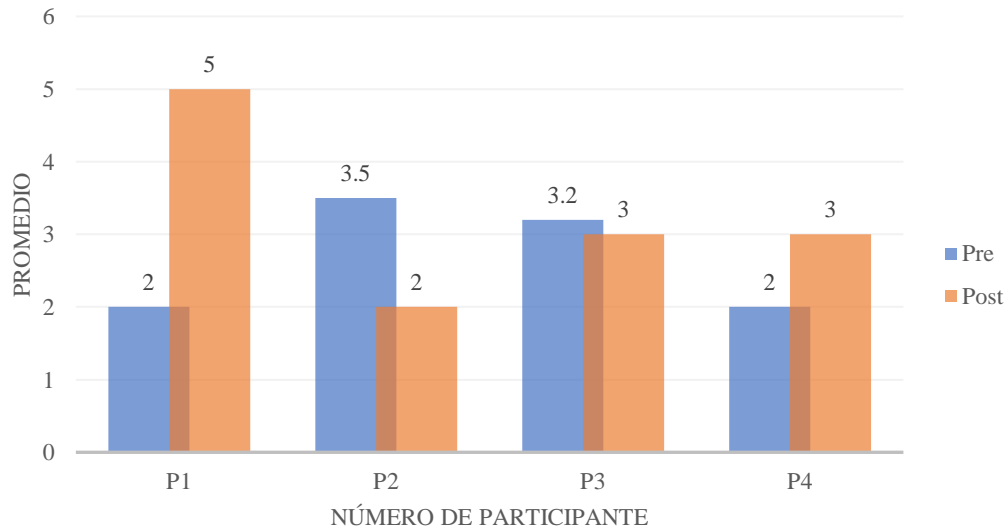


Figura 6. Promedio de consumo de Vegetales por participantes pre y post intervención.

En la Figura 6 se observa el promedio de consumo de Vegetales por participante pre y post intervención. Se observa que la mitad de los participantes incrementaron su consumo; mientras que la otra mitad disminuyeron su consumo.

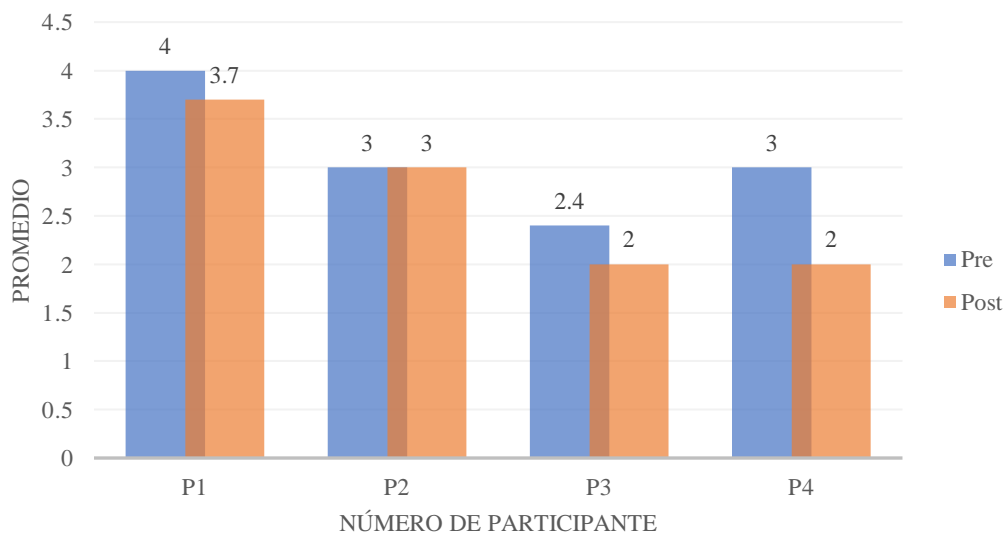


Figura 7. Promedio de consumo de Origen Animal por participantes pre y post intervención.

En la Figura 7 se observa el promedio de consumo de Origen Animal por participante pre y post intervención. Se observa que todos los participantes se mantuvieron o disminuyeron el consumo de origen animal.

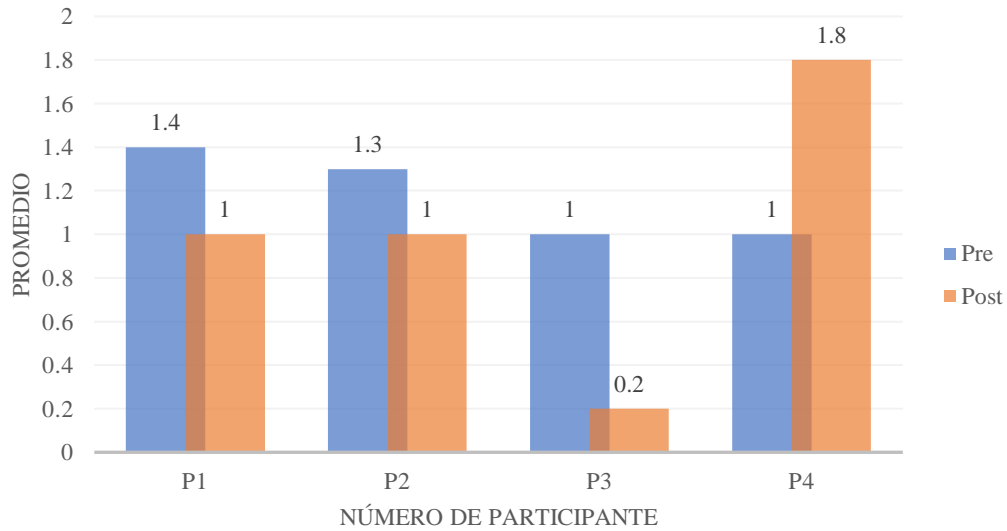


Figura 8. Promedio de consumo de Grasas por participantes pre y post intervención.

En la Figura 8 se observa el promedio de consumo de Grasas por participante pre y post intervención. Se observa que el 75% de los participantes disminuyeron el consumo grasas y solo el participante 4 incrementó casi al doble su consumo de grasas.

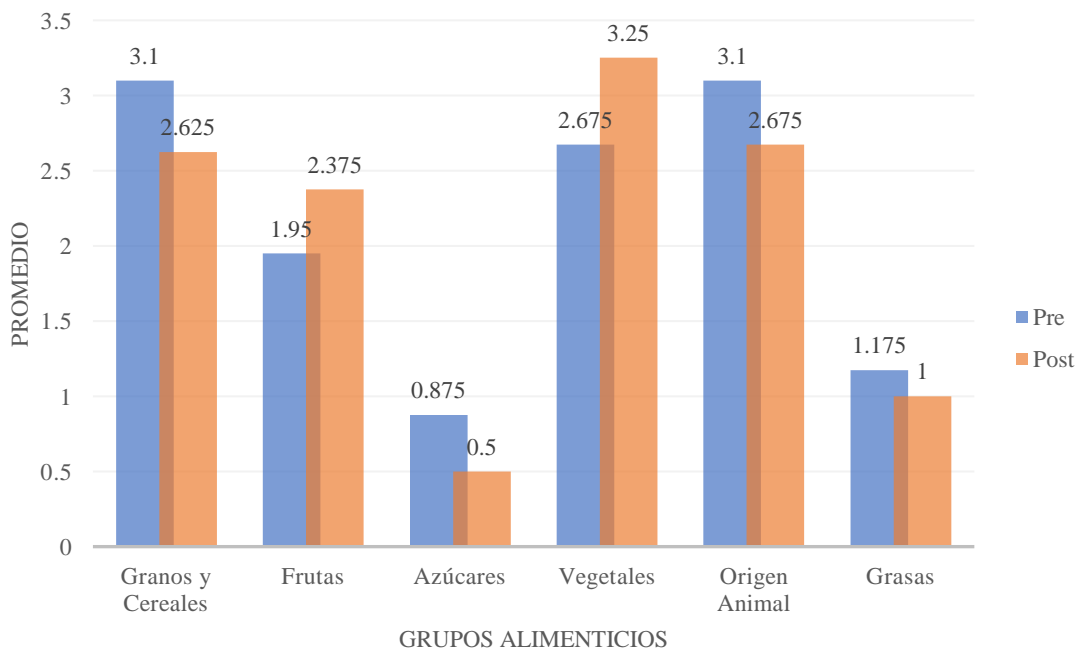


Figura 9. Promedio de consumo de los diferentes grupos alimenticios pre y post intervención.

En la Figura 9 se muestra el promedio de consumo de los diferentes grupos alimenticios pre y post intervención de manera grupal. Se observa que hubo una disminución en grupos como Granos y Cereales, Azúcares, Origen Animal y Grasas; mientras que en variables como Frutas y Vegetales hubo un incremento.

Tabla 6.
Prueba f de Friedman en las variables de los grupos alimenticios.

Variable	F de Friedman				
	Núm. (N=4)	χ^2	GI	Sig. ^a	V
Granos y Cereales	4	.333	1	.564	.54
Frutas	4	1.000	1	.317	.71
Azúcares	4	3.000	1	.083	.93
Vegetales	4	.000	1	1.000	.00
Origen Animal	4	3.000	1	.083	.93
Grasas	4	1.000	1	.317	.71

Se aplicó la prueba estadística f de Friedman para el análisis de los datos de los diferentes grupos alimenticios; sin embargo, no se notaron diferencias significativas en ninguno de los mismos. Por tanto, se aplicó nuevamente la prueba del Tamaño del Efecto, identificando un tamaño del efecto *Alto* en los grupos alimenticios *Azúcares* y *Origen Animal*; tamaño del efecto *Medio* en grupos alimenticios como *Granos y Cereales*, *Frutas* y *Grasas* y un tamaño del efecto *Bajo* en *Vegetales*.

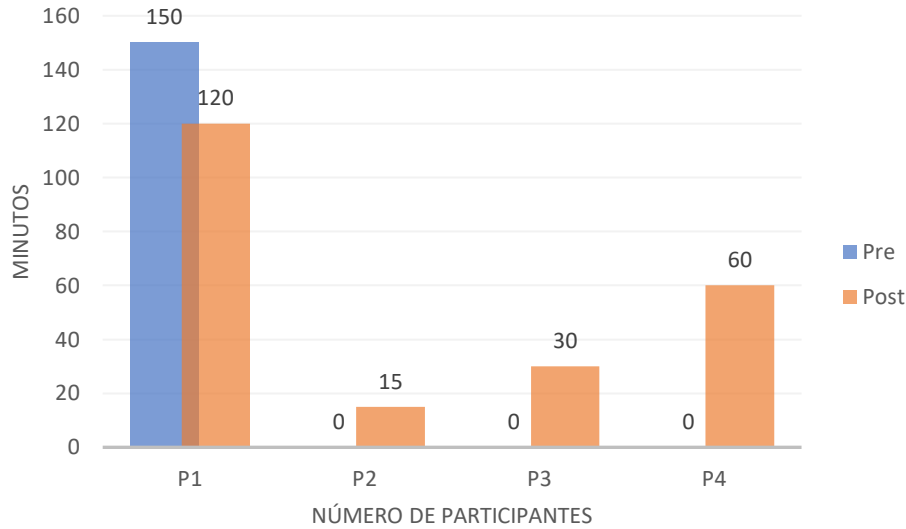


Figura 10. Total de minutos de ejercicio realizado a la semana por participantes.





Con respecto al ejercicio, solo el participante 1 reportó realizar ejercicio en el pre-test, mientras que el 75% de los participantes mencionaron iniciar la actividad física y mantenerla hasta el post-test.

Tabla 7.
Prueba f de Friedman en la variable de Ejercicio

Variable	Núm. (N=4)	M	F de Friedman					
			DE	Chi cuadrada	gl	Sig. ^a	V	
Ejercicio	Pre Post Seg	4	37.5 35 52.5	75 22.9 51.23	4.667	2	.097	.94

Al aplicar una prueba no paramétrica para el análisis de las medias de los registros de ejercicio, no se encuentran diferencias significativas entre el pre, el post y el seguimiento. Sin embargo, al aplicar la prueba del tamaño del efecto se encuentra un tamaño del efecto *Alto* para esta variable.

Tabla 8.
Valores de adherencia a la alimentación, ejercicio y medicamento por participante.

Participantes	Adherencia						Tendencia
	Alimentación		Ejercicio		Medicamento		
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	
P1	7	7	10	6	7	6	
P2	1	8	3	0	10	10	
P3	6	7	4	8	8	10	
P4	5	7	7	8	9	10	

En la Tabla 8 se presentan los promedios de la escala de adherencia autoreportada por cada uno de los participantes. La escala se puntuó del 0 al 10, en rangos de 2 donde las puntuaciones de 0-2 significaron “muy baja”; de 2-4 “adherencia baja”, de 4-6 “adherencia regular”, de 6-8 “buena adherencia” y de 8-10 “excelente adherencia”. Esta escala se reportó en el pre-test y el post-test del estudio.

Se observa que el participante 2 reportó niveles bajos para la adherencia a la alimentación y el ejercicio; los participantes 3 y 4 una adherencia regular para alimentación y ejercicio; y el participante 1 una adherencia buena para alimentación, ejercicio. Los participantes 1, 2, 3 y 4 indican una adherencia de buena a excelente para la toma de su medicamento.

Tabla 9.
Prueba f de Friedman en las variables de percepción de adherencia.

Variable	F de Friedman				
	Núm. (N=4)	χ^2	gl	Sig. ^a	V
Alimentación	4	3.000	1	.083	.93
Ejercicio	4	.000	1	1.000	.00
Medicamentos	4	.333	1	.564	.54

Al aplicar una prueba no paramétrica para el análisis de las puntuaciones de percepción de adherencia, no se encuentran diferencias significativas entre el pre, el post y el seguimiento. Sin embargo, al aplicar la prueba del tamaño del efecto se encuentra un tamaño del efecto *Alto* en adherencia percibida a la alimentación; *Media* en adherencia percibida a los medicamentos y *Baja / Nula* en adherencia percibida al ejercicio.

Discusión y Conclusiones

El presente trabajo tuvo por objetivo evaluar los efectos de un programa multicomponente cognitivo conductual para favorecer conducta de adherencia al tratamiento no farmacológico, específicamente a la dieta y ejercicio físico en pacientes con DM2 mediante una adaptación y seguimiento del taller “Toma el control de tu diabetes ¡Ya!” (Suárez, 2017).

El taller se compuso de tres técnicas principales: psicoeducación, autocontrol y solución de problemas, las cuales son la principal propuesta dentro de algunos de los estudios para la modificación del estilo de vida, adquisición de conductas saludables y la adherencia al tratamiento (Rodríguez, Rentería y García, 2013; DPP, Research Core, 2002).

A lo largo de la intervención, los participantes se mostraron cooperadores en la mayor parte del proceso de investigación, atentos a la explicación e interesados en el desarrollo de las actividades.

Uno de los principales contratiempos fue la asignación de aula en el área de enseñanza del hospital, en ocasiones era necesario cambiar el aula de una sesión a otra, sin previo aviso para los participantes.

El diseño fue de tipo preexperimental pre-test post-test con un seguimiento a un mes, de los seis participantes que iniciaron la intervención solo 4 se presentaron a la sesión post -test y solo tres de ellos presentaron todos los estudios necesarios. Se realizaron mediciones de parámetros fisiológicos, antropométricos, comportamentales y una breve escala de adherencia percibida acorde con lo descrito con Melchy (2015) y Suárez (2017).

Los resultados evidenciaron pocas diferencias estadísticas en los tres momentos de la evaluación, principalmente en variables como Peso, Circunferencia de cintura y Glucosa post pandrial, siendo más evidentes las modificaciones entre pre – post de la variable peso (-2.03), glucosa post pandrial (-

48.25), tensión arterial sistémica (-11.75) y diastólica (-10.5), aunque si se mantuvo una disminución entre el pre y el seguimiento para las mismas variables.

A pesar de que al realizar las comparaciones por pares se encontraron diferencias en las tres mediciones, es importante destacar que la mayor diferencia se encontró entre el pre – test y el seguimiento. Lo anterior, se resalta como un avance en la intervención ya que, se considera, que al finalizar el protocolo los pacientes cuentan con diferentes estrategias tanto cognitivas como conductuales que pueden ser empleadas ante obstáculos posteriores y que facilitan la resolución de conflictos futuros.

Lo anterior puede explicarse según lo mencionado por el Grupo de Investigación del Programa de Prevención de Diabetes (2002) donde mencionan que el acompañamiento del paciente propicia la adherencia y el mantenimiento de las modificaciones conductuales. Durante el seguimiento, disminuye la supervisión la conducta lo que dificulta en los participantes el mantenimiento de los cambios a nivel conductual. Por tanto, resulta indispensable seguir trabajando en el proceso de seguimiento y supervisión controlada por una red de entrenamiento, retroalimentación y soporte clínico de los participantes (DPP, Research Core, 2002).

En la variable de *Circunferencia de Cintura* se continuó la disminución durante el seguimiento, siendo un cambio de 4.25 puntos entre el pre – test y el seguimiento, se argumenta que las recomendaciones e información brindada a los participantes durante la etapa de psicoeducación propicio cambios en hábitos de los sujetos.

A pesar del incremento en la media de la variable *Peso* durante el seguimiento (85.02kg) en comparación con el post-test (84.22kg), es importante mencionar que hubo una disminución en el nivel máximo de la misma, lo que quiere decir que incluso aunque la media de esta variable incrementó, todos los participantes disminuyeron su peso en el seguimiento.

La disminución de Peso no se vio reflejada en el IMC, el cual aumentó al seguimiento un 0.87, lo anterior pudo deberse a que, aunque la mayoría de los participantes disminuyeron su peso del pre – test al seguimiento, hubo algunos que incrementaron su peso, lo anterior se ve reflejado en el incremento de la DE de la variable de IMC.

La ADA (2015: 2017) menciona que una reducción en el peso de los pacientes favorece el control metabólico, esta reducción debe ser constante y paulatina aunque debe mantenerse a lo largo del tiempo; por otro lado, la disminución del peso aunada al ejercicio físico mejora la tolerancia a la glucosa y la sensibilidad de todo el cuerpo (Touati, et. al., 2011).

En la presente investigación, aunque la reducción del peso fue mínima y no hubo una disminución en el IMC, se resalta la pequeña disminución del .5 (7.9 → 7.4) en la HbA1c con una DE de 1.64, lo que significa que algunos de los participantes se encuentran dentro de los límites normales de hemoglobina glucosilada. Por otro lado, en los índices de glucosa post pandrial hubo una disminución de 17.25 mg/dL, lo que resalta como una disminución clínica considerable en todos los participantes a pesar de no existir una diferencia significativa.

Según las recomendaciones de Suárez (2017) se utilizó una sesión específica para realizar el post – test; sin embargo, debido al tipo de población del Hospital Juárez de México se volvió complicado que todos los participantes pudieran asistir por cuestiones económicas. Por tanto, se recomienda que en futuras intervenciones se incremente el número de sesiones y, a su vez, se realice una evaluación continua con los participantes; así como, buscar alternativas de apoyo dentro del HJM que posibiliten el financiamiento de los estudios de los participantes.

En los resultados conductuales, se logró reducir en el promedio de consumo de los grupos alimenticios Granos y Cereales, Azúcares, Origen Animal

y Grasas, siendo el consumo de Azúcares y de Origen Animal el que mostró una disminución estadísticamente significativa.

Acorde con lo mencionado por la ADA (2015: 2017) una alimentación equilibrada es de suma importancia en los pacientes con diabetes, siendo la disminución de Grasas, Azúcares y Granos y Cereales esenciales para un mejor control de los índices glucémicos y el incremento en Frutas y Vegetales que favorezcan la absorción de nutrientes y la metabolización de los mismos, aunque no hubo un incremento estadístico significativo en estos grupos alimenticios, si hubo un tamaño del efecto medio en el consumo de Frutas y un tamaño del efecto bajo en el consumo de Vegetales.

Con el objetivo de incrementar el consumo de estos grupos alimenticios y la selección apropiada de frutas y verduras que faciliten el control glicémico, se recomienda hacer énfasis en futuras intervenciones en esta temática, buscando alternativas adicionales como el compartir recetas y hacer un “día de campo”.

A pesar de que no se logró alcanzar la meta de 150 minutos semanales, se observaron diferencias clínicas en el tiempo de ejercicio realizado por los participantes entre el pre – test y el post – test; por lo que, si hubo una mejora en la actividad física de los participantes lo que, aunado a la alimentación, propició una mejora en los niveles glucémicos de los participantes.

Dependiendo de la motivación que cada uno de los participantes tenía se observaron diferencias en las medidas antropométricas, principalmente de peso y circunferencia de cintura, conductuales, consumo de los diferentes grupos alimenticios y fisiológicos, Hb1Ac, glucosa post prandial, TAS/TAD. Como lo menciona Gravina y cols. (2015), la motivación es uno de los elementos más importantes dentro de las intervenciones de modificación conductual de los pacientes con diabetes y con obesidad.

Por tanto, se propone que para futuras intervenciones se le dé un peso más importante al elemento de motivación enfocado de manera diferente, acorde con la propuesta de Gravina y cols. (2015) y Grave y cols. (2015) realizando una

entrevista motivacional que propicie la visualización de objetivos a corto, mediano y largo plazo en los pacientes y que, a su vez, favorezca la identificación de fortalezas y debilidades de los mismos.

Según la escala de adherencia autoreportada todos los participantes percibieron un incremento en la adherencia en dieta y medicamento y solo dos participantes percibieron una disminución en la adherencia al ejercicio. Lo anterior, nos indica que aún hay mucho trabajo que realizar en el área de adherencia al ejercicio, identificando las variables obstáculo que dificultan que los pacientes con diabetes realicen ejercicio.

Una de las principales ventajas del estudio fue el desarrollo de habilidades de automonitoreo en los pacientes, ya que ellos mismos podían monitorear su carga calórica, pérdida de peso y actividad física (DPP Research Group, 2002).

Como lo mencionan muchos estudios (DPP Research Group, 2002; Cooper et. al. 2010; Painot, et. al., 2001; Gravina, et. al. 2015) el brindar la información a los pacientes sobre el tipo de alimentación, el tipo de ejercicio y las consecuencias a corto - largo plazo que implica la poca o nula adherencia al tratamiento determinan en gran medida el seguimiento de las indicaciones; así como el grado de motivación y autoregulación de su comportamiento.

Es posible que las diferencias encontradas durante el protocolo puedan deberse a la variable independiente, el cual favoreció la adherencia al ejercicio y la dieta. Sin embargo, también hubo limitaciones que pudieron influir en los resultados:

- El tratamiento médico que seguían los participantes no se consideró como una variable dentro de los análisis, así como los ajustes realizados por los médicos durante el protocolo.
- La ausencia de un grupo control disminuye la confiabilidad de los resultados, el haber tenido un grupo control hubiera apoyado a la comparación de resultados y mostraría un efecto más contundente de los avances con el grupo experimental.

- Al ser una muestra intencional voluntaria dentro del HJM, era una muestra pequeña que limita en gran medida la potencia estadística de los resultados.
- Realizar registros más sencillos que faciliten que los participantes los llenen con mayor regularidad.

Es importante darles un énfasis a las comorbilidades psicológicas asociadas a los pacientes con diabetes y obesidad, principalmente durante el monitoreo con el objetivo de disminuir la probabilidad de recaídas y favorecer el mantenimiento (Gravina, et. al., 2015).

Otro de los objetivos alcanzados con este protocolo es la elaboración del manual psicoeducativo para fines de la intervención, el cual incluía actividades acordes con las diferentes estrategias psicoeducativas y habilidades cognitivo – conductuales para la adherencia a la dieta y al ejercicio, actividades que los participantes pudieran desempeñar de forma activa con el objetivo de ser autodidactas.

Finalmente, se concluye que a pesar de las limitaciones de este estudio responde favorablemente a la pregunta de investigación planteada.

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL.

Modelo Biopsicosocial

El modelo biopsicosocial propuesto por Engel (1977) propone estudiar al ser humano como una unidad **biológica, psicológica** con una mente y con la capacidad de sentir, percibir y pensar, e inmerso en un contexto **social**.

Bajo este modelo se pretende dar atención no solo a la parte orgánica del ser humano sino la parte psicológica, los “malestares” reconocidos por los individuos ante los procesos de salud-enfermedad. Estos malestares se integran no solo del aspecto físico del paciente sino de las creencias, pensamientos y sentimientos que tienen con respecto a su enfermedad, así como su opinión acerca de sus tratamientos (Engel, 1977).

Después de la Segunda Guerra Mundial, el interés por el aspecto psicológico del individuo se incrementó notablemente, debido a que los trastornos psicológicos derivados por la guerra, las modificaciones conductuales de los cambios de roles y la nueva estructura social implicaban un reto para las corrientes psicológicas contemporáneas, las cuales presentaban un notable déficit ante las problemáticas sociales del momento histórico.

Acorde con la modificación histórica, las nuevas condiciones sociales y de salubridad provocaron una **transición epidemiológica**, explicada por Omran (1971) como un cambio de los patrones de salud-enfermedad, sus determinantes y una relación transaccional entre las consecuencias demográficas, económicas y sociológicas de las mismas.

Durante la transición hubo un desplazamiento de las enfermedades infecciosas por las enfermedades crónico degenerativas como la diabetes, hipertensión o el cáncer, las cuales se convirtieron en las enfermedades causas de mortalidad (OMS, 2016).

Los antecedentes anteriores, fueron los puntos históricos más relevantes que incubaron y propiciaron el incremento del interés del estudio del comportamiento y la psicología en los procesos de salud-enfermedad.

La transición epidemiológica y el modelo biopsicosocial hacen notar que las enfermedades con mayor índice de mortalidad están estrechamente relacionadas con el estilo de vida, es decir, con la forma en la que las personas se comportan.

Por lo tanto, una forma de dar respuesta a esta problemática es empleando técnicas conductuales que permitan el cambio en la conducta de las personas que favorezcan estilos de vida saludables, no sedentarios que conduzca nuevamente al estado de salud.

El trabajo de un psicólogo dentro del campo de la salud, en específico un psicólogo especializado en el análisis experimental de la conducta, que permita un detallado análisis de las situaciones, así como una implementación de técnicas que promuevan cambios cognitivos y conductuales en los pacientes.

Nacimiento de la Medicina Conductual

Dentro del campo de la psicología existen diversos abordajes, desde los enfoques hasta los campos de investigación y aplicación. El presente trabajo se centra en el quehacer del psicólogo en el campo de la salud, principalmente en el contexto hospitalario.

La *psicología de la salud* es definida por Matarazzo (1982) como la disciplina dentro de la psicología que se encarga de la prevención, promoción, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades; así como la relación etiología-enfermedad, su relación disfuncional, análisis y mejoramiento de los sistemas de salud, para la formación de políticas de salud” (p. 22).

Sin embargo, no fue hasta la creación de la *American Psychology Association* (APA) en que inició un creciente interés por identificar los componentes psicológicos que interceden en el proceso de salud-enfermedad. A partir de entonces se dio un reciente desarrollo interdisciplinario entre la medicina

y la psicología que dio lugar al desarrollo de la salud comportamental (Matarazzo, 1982).

Birk (1973) fue el primero en dar nombre a la Medicina Conductual, entendida como un campo de trabajo dentro del área de psicología de la salud, cuya característica principal es la implementación de técnicas conductuales para resolver problemáticas relacionadas con la salud. Posteriormente, y ligado a lo anterior, en la “Conferencia sobre Medicina Conductual” que organizó la Universidad de Yale, Schwartz y Weiss (1978) definieron a la Medicina Conductual como: “el campo interdisciplinario que está relacionado con el desarrollo e integración del conocimiento de las ciencias biomédicas y conductuales, a la aplicación clínica de principios, técnicas y procedimientos de la terapia conductual, en la evaluación, tratamiento, rehabilitación y prevención de desórdenes físicos, así como la validación de estos en programas de salud”.

Pomerlau y Brady (1979) mencionan que algunas características básicas de la medicina conductual son: el uso de técnicas clínicas surgidas del análisis experimental de la conducta que se enmarca en la Terapia y Modificación de la Conducta y una tendencia a la investigación, teniendo como soporte metodológico, el análisis funcional de las conductas asociadas a las enfermedades y desórdenes médicos.

El desarrollo de la Medicina Conductual en México inicia a principios de 60's con expertos como Víctor Alcaráz, Emilio Ribes y Serafín Mercado quienes marcaron los inicios del análisis de la conducta en México e impulsaron la psicología científica basada en el análisis experimental de la conducta (Rodríguez y Jaén, 2004).

En 1975, se celebró en la Ciudad de México, el Tercer Congreso Latinoamericano de Análisis de la Conducta. Lo anterior favoreció e impulsó la incursión de analistas conductuales en diferentes escenarios del ámbito de la salud.

Según Rodríguez y Jaén (2004) la Medicina Conductual en México se ha caracterizado por reunir científicos de diferentes campos de conocimiento.

En 1981 se dio el Primer Simposio Internacional sobre Medicina Conductual en México, organizado por Seligson y con sede en la entonces Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, que contó con la participación de Pomerleau, Reedf y Stumphauzer.

En el año 2001, se funda la Sociedad Mexicana de Medicina Conductual y en 2003 se organiza el primer Coloquio de Medicina Conductual en la Facultad de Psicología. En 2005, se organiza la Primera Reunión Latinoamericana y del Caribe de Medicina Conductual en la Ciudad de México junto con la Sociedad Internacional de Medicina Conductual (Rodríguez y Jaén, 2004).

Arroyo et al. (2013) indican que la medicina conductual es un campo interdisciplinario de investigación y de práctica clínica que se enfoca en las interacciones entre el ambiente físico y social, la cognición, conductual y biológica en la salud y en la enfermedad, supone entonces un abordaje integral del paciente partiendo de la evidencia empírica que revela que la conducta puede generar enfermedades, así como que las enfermedades modifican el comportamiento.

Reynoso (2014) define a la Medicina Conductual como el “campo interdisciplinario de las ciencias conductual y biomédica que se ha desarrollado para entender la salud-enfermedad y aplicar los conocimientos y técnicas derivados del mismo en los distintos niveles de prevención” (p.15).

La Maestría en Psicología con residencia en Medicina Conductual inicio formalmente en 1999 (Reynoso, 2014). Al principio se encontraba en conjunto con la Facultad de Psicología; sin embargo, en 2013 se separaron estableciendo objetivos diferentes para la formación de los alumnos.

Programa de Maestría en Psicología con Residencia en Medicina Conductual de la UNAM

La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM, Posgrado en Psicología, 2016a) cuenta con un programa de Maestría en psicología, que tiene como objetivos:

- a.** Desarrollar competencias en los alumnos para el ejercicio profesional de la psicología de alta calidad en diferentes campos (salud, educación, ámbitos sociales).
- b.** Desarrollar habilidades de investigación aplicada sobre diferentes problemáticas sociales en diferentes áreas.
- c.** Fomentar y favorecer una actitud ética de servicio acorde con las necesidades sociales.

Al ser un posgrado de exigencia académica y dedicación de tiempo completo es altamente profesionalizante e implica la adquisición de habilidades teórico-prácticas para el ejercicio de la actividad profesional; así mismo, pretende el desarrollo de habilidades de investigación (UNAM, Posgrado en Psicología, 2016b).

Acorde con la necesidad social en materia de salud, el Programa de Maestría en Psicología pretende dar respuesta con el programa de Psicología aplicada a la Salud formando profesionales capaces de:

- a.** Desarrollar investigación dirigida a la evaluación, prevención e intervención de proceso de salud-enfermedad.
- b.** Diseñar intervenciones basadas en evidencia para promover y mantener la salud.
- c.** Solventar la rehabilitación de los aspectos comportamentales, cognitivos, emocionales e instrumentales de las afecciones físicas y psicológicas.

Características de la residencia en medicina conductual.

El programa de Psicología aplicada a la Salud cuenta con diferentes residencias entre ellas Medicina Conductual, Psicología de las Adicciones, Neuropsicología Clínica, Terapia Familiar, Psicoterapia Infantil, Psicoterapia para el Adolescente y Trastornos del Dormir (UNAM, Posgrado en Psicología, 2016b).

En específico, la Residencia en Medicina Conductual tiene por objetivo “Desarrollar en el alumno las capacidades requeridas para el ejercicio psicológico profesional especializado en salud, desde una perspectiva multidisciplinaria. Los egresados deberán contar con los conocimientos y competencia necesarios para prevenir y solucionar problemas prioritarios mediante la aplicación de las técnicas, métodos y procedimientos idóneos que sustentan el quehacer disciplinario, tanto a nivel individual como grupal, integrado de manera equilibrada en sus diferentes actividades, objetivos de docencia, servicio e investigación” (UNAM, Posgrado en Psicología, 2016c).

Acorde con la página de posgrado, el médico conductual trabaja bajo un enfoque cognitivo conductual; por tanto, parte de la base de que la conducta puede causar enfermedades y a su vez, las enfermedades pueden modificar la conducta (UNAM, Posgrado en Psicología, 2016c).

El Programa de Maestría con Residencia en Medicina Conductual cuenta con dos sedes participantes: la Facultad de Psicología y la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, aunque ambas comparten características como materias del tronco común y tienen una duración de cuatro semestres, cada una de ellas tienen lineamientos específicos matizados por los coordinadores de las sedes (UNAM, Posgrado en Psicología, 2016c).

El programa de residencia con sede en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FES-I) tiene por objetivos (UNAM, FES-I, 2018a, p. 2):

- a.** Desarrollar programas de intervención en pacientes con enfermedad crónica a nivel individual.

- b. Desarrollar estrategias de intervención que ayuden a resolver problemas psicológicos de los pacientes, generados por su problema orgánico.
- c. Ofrecer alternativas educativas de cambio de estilo de vida para prevenir problemas y/o complicaciones médicas.
- d. Favorecer en los pacientes la adhesión a la terapéutica médica.
- e. Entrenará a los pacientes en técnicas de manejo de problemas tales como ansiedad, depresión, estrés, habilidades de afrontamiento inadecuadas, entre otras.

Para alcanzar dichos objetivos la estructura de la residencia se basa en dos pilares fundamentales: la formación **teórico-metodológica** y la **supervisión** (UNAM, FES-I, Medicina Conductual, 2018b).

Según la página de la residencia, la supervisión es entendida como una interacción de aprendizaje entre el supervisor y los supervisados, en donde se realizan tareas de planeación, dirección y evaluación de la práctica asistencial a través de entrenamiento en funciones clínicas profesionales.

Existen dos tipos de supervisión dentro de la residencia: la **supervisión in situ** y la **supervisión académica**.

El **supervisor in situ** corresponde a un profesional de la salud mental (psiquiatra o psicólogo) especialista dentro de la institución hospitalaria de rotación, sus funciones corresponden no solo al ámbito administrativo sino la coordinación de evaluaciones e intervención de los pacientes dentro del ámbito hospitalario.

Por otro lado, la **supervisión académica**, tiene un propósito triple:

1. Proporcionar al residente estrategias y habilidades teórico-prácticas que favorezcan su desempeño en el ámbito hospitalario.
2. Favorecer el diseño e implementación de un protocolo de investigación a nivel intervención.
3. Fomentar la realización de actividades encaminadas a la elaboración del Reporte de Experiencia Profesional.

Con apoyo de la supervisión académica y la experiencia en el contexto hospitalario se espera que el residente en Medicina Conductual desarrolle las siguientes destrezas (UNAM, FES-I, 2018a):

- a. Habilidades de trabajo en un equipo multidisciplinario en escenarios hospitalarios.
- b. Habilidades de entrevista clínica en pacientes con enfermedad crónica y sus familiares.
- c. Habilidades para la evaluación conductual o el diagnóstico en pacientes con enfermedad crónica.
- d. Habilidades de elaboración, aplicación y evaluación de intervenciones para prevenir, tratar o rehabilitar pacientes con enfermedad crónica.
- e. Práctica de intervenciones que favorezcan la adhesión a la terapéutica médica.
- f. Práctica del manejo de técnicas cognitivo-conductuales a fin de disminuir niveles de estrés, ansiedad y depresión en los pacientes con enfermedad crónica.
- g. Habilidades para evaluar los efectos de las intervenciones instrumentadas.

Se pretende que las habilidades anteriores sean puestas en práctica en la sede hospitalaria del residente y, en conjunto con supervisor in situ y los supervisores académicos, se apliquen las destrezas adquiridas tanto teóricas como prácticas.

El Programa de Maestría en Psicología Residencia en Medicina Conductual sede FES Iztacala cuenta con dos sedes hospitalarias: el Hospital General de Atizapán y el Hospital Juárez de México.

Características de la sede Hospital Juárez de México

Historia del Hospital Juárez de México

La historia del Hospital Juárez de México (HJM) inicia durante la invasión norteamericana en el año de 1847, cuando el Ayuntamiento de la Ciudad integró una comisión especial encabezada por José Urbano Fonseca, quien en ese momento fungía como regidor de los hospitales, con el fin de establecer Hospitales de Sangre para brindar ayuda a los heridos en batalla. Para que lo anterior fuese llevado a cabo, el 16 de agosto de 1847, el General Manuel María Lombarda giró oficio a Don José Urbano Fonseca para que dispusiera del edificio de los Agustinos de San Pablo en el centro de la Ciudad de México. Sin embargo, no es hasta el día 23 de agosto de 1847 que se considera su fundación cuando el hospital recibió a los primeros heridos de la batalla de Lomas Padierna (Secretaría de Salud Pública, 2014).

Tras la muerte del presidente Pablo Benito Juárez García en el año de 1872, se propuso cambiar el nombre del Hospital como un homenaje para el mismo, por lo que, a partir del 19 de julio de 1872 lleva el nombre de Hospital Juárez. Pero es hasta el año de 1877 que comienza a fungir como hospital escuela que forma a las nuevas generaciones de médicos siendo el Dr. Francisco Ortega, director de la Escuela de Medicina, quien lo solicitara en un primer momento (Secretaría de Salud Pública, 2014).

En el año de 1970, se inaugura la torre de hospitalización que en ese momento contaba con 40 camas para hombres y 20 para muchas. Tras el sismo del 19 de septiembre de 1985, la torre de hospitalización del Hospital Juárez del Centro se derrumba. Por tal motivo, el Presidente de la República, Lic. Miguel de la Madrid Hurtado pidió al Secretario de Salud se construyera el nuevo Hospital Juárez de México reubicado en la zona norte de la Ciudad, que fue inaugurado el 19 de septiembre de 1989 (Manual de Organización Especifico del Hospital Juárez de México, 2014). Para el año 2014, existían 44 servicios médicos en operación y 3 unidades clínicas, con un total de 47 especialidades médicas.

Misión del Hospital

Según el Manual de Organización del HJM (2016):

Misión: *“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”.*

Visión: *“Ser el mejor hospital modelo y líder nacional en la gestión y aplicación del conocimiento médico, integrando la enseñanza y la investigación científica a la atención médica de vanguardia con reconocimiento nacional”.*

Los objetivos propuestos en el Manual de Organización del Hospital son (2016):

- Proporcionar servicios de salud en el campo de la alta especialidad
- Implementar esquemas innovadores de generación de recursos para incrementar su patrimonio
- Formar recursos humanos especializados en el campo de las especialidades
- Diseñar y ejecutar programas y cursos de capacitación, enseñanza y especialización de personal profesional, técnico y auxiliar en su ámbito de responsabilidad
- Impulsar la realización de estudios e investigaciones básicas, clínicas y experimentales, en las especialidades con las que cuenta el hospital, así como difundir dicha información
- Impulsar la participación ciudadana en el autocuidado de su salud

Los puntos anteriores representan el compromiso del HJM con el servicio de calidad y la responsabilidad que asume como hospital escuela, formador de profesionales de la salud.

Ubicación y estructura del Hospital Juárez de México

Ubicación: El Hospital Juárez de México se encuentra ubicado en Av. Instituto Politécnico Nacional 5160, Col. Magdalena de las Salinas. Delegación Gustavo A. Madero C. P. 07760, México. Ciudad de México. CDMX (Secretaría de Salud, 2018a)

Consta de cinco edificios principales distribuidos en una superficie de 80 mil metros cuadrados. En el edificio “A” se da la consulta externa de los diferentes servicios del hospital; en el edificio “C” se encuentra el área de urgencias, oncología (radioterapia y quimioterapia), medicina física y rehabilitación y anatomía patológica, mientras que en la parte alta se encuentran los quirófanos; el edificio “D” es el de hospitalización y el edificio “E” es el de investigación y enseñanza (Secretaría de Salud, 2018b).

Dentro de la página de internet del Hospital Juárez de México (Secretaría de Salud, 2018c), se menciona que los servicios con los que cuenta, divididos en seis grandes apartados: Servicio de la División de Cirugía, Servicio de la División de Medicina, Servicio de la División de Pediatría, Servicio de la División de Gineco-Obstetricia, Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento y la Dirección Médica. De cada uno de ellos se derivan las demás divisiones, tal y como se muestra en la Tabla 15.

Tabla 10.

Divisiones del Hospital Juárez de México

<i>Servicios de la División De Cirugía</i>	<i>Servicios de la División de Medicina</i>	<i>Servicios de la División de Pediatría</i>
Anestesiología	Alergia e Inmunología	Cirugía Pediátrica
Angiología	Cardiología	Neonatología
Cirugía Cardiovascular	Dermatología	Pediatría Médica
Cirugía General	Endocrinología	Urgencias Pediatría
Cirugía Maxilofacial	Gastroenterología	Unidad de Terapia Intensiva
Cirugía Plástica y Reconstructiva	Geriatría	Pediátrica
Endoscopia	Hematología	
Medicina Física y Rehabilitación	<i>Medicina Interna</i>	
Neurocirugía	Nefrología	
Oftalmología	Neumología	
Oncología	Neurología	
Ortopedia	Preconsulta	
Otorrinolaringología	Psiquiatría	
Trasplantes	Reumatología	
Urología	Salud Mental Comunitaria	
<i>Servicios de la División de Gineco-Obstetricia</i>	<i>Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento</i>	<i>Dirección Médica</i>
Biología de la Reproducción	Anatomía Patológica	Homeopatía
Ginecología	Banco de Sangre	Toxicología
Obstetricia	Laboratorio Clínico	Unidad de Vigilancia
	Medicina Nuclear	Epidemiológica-Infectología
	Neurofisiología Clínica	
	Radiología e Imagen	

Características del servicio de Medicina Interna

La Medicina Interna es definida por Reyes (2006) como una especialidad médica que se dedica a la atención integral del adulto enfermo, enfocada al diagnóstico, tratamiento no quirúrgico y prevención de las enfermedades que afectan a órganos y sistemas internos. Por tanto, el internista atiende integralmente al paciente y deriva al paciente a otros médicos especialista cuando algún problema clínico alcanza una complejidad diagnóstica que necesite contar con mayor experiencia o requiera mayor tecnología.

Según el Portal de Obligaciones de Transparencia (2016), el servicio de medicina interna dentro del Hospital Juárez de México está orientado a atender principalmente enfermedades crónicas y degenerativas como la diabetes mellitus 1 y 2 e hipertensión arterial sistémica. De igual manera, se presta atención a pacientes que requieren internamiento debido a su gravedad, previamente valorado por urgencias o por los especialistas.

Adicionalmente, funge como servicio diagnóstico, que implica la llegada de pacientes con síntomas agudos de los cuales se desconoce su procedencia, por lo que, el equipo médico realiza un protocolo de estudio para identificar la afección médica y tratarla o, si es necesario, referir a algún otro servicio.

El servicio de Medicina Interna pertenece a la dirección de medicina general, que se compone de diversos servicios (gastroenterología, infectología, nefrología, etc.). Se brinda atención médica tanto en el área de hospitalización como de consulta externa. El área de hospitalización se encuentra en el edificio "D", en el tercer piso que consta de dos alas (norte y sur); sin embargo, si la demanda de pacientes lo amerita se utilizan camas de otros servicios. Por otro lado, la consulta externa se realiza en el consultorio 45 del segundo piso, ubicado en el mismo edificio.

Al inicio de la residencia el organigrama del servicio (Figura 11) se componía en la cima del Jefe de Servicio, el Dr. Martín Alberto Herrera Cornejo, médico internista egresado de la UAM; cuatro médicos adscritos: Dra. Edith Flores, Dra.

Velia Martínez, Dra. Claudia García y Dr. Fausto González, quienes se encargan de formar a los médicos residentes de la especialidad de Medicina Interna, quienes permanecen en formación durante 4 años rotando cada dos meses por cada una de las divisiones del servicio.

El Dr. Herrera Cornejo terminó su vida laboral en noviembre de 2017; por lo que la Dra. Edith Flores se encargaba de las funciones administrativas del servicio. En abril del año 2018 se integró al equipo de Medicina Interna la Dra. Lizbeth Becerril como la nueva Jefa de Servicio.

Al final de la jerarquía se encuentran los médicos internos, quienes se ocupan de cuestiones administrativas/médicas y rotan cada dos semanas.

Adicionalmente, dentro del equipo multidisciplinario, se encuentra el equipo de enfermeras, encabezado por la Jefa de Enfermeras, la Lic. María Eugenia Sandoval Urbano y precedido por el resto del equipo, aproximadamente 13 enfermeras generales que brindan atención a los pacientes hospitalizados.

De igual forma, se encuentra el equipo de trabajadoras sociales y personal administrativo de tercer piso quienes colaboran en la atención de pacientes de medicina interna y/o hematología.

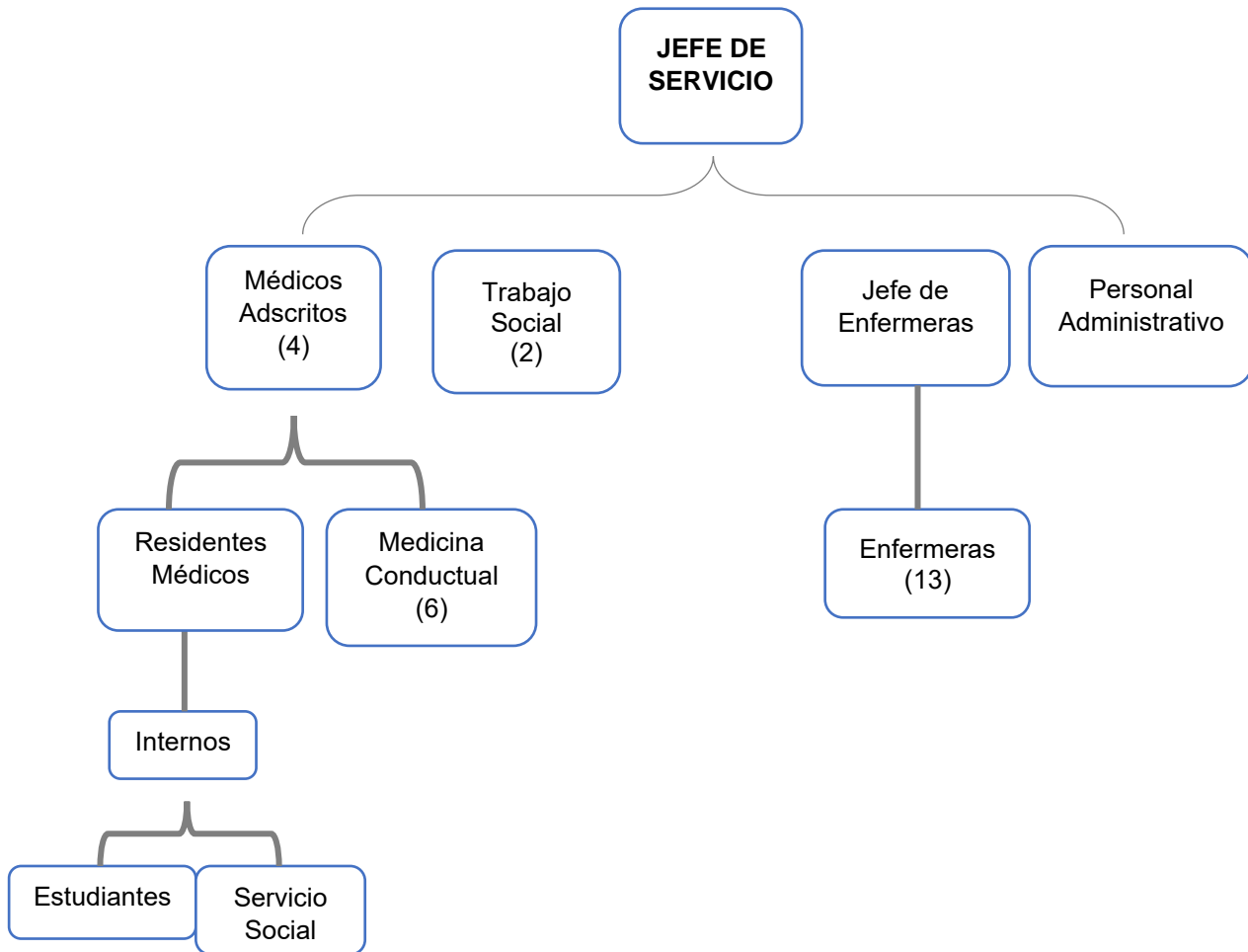


Figura 11. Organigrama del Servicio de Medicina Interna dentro del Hospital Juárez de México.

El papel de la Medicina conductual en el servicio.

Por lo descrito anteriormente, dentro del servicio de medicina interna, el residente en Medicina Conductual debe contar con una serie de características que faciliten su quehacer profesional, algunas de las cuales son: el trabajo interdisciplinario, responsabilidad profesional, actualización periódica, habilidad en el manejo de técnicas de intervención, experiencia clínica, base teórico metodológica, epidemiología conductual.

El residente en Medicina Conductual proporciona apoyo psicológico a pacientes, familiares y profesionales de la salud durante las diferentes etapas de la atención médica, descritas por Bravo (2014) como prediagnóstico, diagnóstico,

tratamiento, rehabilitación o remisión y etapa terminal. De acuerdo al momento clínico en el que se encuentre el paciente se desarrollará la forma de intervención.

➤ ***Etapa prediagnóstica:*** Durante la etapa prediagnóstica se implementan técnicas como psicoeducación, información y orientación con el objetivo de disminuir conductas de evitación de los pacientes, identificar y disminuir las creencias erróneas sobre la enfermedad, el pronóstico o el tratamiento. Por otro lado, pueden implementarse técnicas como distracción instrumental o cognitiva y/o ejercicios de reestructuración cognitiva cuando se presentan pensamientos anticipatorios sobre el probable diagnóstico o el pronóstico de la enfermedad.

En esta etapa, los pacientes pueden presentar síntomas de ansiedad o depresión que probabilizan la aparición de problemáticas con el personal médico o los familiares del paciente, lo que a su vez amerita una intervención por parte del residente en medicina conductual.

➤ ***Etapa diagnóstica:*** Durante esta etapa el médico conductual realiza principalmente, ejercicios de solución de problemas (balance decisional) debido a que en un futuro próximo el paciente tomará decisiones importantes que determinarán su estilo de afrontar la enfermedad; así como decisiones de si continuar o no con un tratamiento. Es importante que en este momento el paciente cuente con la mayor cantidad de información, debido a que la toma de decisión debe ser informada, identificando ventajas y desventajas de los diferentes escenarios que pueden presentarse.

De igual manera, en este momento el paciente puede presentar síntomas exacerbados de ansiedad ante el diagnóstico, por lo que el médico conductual debe implementar técnicas breves que fomenten una disminución de estos síntomas y posibiliten el afrontamiento funcional por parte del paciente o el familiar.

➤ ***Etapa de tratamiento:*** Durante esta etapa el médico conductual puede intervenir de formas diferentes. En un primer momento será importante que

el paciente identifique acertadamente los riesgos y beneficios de seguir su tratamiento. Posteriormente, se implementan técnicas que posibiliten el cambio conductual o cognitivo del paciente (manejo de contingencias, reestructuración cognitiva) que a su vez favorezcan la implementación de hábitos estilos de vida saludables.

➤ ***Etapa de rehabilitación o remisión:*** En esta etapa el trabajo del médico conductual se enfoca en el mantenimiento de los comportamientos del paciente que posibilitan la adquisición y mantenimiento de la salud del mismo.

➤ ***Etapa de enfermedad terminal:*** En ésta el trabajo del médico conductual se centra en la disminución del dolor y manifestaciones de malestar, así como en la implementación de estrategias que permitan la disminución de síntomas depresivos o ansiosos, si es necesario.

Dentro del servicio de medicina interna, estas dos últimas fases casi no se presentan, pero sí llegan a suceder; por lo que, los residentes en medicina conductual realizan la evaluación pertinente y la implementación de técnicas necesarias.

Lo anterior, nos muestra la importancia del trabajo psicológico dentro del contexto hospitalario en beneficio principal de los pacientes y familiares de este; sin embargo, es importante resaltar que no solo se enfoca en esos beneficios, sino que también representa un apoyo para el personal de salud debido a que se promueve la cooperación y colaboración de los pacientes con los médicos y/o enfermeras para recobrar (en lo posible) el estado de salud.

Actividades diarias del residente en Medicina Interna

Descripción de las actividades diarias.

Actividades Asistenciales.

Según el programa operativo de la residencia en Medicina Conductual sede en FES Iztacala (UNAM, FES-I, 2018a) las tareas del residente son:

Pase de Visita: Se realiza de lunes a viernes por un médico adscrito del servicio en conjunto con los residentes a cargo. Tiene una duración de una hora a dos horas, de acuerdo con la carga de trabajo de los médicos. El médico conductual se integra al equipo médico durante el pase de visita ejercitando las habilidades de observación y, en caso de ser necesario, intervención.

Cada dos meses se realiza la rotación con un médico adscrito distinto, con el objetivo de que los médicos conductuales desarrollen sus habilidades de adaptación al trabajo multidisciplinario con el equipo de salud.

Consulta externa médica: Una vez por semana se acude a consulta externa de medicina interna de acuerdo con los días asignados al médico adscrito con el que se encuentre el médico conductual en rotación. En éstas, los médicos conductuales ponen en práctica sus habilidades de observación y escucha, si se detecta alguna necesidad los pacientes son referidos a consulta externa de medicina conductual.

Atención a pacientes en hospitalización: De acuerdo con lo observado durante el pase de visita, el médico conductual realiza una priorización de los pacientes hospitalizados y acude con los mismos a realizar una evaluación conductual y detectar necesidades psicológicas. Algunas estrategias que se emplean para la evaluación son: la entrevista conductual, observación clínica, instrumentos, inventarios y registros, así como de los criterios nosológicos del DMS 5 (*American Psychiatric Association, 2015*). A partir de la detección de problemáticas, se elabora un programa de intervención con técnicas cognitivo-conductuales durante la estancia hospitalaria.

Atención psicológica a pacientes en consulta externa: Algunos pacientes de hospitalización que han sido dados de alta, así como pacientes de consulta externa de medicina interna pueden ser citados en consulta externa de medicina conductual. En este caso la atención implica la evaluación clínica con estrategias como entrevista conductual, observación clínica, instrumentos, inventarios y registros; los cuales son la base para la posterior implementación de técnicas cognitivo-conductuales para la problemática específica.

Las actividades asistenciales realizadas por el residente de Medicina Conductual se organizan como se muestra en la Tabla 11.

Tabla 11.

Rol de Actividades del residente de Medicina Conductual en el servicio de Medicina Interna.

Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
8:00 – 8:30	Pase de Visita Médico.	Pase de Visita Médico.	Sesión general médica.	Pase de Visita Médico.	Pase de Visita Médico.
8:30 – 9:00					
9:00 – 9:30			Pase de Visita Médico.		
9:30 – 10:00			Desayuno.		
10:00 – 10:30	Desayuno.	Desayuno.	Revisión de caso clínico.	Desayuno.	Desayuno.
10:30 – 11:00					
11:00 – 11:30	Atención psicológica a pacientes hospitalizados o de consulta externa de Medicina Conductual.	Atención psicológica a pacientes hospitalizados o de consulta externa de Medicina Conductual.		Atención psicológica a pacientes hospitalizados o de consulta externa de Medicina Conductual.	Sesión de Artículo.
11:30 – 12:00			Supervisión Académica.		
12:00 – 12:30			Atención psicológica a pacientes hospitalizados o de consulta externa de Medicina Conductual.		
12:30 – 13:00					
13:00 – 13:30					
13:30 – 14:00					Atención psicológica a pacientes hospitalizados o de consulta externa de Medicina Conductual.

Otras Actividades: En este apartado se incluyen la colaboración en el día internacional de la diabetes el 14 de noviembre de 2017 en las instalaciones de la FES Iztacala, en la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI), en donde se desarrollaron actividades de difusión del trabajo de la residencia en medicina conductual, actividades de prevención (diabetómetro y ¿tú cuánto comes?).

La aplicación de instrumentos de evaluación del nivel de estrés percibido y las estrategias de afrontamiento del equipo de enfermería del servicio de medicina interna, ortopedia y neurología. Y la posterior implementación del curso taller “Adquisición de estrategias de afrontamiento en el personal de enfermería” que se impartió en los servicios mencionados.

La creación, diseño y validación del material psicoeducativo para la aplicación del protocolo, así como los materiales utilizados en el mismo y los de difusión.

La implementación del curso taller “Aprendiendo a vivir con Diabetes” con pacientes del hospital y externos los martes y sábados en un horario de 10:00 am. a 13:00 pm.

La intervención en crisis e intervenciones posteriores a pacientes y familiares durante el 19S (Sismo del 19 de Septiembre de 2017).

Actividades Académicas.

Revisión de casos clínicos: Las sesiones de casos clínicos se realizan en el edificio de enseñanza los miércoles de cada semana en conjunto con los compañeros de los diferentes servicios (medicina interna, hematología, oncología, clínica del dolor, geriatría y trasplante), el supervisor *In situ* y las supervisoras académicas. La sesión implica la presentación de un caso clínico precedido por uno de los médicos conductuales del servicio en turno.

La presentación incluye la impresión clínica, la evaluación, análisis del caso, intervención y conclusiones a partir del enfoque cognitivo-conductual. Al finalizar la exposición, los demás residentes mencionan sus dudas, observaciones, sugerencias y comentarios sobre el mismo. Se anexan los tres casos clínicos presentados durante la residencia (**ANEXO 11**).

Revisión de artículo: Se realizan en el edificio de enseñanza los viernes de cada semana con todos los residentes de medicina conductual y el supervisor *In situ*.

En esta sesión, se hace revisión de un artículo científico reciente, no mayor a diez años, relacionado con la formación del médico conductual o el protocolo, con el fin de realizar observaciones o comentarios que complementen la formación teórica de los residentes.

Supervisión Académica: Los miércoles después de la presentación del caso clínico, se lleva a cabo la supervisión académica de aproximadamente 3 horas en la que se revisan temas teóricos, protocolos de investigación, casos clínicos y otros temas de interés.

Supervisión con Tutor: Cada quince días se hace una revisión con el tutor sobre dudas específicas, avances del protocolo y otras actividades.

Productividad

A continuación, se presentan las estadísticas de las actividades realizadas dentro del servicio de Medicina Interna en el periodo de enero 2017 a junio 2018, en donde se incluyen las actividades en consulta externa y en hospitalización.

En la Tabla 12. se presenta el total de hombres y mujeres atendidas en los dos años, en donde se puede observar que se vio a un total de 1,122 pacientes, de los cuales la mayoría eran mujeres (63.90%).

Tabla 12
Pacientes atendidos de acuerdo al sexo y el año.

Año	2017	2018	Total	Porcentaje
Hombres	290	115	405	36.09%
Mujeres	511	206	717	63.90%
Total	801	321	1122	100.00%

La Tabla 13. muestra los tipos de consulta realizadas, la de *Primera Vez*, el primer contacto con el paciente o *Subsecuente*, cuando se da más de una sesión ya sea de entrevista, intervención o monitoreo. Se puede observar que la mayoría de las consultas brindadas fueron *Subsecuente* (50.71%)

Tabla 13.
Pacientes atendidos por sexo y tipo de consulta.

Tipo de Consulta	Hombres	Mujeres	Total	Porcentaje
Primera Vez	220	332	552	49.28%
Subsecuente	184	385	569	50.71%
Total	405	717	1122	100.00%

La Tabla 14. muestra el área de atención en donde se desarrollaron las intervenciones del médico conductual, se puede observar que el área de predominio fue la *Hospitalización* (90.55%).

Tabla 14.
Pacientes atendidos por sexo y área de atención.

Área de Atención	Hombres	Mujeres	Total	Porcentaje
Consulta Externa	53	53	106	9.44%
Hospitalización	352	664	1016	90.55%
Total	405	717	1122	100.00%

Existen diferentes tipos de Modalidad de Atención Psicológica principalmente están la intervención Individual, Familiar y Grupal. La modalidad individual implica la atención directa con el paciente y representa el 56.06% de las intervenciones realizadas durante la rotación.

La modalidad familiar abarca la atención con familiares de los pacientes, principalmente en hospitalización, durante la rotación se atendió un total de 357 familiares (32.45%) ya sea por problemáticas relacionadas con el paciente o problemáticas externas.

La modalidad grupal corresponde a los grupos de talleres realizados por la residente durante la rotación, con el equipo de enfermería de medicina interna, ortopedia y neurología y el curso taller “Aprendiendo a vivir con Diabetes”. Se brindó atención a 136 pacientes en diferentes momentos.

Tabla 15.
Pacientes atendidos por Modalidad de Atención Psicológica.

Modalidad de Atención Psicológica.	Total	Porcentaje
Individual	629	56.06%
Familiar	357	32.45%
Grupal	136	12.12%
Total	1122	100.00%

Con respecto a los diagnósticos médicos que presentaron los pacientes atendidos por la residente en medicina conductual, se contabilizaron los diagnósticos de los pacientes atendidos por primera vez (552).

Los principales diagnósticos que se presentan en los pacientes son Diabetes Mellitus con 11.77% de casos, Neumonía en un 7.78%, Otras infecciones como Infecciones de Vías Urinarias e Infecciones de Tejidos Blandos con el 7.60%, Protocolo de Estudios, Enfermedades Cardiovasculares y Otros con 6.34% de casos. Cada una de estas enfermedades modula la forma de intervención del médico conductual y es esencial tomarlo en cuenta para el diseño de la misma.

Es importante mencionar que para fines prácticos y de presentación en este trabajo solo se consideraron los diagnósticos principales de los pacientes, pero la mayoría de los mismo cuentan con dos o más diagnósticos que modifican e influyen la estancia hospitalaria y, por tanto, el trabajo del médico conductual.

Los casos catalogados con NA, son los familiares atendidos por primera vez que no cuentan con diagnóstico médico para fines de la productividad pero que,

en ocasiones también presentan padecimientos a considerar durante la estancia hospitalaria como diabetes, hipertensión y otras enfermedades crónico-degenerativas.

Tabla 16.
Diagnóstico Médico de los pacientes atendidos.

Diagnóstico Psicológico.	N	Porcentaje
Diabetes Mellitus (incluye DM1, DM2 y pie diabético)	65	11.77%
Neumonía (adquirida en la comunidad, nosocomial y atípica)	43	7.78%
Otras enfermedades Infecciosas (infecciones de vías urinarias, tejidos blandos)	42	7.60%
Protocolo de estudio (pacientes que se encuentran en protocolo diagnóstico)	35	6.34%
Enfermedades Cardiovasculares (HAS, trombosis)	35	6.34%
Otros (Hipokalemia, VIH, Loxocelismo)	35	6.34%
Enfermedades Renales (ERC, Litiasis renal)	19	3.44%
Otras Enfermedades Respiratorias (EPOC, Derrame Pleural)	13	2.35%
Enfermedades Hematológicas (Bicitopenia, Pancitopenia, Linfoma)	11	1.99%
Enfermedades Hepáticas (Cirrosis, Hepatitis, Insuficiencia hepática)	10	1.81%
Cáncer (pacientes con cáncer diagnosticado previamente)	10	1.81%
Supresión Étlica	6	1.08%
Enfermedades Autoinmunes (Lupus, Addison, etc.)	4	.72%
NA*	224	4.57%
Total	552	100.00%

En la Tabla 17. se muestran los diagnósticos psicológicos de los pacientes atendidos durante la rotación, los cuales fueron emitidos acorde con los criterios nosológicos del DMS 5 (*American Psychiatric Association, 2015*).

Es importante considerar que durante la hospitalización los pacientes pueden presentar diferentes motivos de consulta o áreas de atención, por lo que, se muestran los diagnósticos emitidos en el total de las intervenciones.

Los principales diagnósticos que se presentaron fueron síntomas de depresión en el 10.24% de los casos, Factor Psicológico que afecta enfermedad médica con 10.16% de los casos, entendidos como factor, estilos de afrontamiento, déficit de información, entre otros, Sin trastorno psicológico aparente con 9.71% con los pacientes que durante la entrevista no presentan afección psicológica y Síntomas de ansiedad con un 9.53% de los casos, pacientes que durante la hospitalización presentaron síntomas característicos de ansiedad.

Se consideraron como síntomas debido a que la mayoría de los pacientes no cuenta con los criterios completos para ser catalogados con un trastorno de ansiedad, de depresión o adaptativo.

Los casos que se encuentran en NA (No Aplica) corresponden a los familiares entrevistados durante la rotación.

Tabla 17.
Diagnóstico Psicológico de los pacientes atendidos.

Diagnóstico Psicológico.	N	Porcentaje
Síntomas de depresión	115	10.24%
Factor Psicológico	114	10.16%
Sin trastorno psicológico	109	9.71%
Síntomas de ansiedad	107	9.53%
Aplazado	85	7.57%
Incumplimiento Terapéutico	51	4.54%
Trastorno adaptativo con síntomas de depresión	18	1.60%
Trastorno Depresivo Mayor	18	1.60%
Trastorno adaptativo con síntomas mixtos	9	.80%
Síndrome de abstinencia	9	.80%
No valorable	7	.62%
Trastorno distímico	5	.44%
Trastorno Psiquiátrico	4	.35%
Trastorno adaptativo con síntomas de ansiedad	1	.08%
NA*	470	41.88%
Total	1122	100.00%

En la Tabla 18 se muestra los pacientes atendidos por Clase de Atención Psicológica, se observa que la atención brindada principalmente es la entrevista inicial con un 43.85% de los casos, la cual corresponde al primer contacto con pacientes o familiares, identificando posibles problemáticas.

La segunda clase de atención es la Intervención (22.45%) en donde se da la implementación de técnicas cognitivo-conductuales para dar respuesta a las problemáticas presentadas por los pacientes.

La tercera clase de atención fue el Monitoreo (16.84%), que corresponde a identificar si las técnicas implementadas con anterioridad surten los efectos esperados o si existe alguna problemática nueva.

Tabla 18.
Pacientes atendidos por Clase de Atención Psicológica.

Clase de Atención Psicológica.	N	Porcentaje
Entrevista Inicial	492	43.85%
Intervención	252	22.45%
Monitoreo	189	16.84%
Entrevista de detección de Problemas	158	14.08%
Intervención en Crisis	27	2.40%
Evaluación	4	.35%
Total	1122	100.00%

En la Tabla 19 se muestran las intervenciones implementadas a lo largo de la rotación, durante la intervención con un paciente era posible implementar más de una técnica por lo que al contabilizar todas las técnicas implementadas tenemos un total de 2262.

Las técnicas más implementadas durante la rotación fue el establecimiento de componentes de relación y la escucha activa (41.15%), las cuales se consideran la base de toda intervención sin importar la clase de atención psicológica (Entrevista Inicial, Entrevista de detección de problemas, etc.).

La segunda técnica más implementada fue la Información (19.76%) debido a que en ocasiones era necesario brindar información a pacientes o familiares en alguna etapa de la enfermedad para la toma de decisión, por lo que, generalmente esta técnica iba combinada con otras.

La Psicoeducación corresponde a la tercera técnica más implementada debido a que para la modificación de estilos de vida, es esencial que los pacientes identifiquen sus enfermedades y las complicaciones de éstas.

En cuarto lugar, se encuentran Solución de Problemas (4.55%) y Respiración Pasiva (4.55%), técnicas que se utilizan durante la intervención en crisis.

En este análisis se consideraron también elementos como la Devolución de Resultados, Sesión de Cierre, Prevención de Recaídas y que el Paciente se negará a la atención, debido a que fueron estrategias utilizadas por la residente durante la rotación ya sea en sesiones grupales, principalmente, o durante las sesiones individuales de consulta externa.

Tabla 19.
Técnicas de Intervención Psicológica Implementadas.

Técnicas de Intervención Psicológica	N	Porcentaje
Escucha Activa	931	41.15%
Información	447	19.76%
Psicoeducación	299	13.21%
Solución de Problemas	103	4.55%
Respiración Pasiva	103	4.55%
Distracción instrumental	63	2.78%
Orientación	51	2.25%
Autocontrol	32	1.41%
Terapia Racional Emotiva	26	1.14%
Entrenamiento en Habilidades Sociales	20	.88%
Entrenamiento en manejo de contingencias	19	.83%
Imaginación Guiada	18	.79%
Activación Conductual	17	.75%
Distracción Cognitiva	16	.70%
Comunicación Asertiva	16	.70%
Estrategias de Regulación Emocional	15	.66%
Relajación Muscular Progresiva	8	.35%
Sesión de cierre*	8	.35%
Intervención en crisis	7	.30%
Devolución de Resultados*	7	.30%
Autoinstrucciones	5	.22%
Paciente se niega**	5	.22%
Autoverbalizaciones	4	.17%
Ensayo Imaginado	4	.17%
Entrevista Motivacional	4	.17%
Paro de Pensamiento	3	.13%
Relajación Autógena	2	.08%
Aproximaciones sucesivas a la ansiedad	1	.04%
Estimulación Cognitiva	1	.04%
Higiene del Sueño	1	.04%
Prevención de Recaídas	1	.04%
Total	2262	100.00%

Evaluación general del servicio

Dentro del servicio de medicina interna, el equipo médico y de enfermería tiene una gran apertura al trabajo interdisciplinario. La mayor parte del personal de salud identifica las funciones del residente en medicina conductual y refieren a probables pacientes al servicio como: pacientes o familiares en condiciones de crisis, pacientes con respuestas exacerbadas de ansiedad o depresión, con evitación al diagnóstico o a los tratamientos propuestos, pacientes conflictivos que han tenido problemas con el equipo médico o de enfermería, pacientes con sintomatología depresiva o en riesgo suicida y/o necesidad de interconsultas por el servicio de psiquiatría.

En mayor medida son referidos los pacientes con incumplimiento terapéutico con conductas de riesgo para su salud o con estilos de vida poco saludables.

El servicio de Medicina Interna presenta una gran demanda de pacientes, lo cual implica un gran esfuerzo por parte del personal de salud (médicos, enfermería, trabajo social, medicina conductual) para brindar la atención necesaria y de calidad a cada uno de los pacientes y familiares que se encuentran dentro del servicio.

En ocasiones a pesar de los esfuerzos del personal y debido a la función de servicio diagnóstico, existe desorganización y retrasos en la atención por la limitación en funciones profesionales y administrativas que tiene el personal de salud. Lo anterior, no solo implica una mayor carga de trabajo médico o administrativo, sino que exagera, incrementa y empeora las respuestas psicológicas de los pacientes en prediagnóstico, diagnóstico y/o tratamiento, intensificando respuestas de ansiedad, de depresión, problemáticas económicas o disminución de redes de apoyo social.

El incremento del personal de medicina conductual en el servicio, probabilizó un incremento en la atención en consulta externa, siendo referida la población tanto por el personal de salud de medicina interna como por los médicos

conductuales. Siendo el principal problema de atención el incumplimiento terapéutico y posteriormente, síntomas de depresión.

De igual manera, a lo largo del residenciado se recibieron interconsultas de otros servicios que reconocían y valoraban el trabajo del médico conductual con diferentes problemáticas, principalmente depresión y ansiedad, haciendo llegar no solo interconsultas sino pacientes a consulta externa.

Las actividades diarias del médico conductual son amplias y existe un gran campo de aplicación en prevención, evaluación y tratamiento principalmente.

Es importante prestar atención al ámbito preventivo, aunque la mayoría de los protocolos de investigación implementados en el servicio están enfocados a la adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes, no se les ha dado un seguimiento a los mismos, por lo que resulta esencial la implementación de cursos o talleres anuales o semestrales establecidos dentro de las actividades de los médicos conductuales de nuevas generaciones.

Bajo esta misma línea, es importante considerar las condiciones burocráticas e institucionales que también limitan las actividades del médico conductual y establecer protocolos de la actuación de los médicos conductuales en la institución para que las actividades realizadas por los residentes sean valoradas y reconocidas no solo en medicina interna sino en todos los servicios a los que se presta atención.

Los casos clínicos en los que se interviene en medicina interna abarcan diferentes problemáticas con diferentes estímulos desencadenantes y diferentes efectos en la vida de los pacientes. En promedio los pacientes hospitalizados están entre dos y cuatro semanas en el servicio, sin embargo, no siempre están en condiciones del trabajo terapéutico y solo se interviene con los familiares; en otras ocasiones, las condiciones médicas de los pacientes mejoran y es posible realizar una evaluación psicológica de los pacientes, los cuales ante su egreso del servicio son referidos a consulta externa de medicina conductual.

Aunque las actividades académicas permitieron y complementaron la práctica y la formación teórica del enfoque, es importante llevar un seguimiento más detallado de las intervenciones de los médicos conductuales, así como los diseños de intervención y evaluaciones de los mismos.

Resulta esencial implementar actividades de discusión de casos clínicos semanales por servicio, en donde se retroalimentarán las intervenciones entre los residentes de primer y segundo año, ampliando las posibilidades de análisis, retroalimentando la intervención de los compañeros y maximizando los beneficios del paciente.

Competencias logradas

Competencias esperadas

Según el perfil de egreso del programa de residencia medicina conductual con sede en FES Iztacala (UNAM, Psicología Posgrado, 2016d, p 2.). El residente poseerá competencias profesionales como

- Evaluar y diagnosticar problemas y necesidades socialmente relevantes en el área de la salud.
- Generar y adaptar instrumentos y técnicas de medición y escrutinio en el área.
- Seleccionar las técnicas y procedimientos adecuados para su intervención profesional, fundamentando sus elecciones.
- Evaluar la eficacia de los programas de intervención en el área de la salud.
- Refinar su intervención con base en los resultados de la evaluación, de manera que responda adecuadamente a las necesidades del cliente y de la sociedad.
- Generar, adaptar y desarrollar programas de intervención en los diferentes niveles de atención a la salud.
- Trabajar en equipo multidisciplinario.

Además, el residente tendrá habilidades como:

a) Seleccionar, manejar, evaluar y aplicar las diferentes técnicas, procedimientos y herramientas necesarios para realizar el diagnóstico preciso y adecuado del problema de interés.

b) Reconocer la interdependencia entre el conocimiento científico y la práctica profesional.

c) Integrar los fundamentos teóricos de las técnicas y procedimientos que se emplean en la práctica profesional en el área de la salud.

d) Manejar los diferentes enfoques metodológicos y estadísticos que se emplean en la práctica profesional.

e) Identificar, manejar y construir las categorías que le permitan conceptualizar el problema a partir del conocimiento científico existente.

f) Manejar, evaluar y aplicar las estrategias del trabajo multidisciplinario.

g) Manejar las herramientas informáticas.

Considerando los parámetros anteriores, se considera que el objetivo fue alcanzado ya que se tuvo la adquisición de las competencias descritas anteriormente.

Académicas.

En general, dentro de las habilidades académicas alcanzadas se encuentran:

1. La estructuración de casos clínicos.
2. Realización de notas en formato SOAP.
3. Análisis funcional de la conducta.
4. Amplio conocimiento en enfermedades crónico-degenerativas y su relación con síntomas psicológicos.
5. Experiencia en la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales, así como sus alcances y limitaciones en los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas.

Clínicas o prácticas

Las habilidades clínicas alcanzadas representan la mayor parte de las habilidades adquiridas:

- Entrevista Conductual.
- Evaluaciones Conductuales.
- Diagnostico DSM 5.
- Observación Clínica.
- Intervención en crisis.
- Diferencia entre síntomas psicológicos y síntomas relacionados con la enfermedad.
- Aplicación de técnicas cognitivo-conductuales.
- Comunicación con el personal de salud.
- Aplicación de talleres grupales.

Personales

- **Organización del tiempo:** A lo largo de la residencia existieron diferentes momentos en los que fue necesario organizar y estructurar mis intervenciones de manera correcta, considerando tiempo y recursos como lo más importante.

- **Tolerancia a la frustración:** Durante los dos años de residencia me encontré con un gran obstáculo para mí, me considero una persona sensible que siempre intenta realizar las cosas en tiempo y forma, alcanzando los objetivos esperados en la mayor parte de las metas que se propone. Sin embargo, los pacientes, las condiciones de salud, los familiares e incluso el personal de salud me enseñaron que las cosas no siempre serán como quiero y no siempre saldrán bien.

La residencia me enseñó que, aunque yo haga mi mejor esfuerzo no siempre tendré los resultados deseados y eso no quiere decir que haya hecho las cosas mal.

- **Empatía y Desapego:** Siguiendo con el apartado anterior, también aprendí que hay cosas que no puedo controlar y aunque quiera que los resultados fueran diferentes no siempre será de esta manera.

Aprendí que la alianza terapéutica puede ser muy importante en la relación psicólogo-paciente y a separar lo profesional de lo personal.

- **Priorización de actividades:** Debido a la falta de tiempo y el exceso de pacientes también aprendí a priorizar por orden de importancia

Conclusiones y sugerencias

El programa de residencia en Medicina Conductual cumple con los objetivos propuestos en el perfil de egreso, apoya en el desarrollo de profesionales de la salud con un enfoque psicológico cognitivo conductual.

En general, tiene una buena estructura en el funcionamiento interno dentro de las prácticas profesional que es importante continuar trabajando y reforzando generación con generación. El seguimiento que se le da a los estudiantes dentro de la residencia es el óptimo para alcanzar los objetivos del programa; sin embargo, es importante homogeneizar las supervisiones con el objetivo de que todos los residentes adquieran la mayor cantidad de conocimientos y habilidades acordes con el servicio en el que se encuentran.

Dentro del hospital se encontraron necesidades en otros servicios que no están dentro de la competencia de la residencia en Medicina Conductual, se recomienda extender este servicio con el objetivo de llegar a más pacientes y colocar al profesional de la Salud Mental como un elemento vital dentro del funcionamiento del mismo.

Referencias

- Albarrán, L.A. & Macías, T.M. (2007). Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara, Jalisco, México. *Investigación en Salud*, 9 (2), 118-124. Recuperado de <http://redalyc.org/articulo.oa?id=14290206>
- American Diabetes Association (2010). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes care*, 33 (1). 62 – 69. doi: 10.2337/dc10-S062
- American Diabetes Association (2018). Standards of Medical Care in Diabetes. *The Journal of Clinical and Applied Research and Education*. 41 (1). Recuperado de <https://diabetesed.net/wp-content/uploads/2017/12/2018-ADA-Standards-of-Care.pdf>
- American Diabetes Association (2015). *Síntomas de la diabetes*. <http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/sintomas-de-la-diabetes/>
- American Diabetes Association (2017). Classification and Diagnosis of diabetes. *Diabetes Care*. 40 (1), S11 – S24. doi: 10.2337/dc17-S005.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: Texto revisado*. Barcelona, España: Masson
- Andrioni, F., Serebrenic, F., Laranjeira, R. y Callaghan, R. (2009). The transtheoretical model and substance dependence: theoretical and practical aspects. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31 (4). Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462009005000010&script=sci_arttext&tlng=pt
- Anguiano, S. A. (2014). El tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el campo de la medicina conductual. En: Leonardo Reynoso y Ana Becerra (coord.). *Medicina Conductual. Teoría y Práctica*. México:Qartuppi. Cap. 3

- Arroyo, C., Becerra, A. Fuentes, F., Lugo, I., Pérez, B., Reséndiz, A., Rivera G., Rivera L. y Reynoso, L. (2013). El análisis conductual aplicado: casos clínicos en medicina conductual. En *Tendencias Actuales en Aprendizaje y Memoria: Memorias de la 1a Reunión Satélite de Aprendizaje y Memoria*. Sánchez-Carrasco, L. y Nieto, J. (Eds). pág 146-173.
- Asociación Latinoamericana de Diabetes (2013). *Guía ALAD sobre el diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2*. Recuperado de http://issuu.com/alad-diabetes/docs/guias_alad_2013
- Ajzen, I. (1991). *The Theory of Planned Behavior*. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211. doi: 10.1016/0749- 5978(91)90020-T
- Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and Theory of Planned Behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 1-20.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (2005). La influencia de las actitudes sobre el comportamiento. En D. Albarracín, BT Johnson, y MP Zanna (Eds.), *El manual de actitudes* (pp. 173-221). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Birk, L. (1973). *Biofeedback: The Behavioral Medicine*. New York: Grune Stratton
- Bosworth, H., Oddone, E. & Weinberger, M. (2006). *Patient Treatment Adherence: Concepts, Interventions and Measurements*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. p. 278.
- Bravo, M. C., Valadez, A. (2013). Solución de Problemas. En: P. Valladares y A. Rentería (2013). *Psicoterapia cognitivo-conductuales. Técnicas y procedimientos*. UNAM-FESI: México.
- Bravo, C. (2014). Generalidades psicológicas de los padecimientos crónico-degenerativos. En: Leonardo Reynoso y Ana Becerra (coord.). *Medicina Conductual. Teoría y Práctica*. México:Qartuppi. Cap. 3

- Brownell, K. & Cohen, L. (1995a). Adherence to Dietary Regimens 1: An Overview of Research. *Behavioral Medicine*. 20:4, 149:154.
- Brownell, K. & Cohen, L. (1995b). Adherence to Dietary Regimens 2: Components of Effective Interventions. *Behavioral Medicine*. 20:4, 155:164.
- Carpi, A., González, P., Zurriaga, R., Marzo, J. C. y Buunck, A. (2009). Autoeficacia y percepción de control en la prevención de la enfermedad cardiovascular. *Universitas Psychologica*, 9 (2), 423-432.
- Conthe, P., Márquez, E., Aliaga, A., Barragán, B., Fernández de Cano, M., González, M., Ollero, M. y Pinto, J.L. (2014). Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva a futuro. *Revista Clínica Española*, 214 (6) 336:344. Recuperado de <http://dialnet.uniroja.es/servlet/articulo?codigo=4784767>
- Cooper, Z., Doll, H., Hawker, D., Byrne, S., Bonner, G, Eeley, E., O'connor, M. & Fairburn, C. (2010). Testing a new cognitive behavioural treatment for obesity: A randomized controlled trial with three-year follow up. *Behavior Research and Therapy*, 48, 706:713
- Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2001). A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 499:511.
- Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). *Cognitive behavioral treatment of obesity*. In T. A. Wadden, & A. J. Stunkard (Eds.), *Handbook of obesity treatment* (pp. 465-479). New York, NY: Guilford Press.
- Cooper, Z., Fairburn, C. & Hawker, D. (2003). *Cognitive-Behavioral Treatment of Obesity. A clinical's guide*. New York: Guilford. pp.231.
- DiClemente, C. C. (2006). Natural change and the troublesome use of substances: A life course perspective. In W. R. Miller, & K. M. Carroll (Eds.), *Rethinking substance abuse: What the science shows and what we should do about it* (pp. 81 – 96). New York: Guilford Press.

Egocheaga, M. I., Gamarra, J., Miranda Fernández-Santos, C., Modrego, A., Muñoz, A. J. y Sáez, M. E. (2013). *Manejo Práctico de la Diabetes Mellitus 2*. SEMG: Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012). *Encuesta nacional de salud y nutrición. Resultados Nacionales 2012*. Recuperado de <https://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2016). *Encuesta nacional de salud y nutrición de medio camino 2016*. Recuperado de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>

Ericksson, K. & Lindgarde, F. (1991). Prevention of Type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus by diet and physical exercise. *Diabetología*. 34: 891-898.

Fairburn, C. (2008). *A cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York, NY: Guilford Press.

Fairburn, C., Marcus, M. & Wilson, G. (1993). Cognitive-Behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa a comprehensive treatment manual. In C. Fairburn & Wilson, G. (Eds.). *Binge eating: Nature, assessment and treatment*. New York, BY: Guilford Press.

Federación Internacional de Diabetes (2017). *Atlas de diabetes de la FID (8° ed.)*. Recuperado de <http://fmdiabetes.org/wp-content/uploads/2018/03/IDF-2017.pdf>

Federación Mexicana de Diabetes (2016). *¿Qué es la diabetes?* Recuperado de <http://fmdiabetes.org/que-es-la-diabetes-2/>

Federación Mexicana de Diabetes (2015). *Síntomas de diabetes*. Recuperado de <http://fmdiabetes.org/sintomas-diabetes/>

Fernández, C. & Pérez, M. (1996). Evaluación de las implicaciones psicológicas en la diabetes. En G. Buela, V. Caballo y J. Sierra (Dir.). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 873-888). Madrid: Siglo XXI.

- Fisher, J. D., Fisher, W. A., Bryan, A. D. & Misovich, S. J. (2002). Information-Motivation-Behavioral Skills model-based HIV risk behaviour change intervention for inner-city high school youth. *Health Psychology*, 21, 177-86.
- Fleiss, J.L. y Cohen, J. (1973). The equivalence of weighted kappa and the intraclass correlation coefficient as measures of reliability. *Educational and Psychological Measurement*. 33, 613:619.
- Franks, M.C. (1993). Orígenes, historia reciente, cuestiones actuales y estatus futuro de la terapia de conducta: una revisión conceptual. En V. Caballo (comp.). *Manual de Técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI. P. 3-50.
- Grave, R. D., Calugi, S. & El Ghoch, M. Increasing Adherence to Diet and Exercise Through Cognitive Behavioural Strategies. En: *Multidisciplinary Approach to Obesity. From Assesment to Treatment*. Lenzi, A., Migliaccio, S., Donini. L. M. (2015). Springer: New York. 327 – 337.
- Gravina, G. Palla. M., Piccione, C. & Nebbiai, G. Therapeutic education and Psychotherapy. En: *Multidisciplinary Approach to Obesity. From Assesment to Treatment*. Lenzi, A., Migliaccio, S., Donini. L. M. (2015). Springer: New York. 219-233.
- Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2*. (2008). Madrid: Plan Nacional para el Secretaria Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Guillén, R. (2014). *Psicología de la obesidad. Esferas de vida. Multidisciplina y complejidad*. (2ª edición). México: Manual Moderno.
- Haynes, S. N., Godoy, A. y Gavino, A. (2011). *Cómo elegir el mejor tratamiento psicológico: Formulación de casos clínicos en terapia del comportamiento*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.

- Herdman, T.H. (2012). *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación*. NANDA International. Madrid: Elsevier Recuperado de <http://www.nanda.org/nanda-internacional-definiciones-y-clasificacion.html>
- IMSS (2018). *Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención. Guía de Evidencias y Recomendaciones. Guía de Práctica Clínica*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- INEGI, (2013). *Estadística a propósito del día mundial de la diabetes*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?s=inegi&e=18>
- INEGI (2016). *Estadística de mortalidad*. Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo107&s=est&c=23587>
- Jekinson, B., Rook, K., Borges-García, R., Franks, M. & Parris, M.A. (2016). Too much of a good thing? Overexertion of self-control and dietary adherence in individuals with Type 2 diabetes. *British Journal of Health Psychology*. 1-12.
- Kazdin, A., E. (2000). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. 2da ed. México: Manual Moderno.
- Kerlinger, F. (1979). *Investigación del comportamiento. Metodología de la Investigación*. New York: Winston.
- Lazcano, M. y Salazar, B. (2007). Estrés percibido y adaptación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Aquichan*, 7(1), 77-84.
- Look AHEAD. *Action for Health in Diabetes*. Recuperado el 17/06/2019 en: <https://www.lookaheadtrial.org/>
- Matarazzo, J. D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific and professional psychology. *American Psychologist*, 37: 1-14

McCulloch DK, Robertson RP. (2015). *Risk factors for type 2 diabetes mellitus. UpToDate*. Disponible en: URL: <http://www.uptodate.com/contents/risk-factors-for-type-2-diabetes-m>

Melchy, Z. (2015). *Adherencia a la dieta en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. Un programa de intervención desde la Medicina Conductual*. (Tesis de Maestría). UNAM: FES Iztacala. México.

Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. (s.f.). Guía práctica clínica nacional sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 para el primer nivel de atención. Versión breve con herramientas para facilitar la aplicabilidad. Recuperado de http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000076cnt-2012-08-02_guia-breve%20-prevencion-diagnostico-tratamiento-diabetes-mellitus-tipo-2.pdf

National Diabetes Education Program. (2016). 4 pasos para controlar la diabetes de por vida (NIH Publicación No. 16-5492S). Recuperado de <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/4-pasos-para-controlar-diabetes-por-vida>

National Institute for Health and Care Excellence (2012). *Preventing type 2 diabetes: risk identification and interventions for individuals at high risk. NICE public health guidance 38*. Issued July 2012. Disponible en: URL: <http://www.nice.org.uk/guidance/ph38>.

Organización Mundial de la Salud. (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44441/1/9789243599977_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Actividad física*. Recuperado de <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>

- Ortiz, M. y Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica*, 135, 647 – 652.
- Ortiz, M., Ortiz, E., Gática, A. y Gómez, D. (2011). Factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento en la diabetes mellitus tipo 2. *Terapia Psicológica*, 29 (1) 5:11. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100001
- Painot, D., Jotterand, S., Kammer, A., Fossati, M., Golay, A. (2001). Simultaneous nutritional cognitive – behavioural therapy in obese patient. *Patient Education and Counseling*. 42: 47-52.
- Portal de Obligaciones de Transparencia (2016). Recuperado de <http://portaltransparencia.gob.mx/pot/servicio/consultarServicio.do?method=edit&idServicio=305& idDependencia=12190&viaLocation=true>
- Pomerleau, O., F. & Brady, J. P. (1979). *Behavioral Medicine: Theory and Practice*. Baltimore: Williams and Wilkins
- Prochaska JO., DiClemente CC (1992). Stages of change in the modification of problems behaviors. *Prog. Behav Modif.* 28:183-218
- Reyes, B., H. (2006). ¿Qué es Medicina Interna? *Revista Médica de Chile*. 134 (10), 1338:1344.
- Reynoso, L. (2012). Manual ilustrado de actividad física. Recuperado de <https://itunes.apple.com/mx/book/manual-ilustrado-actividad/id501372719?mt=11>
- Reynoso, L. (2014). Medicina Conductual. Introducción. En: Leonardo Reynoso y Ana Becerra (coord.). *Medicina Conductual. Teoría y Práctica*. México: Qartuppi. Cap. 3
- Reynoso, L y Seligson. (2005). *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual*. UNAM: México

- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: Un análisis conceptual*. España: Martínez Roca.
- Rodríguez, M. L., Rentería, A. y García, J.C. (2013). Adherencia a la dieta en pacientes diabéticos: efectos de una intervención. *SUMMA PSICOLOGICA* 10 (1) 91-101.
- Rodríguez, G. y Jaén, C. (2004). Tendencias actuales de la investigación en medicina conductual en México. En: Graciela Rodríguez (coord.). *Medicina conductual en México*. México: Ed Porrúa. Cap. 2.
- Sackett, D. L. y Haynes, R. B. (1976). *Compliance with therapeutic regimen*. Baltimore: John Hopkins. University Press.
- Sarwer, D., B., J .K. Thompson, J. E. Mitchell, and J. P. Rubin (2008). Psychological considerations of the bariatric surgery patient undergoing body contouring surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 121:423.
- Schlundt, D., Stetson, B. & Plant, D. (1999). Situation Taxonomy and Behavioral Diagnosis Using Prospective Self-Monitoring Data: Application to Dietary Adherence in Patients with Type 1 Diabetes. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 21:1. p. 19-36.
- Schwartz, G.E. & Weiss, S. M. (1978). Yale Conference of Behavioral Medicina: A proposed definition and statement of Goals. *Journal of Behavioral Medicine*, 1 (1), 3- 12.
- Secretaría de Salud (2002). *Manual de toma de procedimientos. Toma de medidas clínicas y antropométricas*. Recuperado de <http://www.Salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7518.pdf>
- Secretaría de Salud (2009). *NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica*. Recuperado de http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5144642

Secretaría de Salud (2010). *NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias*. Recuperado de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010

Secretaría de Salud (2011). *NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos*. Recuperado de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5240925&fecha=27/03/2012

Secretaría de Salud (2012). *NORMA Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2002, para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias*. Recuperado de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5259329&fecha=13/07/20102

Secretaría de Salud Pública (2014). *Historia del Hospital Juárez del Centro*. Recuperado de <http://www.hjc.salud.gob.mx/contenidos/direccion/historia.html?>

Secretaría de Salud Pública (2014). *Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México*. Recuperado de http://www.hospitaljuarez.salud.gob.mx/descargas/normatividad/MOE_HJM_2_014_CON_OPINION_FAVORABLE.pdf

Secretaría de Salud Pública (2014). *Portal del Hospital*. Recuperado de <http://www.hospitaljuarez.salud.gob.mx/>

Suárez, A. (2017). *Intervención cognitivo conductual para la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2*. (Tesis de Maestría). UNAM- FES Iztacala.

The Diabetes Prevention Program (DPP) Research Group (2002). The Diabetes Prevention Program. Description of lifestyle intervention. *Diabetes Care* 25:2165-2171.

The Look AHEAD Research Group. (2003). Look AHEAD (Action for Health in Diabetes): design and methods for a clinical trial of weight loss for the prevention of cardiovascular disease in type 2 diabetes. *Controlled Clinical Trials*. 24: 610 – 628.

Touati, S., Meziri, F., Devaux, S., Berthelot, A., Touyz, R., y Laurant, P. (2011). Exercise reserses metabolic syndrome in high-fat diet-induced obese rats. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 43 (3). 398-407.

Universidad Nacional Autónoma de México, Posgrado en Psicología (2016a). *Descripción y objetivo del programa*. Recuperado de <http://psicologia.posgrado.unam.mx/medicina-conductual-iztacala/>

Universidad Nacional Autónoma de México, Posgrado en Psicología (2016b). *Perfil de Egreso*. <http://psicologia.posgrado.unam.mx/perfil-egreso-medicina-conductual-iztacala/>

Universidad Nacional Autónoma de México, Posgrado en Psicología (2016c). *Características generales de la residencia*. <https://www.medicinaconductual-unam-fesi.org/plan-de-estudios.html>

Universidad Nacional Autónoma de México, Posgrado en Psicología (2016d). *Perfil de egreso*. <https://www.medicinaconductual-unam-fesi.org/perfiles.html>

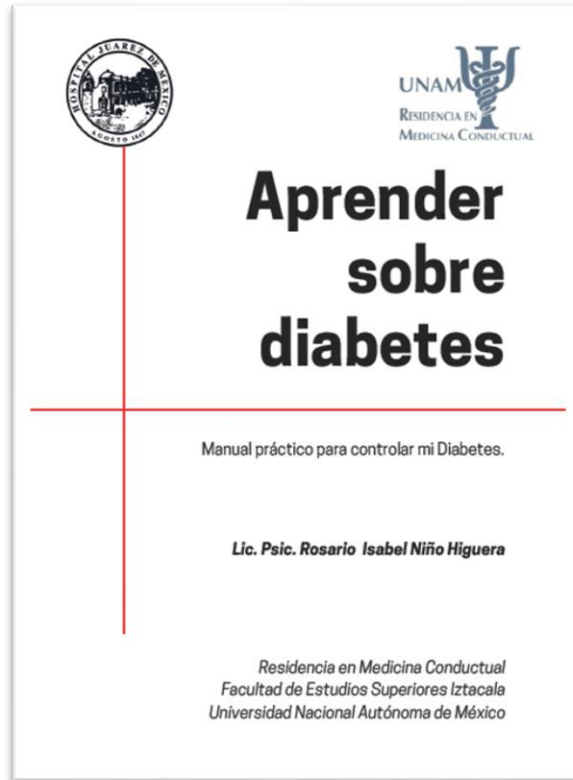
Universidad Nacional Autónoma de México, Posgrado en Psicología (2018a). *Normatividad para Residentes en Medicina Conductual*. Manuscrito inédito.

Universidad Nacional Autónoma de México, Posgrado en Psicología (2018b). *Programa de residencia en Medicina Conductual en el Hospital Juárez de México*. Manuscrito inédito.

World Health Organization
http://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index1.htm

ANEXOS

ANEXO 1. Manual Teórico Práctico “Aprender sobre Diabetes. Manual para controlar mi Diabetes.”



***Llenar al inicio, al término y seguimiento del taller.

Índice de Masa Corporal (IMC)



*Según la Secretaría de Salud (2010) en la NOM-C15-SSA2-2010.

El índice de Masa Corporal (IMC) es una fórmula matemática con la que se calcula la cantidad de grasa corporal del individuo. Acorde con la siguiente fórmula

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura (m)} \times \text{Altura (m)}}$$

$$\text{IMC} = \frac{80 \text{ kg}}{1.60 \times 1.60} = \frac{80 \text{ kg}}{2.56} = 31.25$$

Calcula tu IMC

IMC=

IMC=

IMC=

	IMC
Inicio	
Término	
Seguimiento	

22



Actividad 12. Busquemos soluciones

Posteriormente, realizar una lluvia de ideas sobre posibles alternativas de solución nos ayudará a ver diferentes opciones.

NO OLVIDES implementar las tres reglas: **Variedad, Aplazamiento del juicio y Cantidad.**

Instrucciones: Identifica el mayor número de opciones sin detenerte a pensar si serán eficaces.



Opción 1



Opción 2



Opción 3



Opción 4



Opción 5

52

ANEXO 2. Material Publicitario.



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



Invita a:

Curso - Taller “Aprendiendo a vivir con Diabetes”

Dirigido a pacientes con diabetes, pacientes en riesgo de padecer diabetes, público en general.

Martes: 8, 15, 22 y 29 de Mayo,
5 y 12 de Junio 2018.

o

Sábados: 12, 19, 26 de Mayo,
2, 9 y 16 de Junio

Edificio de Enseñanza
de 10:00 a 13:00 hrs



Estilo de
Vida
Saludable

GRATUITO



Temario:

- Sesión 1.** ¿Qué es la Diabetes?
- Sesión 2.** Alimentación saludable en pacientes con diabetes.
- Sesión 3.** Autocontrólate. Estrategias para la adherencia al tratamiento.
- Sesión 4.** ¿Cómo solucionar problemas relacionados con la dieta?
- Sesión 5.** Ejercicio físico en el paciente con diabetes.
- Sesión 6.** Problemas relacionados con la adherencia al ejercicio.

Impartido por:
Lic. Psic. Rosario Isabel Niño Higuera
Residente de Medicina Conductual del Servicio de Medicina Interna.

Dr. Ricardo Gallardo
Supervisor In Situ.

Informes e Inscripciones:
Hospital Juárez de México.
Av. Instituto Politécnico Nacional. GAM. Magdalena de las Salinas. CDMX.
Consultorio de Medicina Conductual.
Planta Baja por archivo. Segunda puerta, a un lado de Psiquiatría, frente al Sindicato.



ANEXO 3. Carta Descriptiva

<u>Sesión</u>	<u>Tiempo</u>	<u>Objetivo</u>	<u>Actividades</u>		<u>Materiales e Instrumentos</u>
			Residente	Participante	
Sesión Introdutoria (2 hrs)	30 min	<i>El participante identificará los objetivos del taller y sus metas personales sobre el mismo.</i>	El Residente recibirá a todos los participantes del taller en una de las aulas del edificio de enseñanza del HJM en donde cada uno de los participantes se presentará mencionando su nombre, su edad, tiempo viviendo con diabetes, gustos y pasatiempos.	El Participante participará activamente en la actividad de cohesión grupal, realizando las actividades indicadas por el Residente.	<u>Material</u> - “Kit de Bienvenida” <ul style="list-style-type: none"> • Manual “Aprender sobre Diabetes. Manual práctico para controlar mi Diabetes”. • Cinta Métrica. • Podómetro. • Pluma. - Registro disponibles dentro del Manual. <ul style="list-style-type: none"> • Peso. • Circunferencia de cintura. • Glucosa. • Presión Arterial. • Índice de Masa Corporal. - Consentimiento Informado. - Carta Compromiso.
			Posteriormente, se realiza una dinámica de cohesión de grupo “La Telaraña” la cual será dirigida por el Residente.	El Participante indicará cuáles son las metas que tienen respecto al taller y a su participación en el mismo.	
			El Residente describirá cuáles son los objetivos de la intervención, en qué consiste y los beneficios que tendrán los participantes.	El Residente preguntará a cada uno de los participantes cuáles las metas que tienen con respecto al taller y a su participación en el mismo.	
			El Residente entregará a los participantes su “Kit de bienvenida” pedirá que saquen el manual “Aprender	El Participante realizará la personalización de su manual, colocando los datos solicitados en la	

<p>30 min</p>	<p>sobre Diabetes. Manual práctico para controlar mi Diabetes” y pedirá a uno de los participantes que lea la Presentación.</p> <p>Posteriormente, el Residente dará la instrucción de realizar la personalización de los manuales en la página III.</p> <p>Para finalizar, explicará a los participantes (con apoyo del equipo de enfermería) el procedimiento para la toma de las medidas y el llenado de los registros.</p> <p>El Residente entregará a los participantes el consentimiento informado y la carta compromiso.</p>	<p>página III.</p> <p>El Participante atenderá a la explicación del Residente sobre las tomas de medidas y el llenado de registros.</p> <p>El Participante tomará sus medidas según las indicaciones del Residente.</p> <p>El Participante llenará los registros según las indicaciones del Residente.</p> <p>El Participante leerá atentamente el consentimiento informado y la carta compromiso, las cuales serán firmadas y entregadas al finalizar la sesión.</p>	<p>- Madeja de tela de diferentes texturas.</p> <p><u>Instrumentos</u></p> <p>- Báscula</p> <p>- Glucómetro</p> <p>- Lancetas</p> <p>- Tiras reactivas</p> <p>- Bau manómetro</p> <p>- Lápiz y bolígrafos</p> <p>- Cinta métrica</p> <p>- Computadora</p> <p>- Proyector</p> <p>- Hojas</p>
<p>20 min</p>	<p>El Residente en conjunto con los participantes realizará la toma de medidas (glucosa, peso, presión arterial y circunferencia de cintura) y se registrarán en el manual.</p> <p>El Residente evaluará los conocimientos de los participantes a partir de la aplicación del Cuestionario Breve de</p>	<p>El Participante tomará sus medidas y las registrará en el manual.</p> <p>El Participante responderá las preguntas del Cuestionario Breve de</p>	<p><u>Material</u></p> <p>- Manual “Aprender sobre Diabetes. Manual práctico para controlar mi Diabetes”.</p> <p>- “Registro de Alimentación”</p>

<p><i>Sesión 1</i></p> <p><i>Psicoeducación en DM2</i></p> <p><i>(2 horas)</i></p>	10 min		Conocimientos de Diabetes (Pág. 4).	Conocimientos en Diabetes.	
	20 min	<i>El participante identificará los conceptos básicos de la DM2, así como los beneficios de estar en control.</i>	El Residente con apoyo de una presentación en programa Power Point denominada “¿Qué es la Diabetes?” donde se explicará al paciente el funcionamiento de un cuerpo sano, posteriormente se explicará en qué consiste la Diabetes Mellitus tipo 2, sus factores de riesgo, síntomas, así como las complicaciones y formas de tratamiento.	El Participante escuchará activamente la explicación del Residente sobre DM2, siguiendo la información de su manual y en caso de necesitarlo tomará notas sobre la información que considere necesaria.	<p>- Diapositivas “¿Qué es la Diabetes?”</p> <p>- Registro disponibles dentro del Manual.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peso. • Circunferencia de cintura. • Glucosa. • Presión Arterial. • Índice de Masa Corporal.
	10 min		El Residente pedirá a los participantes que realicen el <u>Actividad 1. Definamos la Diabetes</u> del Manual “Aprender sobre Diabetes”, dando las instrucciones y orientando la actividad.	El Participante realizará el ejercicio considerando la información proporcionada por el Residente, en caso de existir dudas las preguntará al mismo.	- Láminas de Psicoeducación sobre Diabetes (Anexo)
	20 min		Posteriormente, pedirá que dos o tres participantes compartan su definición de Diabetes.	El Participante escuchará la información proporcionada por el Residente, siguiendo la información de su manual y en caso de necesitarlo tomará notas sobre la información que	<p><u>Instrumentos</u></p> <p>- Báscula</p> <p>- Glucómetro</p> <p>- Lancetas</p> <p>- Tiras reactivas</p>

		misma.	considere necesaria	- Bau manómetro - Lápiz y bolígrafos
	15 min	El Residente leerá en conjunto con los Participante las instrucciones del <u>Actividad 2. “Mis motivos para cuidarme son...”</u> y solicitará a los participantes, realizar una lista de cinco razones para realizar los cambios conductuales en su Estilo de Vida, los cuales serán escritos en el <i>Manual “Aprender sobre Diabetes”</i> .	El Participante enumerará cinco motivos por los cuales considera necesario realizar las modificaciones conductuales en sus vidas, indicando los beneficios que éstas implican y los escribirá en el <i>Manual “Aprender sobre Diabetes”</i> .	- Cinta métrica - Computadora - Proyector - Hojas
Sesión 1 Psicoeducación en DM2	10 min	El Residente aplicará nuevamente el Cuestionario Breve sobre conocimientos en Diabetes (Pág. 15).	El Participante responderá nuevamente el Cuestionario Breve de Conocimientos de Diabetes (Pág. 15).	
	10 min	El Residente cerrará la sesión haciendo un breve resumen sobre la información revisada en la sesión y mencionará el objetivo de la próxima sesión. Indicará a los participantes la tarea, la cual consiste en el llenado del <i>“Registro de Alimentación”</i> .	El Participante expresará las dudas que tenga sobre el llenado del <i>“Registro de Alimentación”</i> .	

	20 min	El Residente en conjunto con los participantes realizará la toma de medidas (glucosa, peso, presión arterial y circunferencia de cintura) y se registrarán en el manual.	El Participante tomará sus medidas y las registrará en el manual. Material - <i>Manual “Aprender sobre Diabetes. Manual práctico para controlar mi Diabetes”.</i> - <i>“Registro de Alimentación”</i>
	10 min	El Residente revisará el “Registro de Alimentación” en conjunto con los participantes, preguntará a los participantes qué notaron del mismo y si hay alguna duda o comentario con respecto a los mismos.	- Diapositivas “Mi Alimentación” - Registro disponibles dentro del Manual.
<p><i>Sesión 2</i></p> <p><i>Psicoeducación sobre Alimentación</i></p> <p><i>(2 horas)</i></p>	10 min	<p><i>El Participante identificará los grupos de alimentos y las combinaciones posibles que le permitan mejorar su alimentación</i></p> <p>El Residente evaluará los conocimientos de los participantes sobre alimentación en personas con diabetes a partir de la formulación de tres preguntas de discusión. (¿Cómo debe ser la alimentación en personas con diabetes? ¿Cuáles son los grupos de alimentos? ¿Cuántas veces al día debemos alimentarnos?)</p> <p>El Residente con apoyo de una presentación en programa Power Point denominada “Mi Alimentación”</p>	<p>El Participante responderá las preguntas del Residente sobre la alimentación en personas con diabetes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peso. • Circunferencia de cintura. • Glucosa. • Presión Arterial. • Índice de Masa Corporal. <p>- Láminas de Psicoeducación sobre Alimentación (Anexo)</p> <p>- Preguntas de discusión.</p>

20 min	<p>explicará al paciente cómo funciona el cuerpo, los diferentes componentes nutricionales, los objetivos de la alimentación en el control de la Diabetes Mellitus tipo 2, los diferentes tipos de alimentos, las porciones y cómo deben utilizarse, así como los métodos del plato del buen comer y la jarra del buen bebe para realizar una dieta balanceada y variada.</p>	<p><i>Alimentación</i>”,siguiendo la información de su manual y en caso de necesitarlo tomará notas sobre la información que considere necesaria</p>	<p>- Alimentos de los seis grupos alimenticios.</p> <p>- 6 círculos grandes.</p>
10 min	<p>El Residente presentará a los participantes diversos alimentos y pedirá a los participantes que los clasifiquen en los círculos de los alimentos según sea el caso.</p>	<p>El Participante clasificará según el grupo alimenticio, los dibujos de alimentos brindados por el Residente.</p>	<p><u>Instrumentos</u></p> <p>- Báscula</p> <p>- Glucómetro</p> <p>- Lancetas</p> <p>- Tiras reactivas</p> <p>- Bau manómetro</p> <p>- Lápiz y bolígrafos</p>
	<p>El Residente, con apoyo de la liga de internet de la Federación Mexicana de Diabetes, apoyará a los participantes con la implementación de la actividad del plato del buen comer.</p>	<p>El Participante identificará los elementos del plato de buen comer, haciendo un plato en donde integre los diferentes grupos de alimentos que lo conforman.</p>	<p>- Cinta métrica</p> <p>- Computadora</p> <p>- Proyector</p> <p>- Hojas Blancas.</p>
		<p>Posteriormente, cada participante explicará los elementos de su plato.</p>	<p>- 10 platos desechables.</p>

Psicoeducación sobre Alimentación	Sesión 2	20 min	El Residente solicitará a los participantes realizar cuatro equipos.	Los Participantes formarán cuatro grupos.	- Alimentos en hojas de cartón.
			Una vez estructurados los equipos, el Residente pedirá a los participantes realizar la <u>Actividad 9 “Planificación Semanal de Alimentación”</u> en donde elaborarán un menú de alimentación en el cual se integrarán los seis grupos de alimentos, apoyándose en la información dentro del <i>“Manual de Alimentación”</i>	Los Participante realizarán un menú de alimentación según lo revisado en la sesión y apoyándose en la información dentro del <i>“Manual de Alimentación”</i>	
		10 min	El Residente solicitará a los participantes explicar a los demás su “Plan de Alimentación”, así como los grupos de alimentos que lo integran	Por equipo, los Participantes explicarán su “Plan de Alimentación”, dando énfasis en los grupos alimenticios que lo integran.	
		10 min	El Residente pedirá a los participantes que realicen el <u>Actividad 3. Mi gran meta es...</u> del <i>Manual “Aprender sobre Diabetes”</i> , dando las instrucciones y orientando la actividad.	Los Participantes elaborarán su objetivo general y sus objetivos específicos respecto a sus metas de alimentación.	

<p>10 min</p>	<p>El Residente cerrará la sesión haciendo un breve resumen de la sesión y mencionará el objetivo de la próxima sesión. Indicará a los participantes la tarea, la cual consistirá en continuar en el llenado del “Registro de Alimentación”. De igual manera, se solicitará la elaboración su “Plan de Alimentación” según lo revisado en la Actividad 9.</p>	<p>El Participantes elaborará como tarea su “Plan de Alimentación” para la siguiente sesión.</p>
<p>20 min</p>	<p>El Residente en conjunto con los participantes realizará la toma de medidas (glucosa, peso, presión arterial y circunferencia de cintura) y se registrarán en el manual.</p>	<p>El Participante tomará sus medidas y las registrará en el manual.</p> <p>Material</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manual “Aprender sobre Diabetes. Manual práctico para controlar mi Diabetes”.
<p>10 min</p> <p><i>El participante identificará los estímulos que interfieran en su cumplimiento</i></p>	<p>El Residente revisará el “Registro de Alimentación” y el plan de alimentación en conjunto con los participantes, preguntará si hay alguna duda o comentario con respecto a los mismos</p>	<p>El Participante comentará lo analizado a partir de su “Registro de Alimentación”, así como las dudas o comentarios del mismo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Registro de Alimentación” - Diapositivas “Autocontrolate”

Sesión 3 Autocontrol (2 horas)	<i>terapéutico y los pasos que debe realizar para modificarlos.</i>	El Residente con apoyo de una presentación en programa Power Point denominada “ <i>Autocontrol-ate</i> ” explicará al paciente el modelo de autocontrol (autoobservación, autoregistro, automonitoreo, control estimular, autoreforzamiento, autocastigo)	El Participante escuchará atentamente la explicación del Residente sobre las diapositivas “ <i>Autocontrol-ate</i> ”.	- Registro disponibles dentro del Manual. <ul style="list-style-type: none"> • Peso. • Circunferencia de cintura. • Glucosa. • Presión Arterial. • Índice de Masa Corporal.
		20 min		
			El Residente pedirá a los participantes que observen sus registros de alimentación iniciales y que identifiquen lo que notan en los mismos. Una vez que lo anterior suceda explicará a los participantes el proceso de autoobservación y autoregistro.	El Participante observarán sus registros de alimentación y analizarán el tipo de alimentación que hay en cada uno de ellos. El Participantes escuchará la explicación del Residente sobre autoobservación y autoregistro.
	10 min	El Residente retroalimentará los esfuerzos de los participantes sobre el llenado de registros, así como la identificación de estímulos que pudieran apoyarlos a mejorar su adherencia.		<u>Instrumentos</u> - Báscula - Glucómetro - Lancetas - Tiras reactivas - Bau manómetro - Lápiz y bolígrafos
	100 min	El Residente pedirá a los participantes realizar la <u>Actividad 5 “Mis Obstáculos son...”</u> , en donde elaborará una lista de los estímulos que interfieren en la adherencia al tratamiento (alimentos, horarios, lugares, personas), una vez que los participantes hayan terminado de hacer su lista, el Residente pedirá que	El Participante elaborará una lista de estímulos que interfieran en la adherencia al tratamiento, posteriormente los jerarquizarán por orden de importancia.	- Cinta métrica - Computadora - Proyector

los jerarquicen por orden de dificultad.

- Hojas Blancas.

Sesión 3

Autocontrol

El Residente pedirá a los participantes realizar la Actividad 4 “Mis Fortalezas son...” en donde se escribirán los estímulos que ayuden a mejorar la adherencia al tratamiento (alimentos, horarios, lugares, personas), una vez que los participantes hayan terminado de hacer su lista, el Residente pedirá que los jerarquicen por orden de dificultad.

El Participante elaborará una lista de estímulos que favorezcan en la adherencia al tratamiento, posteriormente los jerarquizarán por orden de importancia.

10 min

El Residente solicitará a los participantes realizar la Actividad 6 “Lo que puedo hacer es...” en donde a partir de un análisis de los apartados anteriores se escribirá una forma en la que modificarían los estímulos identificados en el ejercicio anterior, así como diseñar estrategias que permitan modificar los mismos, comenzando por el más sencillo.

El Participante escribirá la forma en que modificarían los estímulos identificados en el ejercicio inicial, así como las estrategias que permitan dicha modificación.

5 min

El Residente pedirá a los participantes que en la Actividad 7 “Contrato Conductual de Alimentación” escriban los acuerdos de control estimular que hayan diseñado y se comprometan a realizarlo según los pasos acordados, al final estos contratos deberán firmarse

El Participante escribirá

en un contrato conductual los acuerdos de control estimular planteados por el mismo.

por el participante y por el residente.

10 min

El Residente retomará la explicación de autocontrol y solicitará a los participantes realizar la Actividad 8 “Tarjetas de Apoyo”, en donde se identificarán aquellas frases que les serían reforzantes ante la realización de los acuerdos del control estimular, una vez que sean identificados, serán escritos en una tarjeta de apoyo.

El Participante identificarán aquellas frases que les sean reforzantes como medios de autoreforzo, una vez cumplidos los acuerdos del control estimular. Posteriormente, las escribirá en una tarjeta de apoyo.

15 min

El Residente retomará la Actividad 9 “Planificación Semanal de Alimentación” explicando la importancia de estructurar los pasos a seguir para la ejecución de una tarea y solicitará a los participantes realizar con su tarea la Actividad 10 “Lista de Compras” con su tarea.

El Participante revisará su tarea de “Plan de Alimentación” en el que identificará los diferentes grupos de alimentación y realizará una lista de compras con anticipación.

El Residente cerrará la sesión haciendo un breve resumen sobre la información revisada en la sesión y mencionará el objetivo de la próxima sesión.

El Participante escuchará con atención el resumen de la sesión brindado por el Residente.

Indicará a los participantes la tarea, la cual consiste en el llenado del “*Registro de Alimentación*”, la continuación de la elaboración del “Plan Semanal de

El Participante elaborará como tarea su plan de alimentación para la semana siguiente, así como pondrá en marcha

	10 min		Alimentación” para la siguiente sesión y el cumplimiento del acuerdo de control estimular y su posterior refuerzo positivo al ser cumplido.	el control estimular y su posterior autorefuerzo.	
	20 min		El Residente en conjunto con los participantes realizará la toma de medidas (glucosa, peso, presión arterial y circunferencia de cintura) y se registrarán en el manual.	El Participante tomará sus medidas y las registrará en el manual.	Material - Manual “Aprender sobre Diabetes. Manual práctico para controlar mi Diabetes”.
	10 min		El Residente revisará el “Registro de Alimentación” y el “Plan Semanal de Alimentación” en conjunto con los participantes, preguntará si hay alguna duda o comentario con respecto a los mismos	El Participante mencionará las dudas o comentarios que tenga respecto a su “Registro de Alimentación” y/o el “Plan Semanal de Alimentación”	- “Registro de Alimentación” - Diapositivas “¿Cómo solucionar problemas?”
Sesión 4 Solución de Problemas. (2 horas)	10 min	El participante generará soluciones a un problema específico que interfiera en su adherencia a la alimentación	El Residente preguntará sobre la implementación del control estimular y el refuerzo positivo, así como las dificultades y dudas de los mismos. El Residente pedirá a los participantes que a partir de lo anterior, identifiquen tres problemáticas relacionadas con la adherencia a la alimentación y las	El Participante mencionará las dudas, comentarios o dificultades que tenga respecto a la implementación del control estimular y el autorefuerzo. El Participante realizará una lista de tres problemáticas que ha identificado como impedimentos para la adherencia	- Registro disponibles dentro del Manual. • Peso. • Circunferencia de cintura. • Glucosa. • Presión Arterial. • Índice de Masa Corporal.

10 min	<p>especifique acorde con la <u>Actividad 11</u> “<u>Definición de la Problemática</u>”, posteriormente deberá manera jerarquizarla acorde al grado de dificultad.</p>	a la alimentación.	<p>- Láminas de Psicoeducación Solución de Problemas (Anexo)</p>
20 min	<p>El Residente con apoyo de una presentación en programa Power Point denominada “¿Cómo solucionar problemas?” explicará al paciente el Método del Árbol como modelo de solución de problemas (identificación del problema, lluvia de ideas, balance decisional, puesta en práctica y evaluación).</p>	<p>El Participante escuchará atentamente la explicación del Residente sobre las diapositivas “¿Cómo solucionar problemas?”.</p>	<p><u>Instrumentos</u></p>
10 min	<p>El Residente pedirá a los participantes seleccionar una problemática de las tres que seleccionaron, si es posible una en la que todos los participantes coincidan,</p>	<p>Los participantes seleccionarán una problemática común entre todo el grupo.</p>	<p>- Báscula - Glucómetro - Lancetas - Tiras reactivas - Baumanómetro - Lápiz y bolígrafos - Cinta métrica - Computadora</p>
	<p>A continuación, pedirá a los participantes que realicen la <u>Actividad 12</u> “<u>Busquemos soluciones</u>” en donde identifiquen al menos cinco alternativas para el problema seleccionado, considerando las tres reglas de la lluvia de ideas “<i>Variedad, Aplazamiento del Juicio y Cantidad</i>”.</p>	<p>Cada participante elaborará al menos cinco alternativas de solución para resolver el problema acorde con las tres reglas para la realización de una lluvia de ideas.</p>	<p>- Proyector - Hojas Blancas. - Papel Bond. - Marcador Negro, Verde y Azul.</p>
	<p>Posteriormente, el Residente pedirá a los</p>	<p>Posteriormente, cada uno de los participantes mencionará sus alternativas de solución, las cuales se</p>	

	<p>participantes que den la mayor cantidad de alternativas posibles y las escribirá en un papel bond.</p> <p>El Residente solicitará a los participantes que, en grupo, realicen la <u>Actividad 13 “Optar por la mejor solución”</u> en donde solicitará que identifiquen las desventajas y ventajas de las alternativas mencionadas, así como el grado de satisfacción que tendría dicha solución a corto y largo plazo.</p>	<p>colocarán en un papel bond.</p> <p>Los Participantes identificarán las ventajas y desventajas de cada una de las alternativas de solución planteadas a un problema en específico; posteriormente evaluarán el grado de satisfacción que tendrían llevando a cabo dicha situación a corto y largo plazo.</p>
<p>10 min</p>	<p>El Residente solicitará a los participantes mencionen cuál consideran que sería la solución más viable considerando el análisis anterior.</p> <p>Una vez que los Participantes comenten la que consideran mejor, solicitará que realicen la <u>Actividad 14 “Llevemos a cabo la solución”</u> en donde enumerarán los pasos a seguir para realizar dicha actividad, así como los recursos necesarios tanto económicos como materiales y de esfuerzo físico, emocional y mental para la realización de la alternativa de solución.</p>	<p>Los participantes seleccionarán la solución que consideren más oportuna para solucionar el problema definido.</p> <p>Posteriormente, enumerarán los pasos a seguir para llevar a cabo dicha solución, así como los recursos necesarios tanto económicos como materiales y de esfuerzo físico, emocional y mental para la realización de la alternativa de solución.</p>
<p>Sesión 4 Solución de</p>	<p>El Residente pedirá a los participantes una retroalimentación sobre el ejercicio realizado.</p>	<p>El Participante comentará el ejercicio realizado, haciendo énfasis en la utilidad que éste tiene para la</p>

Problemas	5 min		adherencia a la alimentación.
	5 min	El Residente pedirá a los participantes que revisen los registros realizados a lo largo del módulo de alimentación del taller, retroalimentando los esfuerzos de los participantes y motivando a los cambios con respecto a los objetivos marcados en la sesión uno.	El Participante revisará los registros realizados a lo largo del módulo de alimentación.
	10 min	El Residente pedirá a los participantes la realización de un resumen verbal de lo aprendido en dicho módulo y motivará a la asistencia del módulo de ejercicio	El Participante mencionará en voz alta lo aprendido en el módulo de alimentación y las ventajas o desventajas que éste trae a su adherencia al tratamiento.
	10 min	El Residente indicará a los participantes la tarea, la cual consiste en el llenado del “Registro de Alimentación”, la realización del “Plan Semanal de Alimentación” y el cumplimiento del acuerdo de control estimular según sea el caso y su posterior refuerzo positivo al ser cumplido.	El Participantes elaborará como tarea su “Registro de Alimentación”, el “Plan Semanal de Alimentación” para la siguiente sesión, pondrá en marcha el control estimular y su posterior autorrefuerzo.
			De igual manera, realizará un ejercicio de Solución de Problemas con una de las problemáticas seleccionadas en la primera actividad de esta sesión.
		El Residente en conjunto con los participantes realizará la toma de medidas (glucosa, peso, presión arterial	El Participante tomará sus medidas y las registrará en el manual.

Material
- Manual “Aprender

<p>Sesión 5</p> <p>Psicoeducación de Ejercicio</p> <p>(2 horas)</p>	20 min	<p>El Participante identificará los diferentes tipos, los elementos y beneficios del ejercicio, así como las pautas de precaución para realizarlo que le permitan implementar una rutina de ejercicio.</p>	<p>y circunferencia de cintura) y se registrarán en el manual.</p>	<p>sobre Diabetes. Manual práctico para controlar mi Diabetes”.</p>
	10 min		<p>El Residente revisará el “Registro de Alimentación” y el “Plan Semanal de Alimentación” en conjunto con los participantes, preguntará si hay alguna duda o comentario con respecto a los mismos.</p>	<p>- “Registro de Alimentación”</p>
	10 min		<p>El Residente preguntará sobre los obstáculos que los participantes tienen para realizar ejercicios, evaluando intentos previos a partir de tres preguntas ¿Qué se te dificulta de hacer ejercicio? ¿Lo has intentado antes? ¿Por qué dejaste de hacerlo?</p>	<p>- Diapositivas “¿Cómo hacer ejercicio?”</p>
	20 min		<p>El Residente con apoyo de una presentación en programa Power Point denominada “¿Cómo hacer ejercicio?” explicará al paciente la definición de ejercicio, los tipos de ejercicio, elementos del ejercicio (intensidad, duración, frecuencia) beneficios del ejercicio, fases del ejercicio, hipoglucemia, hiperglucemia, aspectos a cuidar al hacer ejercicio, algunos consejos para hacer ejercicio.</p>	<p>- Registro disponibles dentro del Manual.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peso. • Circunferencia de cintura. • Glucosa. • Presión Arterial. • Índice de Masa Corporal. <p>- Láminas de Psicoeducación Ejercicio (Anexo)</p> <p>- Preguntas de discusión.</p>

Sesión 5 Psicoeducación de Ejercicio	10 min	El Residente pedirá a los participantes realizar la <u>Actividad 15 “Mi gran meta es...”</u> en donde colocarán los cambios que quieren alcanzar al finalizar el módulo de Ejercicio.	Los Participantes elaborarán su objetivo general y sus objetivos específicos respecto a sus metas de ejercicio.
	10 min	El Residente pedirá a los participantes que realicen la <u>Actividad 16 “¿Cómo empezar?”</u> en donde deberán escribir tres actividades y calificarlas según el agrado, el dominio y la viabilidad de la actividad.	Los Participantes seleccionarán tres actividades placenteras y las calificarán de acuerdo al gusto, el dominio y la viabilidad de las mismas.
	10 min	Al final del ejercicio se sumarán las calificaciones de cada actividad y será la actividad bajo la que se enfocará el módulo de ejercicio. El Residente explicará la importancia del plan para la realización de cualquier cambio y el compromiso del mismo.	Posteriormente, sumarán las calificaciones de sus actividades, identificando el ejercicio con más El Participante escuchará atentamente la explicación del residente, preguntará sus dudas o comentarios.
	10 min	Posteriormente, solicitará a los participantes realizar la <u>Actividad 17</u>	El Participante seleccionará los días y horarios adecuados para la realización

Instrumentos

- Báscula
- Glucómetro
- Lancetas
- Tiras reactivas
- Baumanómetro
- Lápiz y bolígrafos
- Cinta métrica
- Computadora
- Proyector
- Hojas Blancas.
- Papel Bond.

“Plan Semanal de Ejercicio” en donde identificarán los días de la semana y los horarios en los que se comprometen a realizar el ejercicio físico seleccionado.

del ejercicio físico seleccionado anteriormente.

5 min

El Residente pedirá a los participantes a realizar la Actividad 18 “Contrato de Ejercicio” en donde estipularán los acuerdos de actividad, horarios e instrumentos que necesitan para realizar el ejercicio físico, así como las sanciones acordadas en caso de no cumplir con lo estipulado.

El Participante llenará el contrato conductual según los apartados correspondientes, seleccionará sus sanciones en caso de no cumplirlo así como sus recompensas al hacerlo.

Al final lo firmará el participante y el residente.

10 min

El Residente indicará a los participantes la tarea, la cual consiste en el llenado del “*Registro de Alimentación*”, el seguimiento e implementación de su “*Plan Semanal de Alimentación*”, así como la implementación del “*Plan de Ejercicio*” y el cumplimiento del contrato conductual con sus castigos y sus recompensas.

Acorde con lo anterior, como tarea, el Participante implementará las diferentes estrategias en casa.

De igual manera, explicará a los participantes el llenado del Registro de F. C. y de actividad semanal.

<i>Sesión 6</i>	20 min	<i>El participante generará soluciones a un problema específico que interfiera en su adherencia al ejercicio.</i>	El Residente en conjunto con los participantes realizará la toma de medidas (glucosa, peso, presión arterial y circunferencia de cintura) y se registrarán en el manual.	El Participante tomará sus medidas y las registrará en el manual.	<u>Material</u> - Registro “ <i>Mi Diario de Alimentación</i> ” - Registro disponibles dentro del Manual “ <i>Aprender de Diabetes</i> ” - Peso - Circunferencia de cintura
-----------------	--------	--	--	---	--

20 min

El Residente pedirá a los participantes realizar la Actividad 19 "Test de Barreras de Ejercicio" el cual consiste en responder una serie de oración con una escala tipo Likert de cuatro opciones de respuesta.

Al finalizar, el Residente apoyará a los participantes en la calificación del test para identificar lo que dificulta principalmente la realización de ejercicio.

El Participante responderá el Test de Barreras de Ejercicio, leerá cuidadosamente cada una de las oraciones y las responderá según considere.

Posteriormente, calificará el test identificando cuáles son las principales barreras que presenta.

- Glucosa
- Presión Arterial
- Índice de Masa Corporal

- Registro de F. C.
- Registro de Actividad Física
- Cuadro comparativo de Actividades
- Contrato Conductual

- Láminas Psicoeducativas de F.C. (Anexo)

Instrumentos

- Báscula
- Glucómetro
- Lancetas
- Tiras reactivas
- Bau manómetro
- Lápiz y bolígrafos

15 min

El Residente explicará cada uno de las barreras para la realización del ejercicio y se hará énfasis en el cambio conductual necesario para hacerles frente.

El Residente pedirá a los participantes seleccionar una problemática de las tres principales barreras que seleccionaron, si es posible una en la que todos los participantes coincidan.

A continuación, pedirá a los participantes que realicen la Actividad 20 “Busquemos soluciones” en donde identifiquen al menos cinco alternativas para el problema seleccionado, considerando las tres reglas de la lluvia de ideas *“Variedad, Aplazamiento del Juicio y Cantidad”*.

Posteriormente, el Residente pedirá a los participantes que den la mayor cantidad de alternativas posibles y las escribirá en un papel bond.

El Residente solicitará a los participantes que, en grupo, realicen la Actividad 21 “Optar por la mejor solución” en donde solicitará que

El Participante escuchará la explicación del residente e identificará cuáles serían los cambios a nivel conductual que tendría que realizar para vencer esa barrera

Los participantes seleccionarán una problemática común entre todo el grupo.

Cada participante elaborará al menos cinco alternativas de solución para resolver el problema acorde con las tres reglas para la realización de una lluvia de ideas.

Posteriormente, cada uno de los participantes mencionará sus alternativas de solución, las cuales se colocarán en un papel bond.

Los Participantes identificarán las ventajas y desventajas de cada una de las alternativas de solución planteadas a un problema en específico;

- Cinta métrica
- Computadora
- Proyector
- Hojas

10 min	identifiquen las desventajas y ventajas de las alternativas mencionadas, así como el grado de satisfacción que tendría dicha solución a corto y largo plazo.	posteriormente evaluarán el grado de satisfacción que tendrían llevando a cabo dicha situación a corto y largo plazo.
10 min	<p>El Residente solicitará a los participantes mencionen cuál consideran que sería la solución más viable considerando el análisis anterior.</p> <p>Una vez que los Participantes comenten la que consideran mejor, solicitará que realicen la <u>Actividad 22 “Llevemos a cabo la solución”</u> en donde enumerarán los pasos a seguir para realizar dicha actividad, así como los recursos necesarios tanto económicos como materiales y de esfuerzo físico, emocional y mental para la realización de la alternativa de solución.</p>	<p>Los participantes seleccionarán la solución que consideren más oportuna para solucionar el problema definido.</p> <p>Posteriormente, enumerarán los pasos a seguir para llevar a cabo dicha solución, así como los recursos necesarios tanto económicos como materiales y de esfuerzo físico, emocional y mental para la realización de la alternativa de solución.</p>
10 min	El Residente pedirá a los participantes una retroalimentación sobre el ejercicio realizado.	El Participante comentará el ejercicio realizado, haciendo énfasis en la utilidad que éste tiene para la adherencia a la alimentación.
10 min	El Residente pedirá a los participantes que revisen los registros realizados a lo largo del módulo de alimentación y del módulo de ejercicio, motivando a los cambios con respecto a los objetivos marcados en la sesión uno.	El Participante revisará los registros realizados a lo largo del módulo de alimentación.

10 min	<p>El Residente pedirá a los participantes la realización de un resumen verbal de lo aprendido en dicho módulo y motivará a la asistencia del módulo de ejercicio</p>	<p>El Participante mencionará en voz alta lo aprendido en el módulo de alimentación y las ventajas o desventajas que éste trae a su adherencia al tratamiento.</p>
10 min	<p>El Residente retroalimentará la ejecución de los participantes, así como su dedicación y su tiempo, dará pautas de prevención de recaídas haciendo énfasis en las tarjetas de apoyo y el ejercicio del ARBOL.</p>	<p>El Participante escuchará la retroalimentación del Residente y brindará retroalimentación a sus compañeros y al Residente.</p> <p>El Participante escuchará las pautas de prevención de recaídas, preguntando cualquier duda o comentario.</p>
10 min	<p>Se dará un cierre a las actividades hechas.</p> <p>Se les entregará un diploma por su participante y tarjetas de apoyo con frases motivantes.</p> <p>Asimismo, se les entrego una copia de laboratorios para realizar la prueba de HbA1c.</p> <p>Se acordó con los participantes entregar copia de los laboratorios en la sesión de seguimiento.</p>	

ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del protocolo:

**** Intervención cognitivo conductual para la adherencia a la dieta y al ejercicio físico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.**

****Investigador principal: Psic. Rosario Isabel Niño Higuera**

****Teléfono: 55*******

****Dirección: Av. Instituto Politécnico Nacional 5160, Col. Magdalena de las Salinas Del. Gustavo A. Madero. Distrito Federal CP. 07760**

****Sede y servicio donde se realizará el estudio: Hospital Juárez de México. Servicio de Medicina Interna.**

****Nombre del paciente: _____**

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

****1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.** La Diabetes Mellitus es una enfermedad que afecta al 9% de la población mexicana y se ha convertido en un problema de salud pública. Se ha comprobado que un adecuado control de la enfermedad favorece el estado general de salud. Adicional al tratamiento médico, el cambio en el comportamiento ha sido una de las estrategias para mejorar el estilo de vida del paciente y que puede hacerse a través de la instrucción especializada. El paciente tiene un papel activo en el tratamiento de su enfermedad, por lo que el personal de salud (psicólogo) puede enseñarle cómo realizar algunos cambios que complementen el tratamiento médico. Entre ellos se incluye el

aprendizaje de algunas estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento (alimentación y ejercicio) adecuada a las necesidades de la persona con diabetes.

****2. OBJETIVO DEL ESTUDIO**

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivos brindar a los pacientes estrategias desde el enfoque cognitivo conductual para favorecer la adherencia a la dieta y al ejercicio físico.

Se espera que a través de un taller de 6 sesiones el paciente aprenda sobre su enfermedad, cómo seguir un plan alimenticio y cómo resolver problemas cotidianos que pudieran interferir con su alimentación y la realización del ejercicio físico. Este programa servirá para complementar el tratamiento médico y mejorar el control de la enfermedad.

****3. BENEFICIOS DEL ESTUDIO**

En estudios realizados anteriormente por otros investigadores se ha observado que al mejorar la alimentación del paciente con diabetes se puede facilitar el control de la glucosa en sangre y así favorecer la salud de la persona

Con este estudio conocerá más sobre la diabetes y cómo la alimentación y la realización de ejercicio físico influye en el control de la enfermedad. Aprenderá algunas estrategias para cambiar los comportamientos que interfieren en el seguimiento de su dieta y la realización de ejercicio que complementan su tratamiento médico

Este estudio permitirá que en un futuro otros pacientes puedan beneficiarse del conocimiento obtenido sobre la alimentación, el ejercicio, los cambios en el comportamiento y el control de la diabetes

****4. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO**

En caso de aceptar participar en el estudio, se le realizarán algunas preguntas sobre usted, sus hábitos y sus antecedentes médicos. Si usted se encuentra interesado en colaborar se concretará una cita en el Hospital Juárez de México. En esta primera sesión se le explicará el objetivo de la intervención, se le dará un manual de registros y se le tomarán algunas medidas entre las que están: peso, circunferencia de cintura, glucosa y presión arterial. Asimismo, se le pedirán algunos estudios médicos que se le hayan hecho recientemente en el hospital,

(si cuenta con copias se le pedirá un juego) o su autorización para revisar su expediente clínico con el fin de obtener algunos valores médicos. La información obtenida será confidencial

Se le invitará a participar en el curso-taller “Aprendiendo a vivir con diabetes” de 6 sesiones semanales con duración de 2 a 3 hrs., a las que se le pide asistir en un 80% y que serán impartidas por la Lic. Rosario Isabel Niño Higuera. En cada una de éstas se harán mediciones de peso, glucosa, circunferencia de cintura y presión arterial. También se le pedirá llenar registros sobre su alimentación de forma diaria. Al terminar el taller se le solicitarán nuevamente laboratorios médicos a ser tomados dentro del hospital y se pedirá proporcionar una copia de los mismos.

****5. RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO**

Este estudio consta de las siguientes fases:

La primera implica promocionar y explicarle en qué consiste el taller, así como decidir la forma en la que participará en el estudio

La segunda parte del estudio consistirá en: 1) tomar medidas antes de iniciar el taller, estas incluyen peso, circunferencia de cintura, glucosa, presión arterial e IMC. También se le pedirán laboratorios médicos que se hayan hecho previamente en el hospital sobre Hemoglobina glucosada, colesterol y triglicéridos. 2) Se dará el taller en 6 sesiones y 3) Toma de medidas al concluir el taller. Al término se harán nuevamente las mediciones de peso, glucosa, presión arterial e IMC. También se le pedirá acudir a laboratorio para la toma de muestras. La información obtenida será completamente confidencial.

Para la toma de glucosa se le dará un piquete en el dedo índice que puede ser molesto sin que esto implique un riesgo para su salud. Esto se realizará en cada una de las sesiones del taller.

Para la toma de muestras al término del taller se le pedirá acudir al laboratorio clínico donde se le extraerá sangre

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

****Firma del participante o del padre o tutor**

Fecha

****Testigo 1**

Fecha (parentesco)

****Testigo 2**

Fecha (parentesco)

****Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):**

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Fecha

ANEXO 5. Carta Compromiso

CARTA COMPROMISO

Gustavo A. Madero, Ciudad de México, a _____ de Mayo de 2018.

Yo _____, como participante del taller “Aprendiendo a vivir con diabetes” cuyo objetivo es brindar a los pacientes estrategias desde el enfoque cognitivo conductual para favorecer la adherencia a la dieta y al ejercicio físico, me comprometo a asistir con puntualidad a las sesiones.

Al firmar este documento, hago el compromiso de acudir al 80% del taller (6 sesiones) y en caso de no poder presentarme notificarlo una sesión antes. Estoy enterado(a) que si faltó dos veces seguidas a las sesiones sin previo aviso se me dará de baja. Y en caso de retrasarme en una sesión, el tiempo no se repondrá, por lo que tendré que adecuarme al ritmo de trabajo

De igual manera, me comprometo a realizar las tareas que sean solicitadas a lo largo del taller.

Se me ha informado que tengo el derecho de recibir un trato profesional y que puedo retirarme de del taller cuando yo lo decida, sin que eso implique algún costo o represalia para mi persona.

Se me ha informado que el taller no tiene ningún costo al igual que los materiales que se me den a lo largo de las sesiones.

Nombre y firma del usuario

Nombre y firma del terapeuta

ANEXO 6. Hoja de Datos Personales.

HOJA DE DATOS PERSONALES

APELLIDOS	NOMBRE
------------------	---------------

FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	ESTADO CIVIL
----------------------------	-------------	---------------------

LUGAR DE ORIGEN:	LUGAR DE RESIDENCIA:	RELIGIÓN
-------------------------	-----------------------------	-----------------

TELÉFONO DE CONTACTO:	CORREO ELECTRÓNICO:
------------------------------	----------------------------

DIAGNÓSTICOS MÉDICOS	AÑOS CON EL DIAGNÓSTICO
-----------------------------	--------------------------------

DESCRIBE BREVEMENTE TU TIPO DE TRATAMIENTO

PERSONA DE CONTACTO (INICIANDO CON APELLIDOS)	TELÉFONO DE LA PERSONA DE CONTACTO
--	---

ANEXO 7. Ejemplos de presentaciones para las sesiones del taller.

¿Cuáles son los factores que debo cuidar?



HbA1c

Hemoglobina Glucosilada (HbA1C)
Análisis de sangre que mide el nivel promedio de glucosa en sangre durante los últimos 3 meses.

Presión Arterial
Es la fuerza de la sangre hacia la pared de los vasos sanguíneos

Colesterol
Sustancia tipo grasosa que existe en el cuerpo.

- Colesterol LDL "malo"
- Colesterol HDL "bueno"



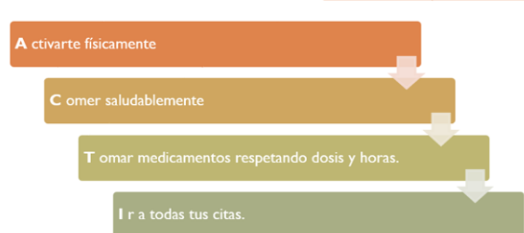
¿Qué es la Adherencia?

Grado en el cual la conducta de una persona coincide con las recomendaciones médicas o higiénico sanitarias.

Haynes (1976)

Es el patrón de regulación del comportamiento de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus consecuencias, con el objetivo de alcanzar las metas del tratamiento relacionado con la mejoría de la salud.

Herdman (2012)



```
graph TD; A[A ctivarte físicamente] --> B[C omer saludablemente]; B --> C[T omar medicamentos respetando dosis y horas.]; C --> D[I r a todas tus citas.];
```

Objetivos de la Alimentación en pacientes con Diabetes.



1. Dieta equilibrada.
2. Contribuir a normalizar los niveles de glucosa.
3. Atenuar el riesgo cardiovascular
4. Aportar calorías y nutrientes adecuados para mantener el peso ideal.
5. Prevención y tratamiento de las complicaciones agudas de la diabetes.
6. Adaptarse a los gustos de los pacientes.

(Cánovas, Alfred Koning, Muñoz y Vázquez, 2001)

VERDURAS

Proporcionan vitaminas A y C, así como ácido fólico y minerales (hierro y magnesio).



Son bajas en grasa y contienen fibra.

¿En qué consiste una porción?

Se sugieren de 3 a 5 porciones por día.

- 1 taza de verduras crudas.
- ½ taza de verduras cocidas.
- ¾ de taza de jugo de verduras.



Recomendaciones

- Los distintos tipos de verduras proporcionan diferentes nutrientes: Verduras de hojas verdes, Verduras de color amarillo, Verduras con almidón.
- Incluye verduras de hojas verdes y legumbres durante la semana, constituyen buena fuente de vitaminas y minerales.
- Agrega cantidades moderadas de grasa a las verduras.
- Utiliza aderezos para ensaladas con bajo contenido de grasa.

¿Qué es el Autocontrol?

Habilidades conductuales y cognitivas usadas por los individuos para mantener la automotivación y lograr metas personales (Rokke, Tomhave, Jovic, 2000).

¿Autocontrol en la Adherencia al Tratamiento?

Requiere de la adquisición de tres habilidades básicas:

1. Manejo médico (toma de medicamentos, adherencia a la dieta).
2. Modificación del comportamiento y patrones conductuales.
3. Afrontar las consecuencias emocionales y la visión del futuro (ira, miedo, frustración y depresión).

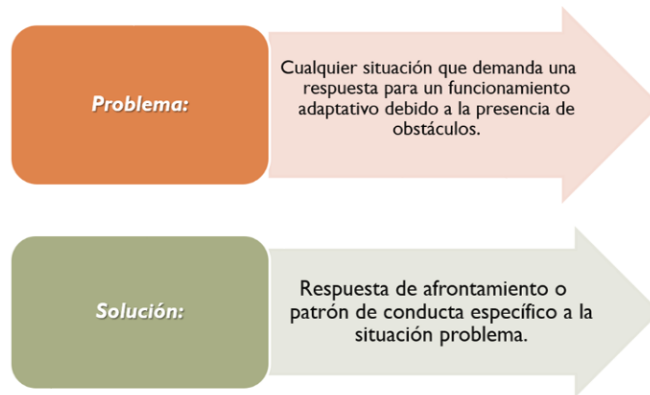
(Lorig y Holmann, 2003).

Pasos a Seguir



(Rentería, 2011)

¿Qué es un problema? ¿Qué es una solución?



(D'Zurilla y Nezu, 2001)

Actividad 12. Busquemos soluciones...

Realicemos una lluvia de ideas sobre las posibles alternativas de solución.

NO OLVIDES implementar las tres reglas:
Variedad, Aplazamiento del juicio y Cantidad.

Instrucciones: Identifica el mayor número de opciones sin detenernos a pensar si serán eficaces.



Opción 1



Opción 2



Opción 3



Opción 4

Beneficios del Ejercicio en pacientes con Diabetes.



Acelera el metabolismo disminuyendo la cantidad de grasa y glucosa en sangre.

Eleva los niveles de colesterol HDL (bueno).

Reduce los triglicéridos.

Favorece el consumo de glucosa por el músculo.

Es la única medida no farmacológica capaz de reducir la resistencia del músculo a la acción de la insulina.

Diferencia entre Actividad Física y Ejercicio Físico



Actividad Física

Cualquier movimiento que genera gasto energético adicional al reposo.

Andar. Montar Bicicleta. Bajar escaleras. Tareas domésticas. Actividades de ocio.

Ejercicio Físico

Movimiento corporal programado, estructurado y repetitivo realizado para mejorar o mantener la forma física

Andar a paso ligero. Trotar. Correr. Ciclismo. Aeróbicos.



ANEXO 8. Material de Apoyo “Grupos de Alimentos”





CURSO - TALLER
“APRENDIENDO A VIVIR CON
DIABETES”
MEDICINA CONDUCTUAL
MEDICINA INTERNA

ANEXO 9. Tarjetas con síntesis de Alimentación y Ejercicio Físico.

El Baile de las Manos



Vegetales

Origen Animal

Grasas

Fruta
Granos y Cereales


Mi plato saludable



Recuerda hacer Ejercicio

**Aeróbico y moderado
como caminar o trotar**

No dejes pasar más de dos días sin hacer ejercicio.



ANEXO 10. Diploma



ANEXO 11. Casos Clínicos

Caso clínico 1

1. Ficha de identificación:

Nombre: Agatha

Edad: 41 años

Sexo: Femenino

Edo. Civil: Soltera

Escolaridad: Secundaria

Ocupación: Pintar escuelas

Religión: Católico

Lugar de origen: Estado de Veracruz

Lugar de residencia: Estado de México

Diagnóstico médico: Cáncer de endometrio metástasis en pulmón e hígado.

2. Criterios de selección de caso

El presente caso pretende ilustrar el proceso terapéutico de un caso oncológico en el servicio de Medicina Interna, el cual al ser un servicio diagnóstico aborda diferentes momentos del proceso de la enfermedad (prediagnóstico, diagnóstico, tratamiento, remisión y/o recaída). En ocasiones, el proceso de diagnóstico puede ser prolongado y la estancia en el servicio puede extenderse, dado lo anterior es necesario dar respuesta, no solo a las problemáticas médicas de los pacientes, sino también a los problemas psicológicos de los mismos.

Por tanto, se expone el tratamiento en diversos momentos de la hospitalización principalmente en el pre diagnóstico y diagnóstico y cómo el tratamiento psicológico se adapta a las necesidades del paciente.

3. Motivo de la consulta:

La paciente menciona sentir mucho dolor (EVA 10) “siento como navajas”, “me están atravesando” (sic. pac.) acompañado de activación fisiológica como taquicardia, sudoración, debilidad, cansancio y movimientos estereotipados de piernas y manos, lo que se intensifica al pensar en el probable diagnóstico de cáncer y sus consecuencias “me voy a morir”, “si me duele tanto seguro es porque el cáncer está muy avanzado” (sic. pac.).

4. Antecedentes

a. Heredofamiliares:

Padre: Diagnosticado con Diabetes Mellitus tipo 2.

Hermana: Finada por cirrosis hepática.

b. Antecedentes personales no-patológicos:

Agatha vive sola en casa propia, cuenta con todos los servicios de urbanización: agua, luz y drenaje, vivienda construida de materiales perdurables, pared y piso de cemento. Alimentación adecuada en cantidad y calidad. Hábitos higiénicos adecuados, con baño y cambio de ropa diario. Zoonosis positiva un perro cruza de bóxer y labrador.

Desde diciembre del 2016, vive con su hermano debido a su condición de salud.

c. Personales patológicos:

- | | |
|-------------------------------|---|
| Crónico degenerativos: | <ul style="list-style-type: none">• Tumor de ovario izquierdo hace 12 años.• Cáncer de endometrio con metástasis a pulmón e hígado. |
| Alérgicos: | <ul style="list-style-type: none">• Interrogados y negados |
| Quirúrgicos: | <ul style="list-style-type: none">• PO de quiste gigante en ovario izquierdo benigno hace 12 años. |
| Toxicomanías: | <ul style="list-style-type: none">• Tabaquismo negado,• Alcoholismo social sin llegar a la embriaguez. |
| Ginecológicos: | <ul style="list-style-type: none">• Ciclo irregular 45x5 (hipermenorrea) con presencia de coágulos,• Disminorrea moderada• Núbil• Mamografía negada• Papanicolao (Nov 2016) |

d. Antecedentes psicológicos patológicos:

Paciente niega atención psicológica en otro momento, aunque menciona sentir “culpabilidad” ante la pérdida de su hermana mayor en el año 2012.

5. Dinámica familiar y familiograma

Agatha es la menor de nueve hermanos, vive sola desde hace aproximadamente 20 años y al iniciar su padecimiento, en diciembre de 2016, comienza a vivir con su hermano mayor y la familia del mismo. Su principal cuidadora es su sobrina de 26 años.

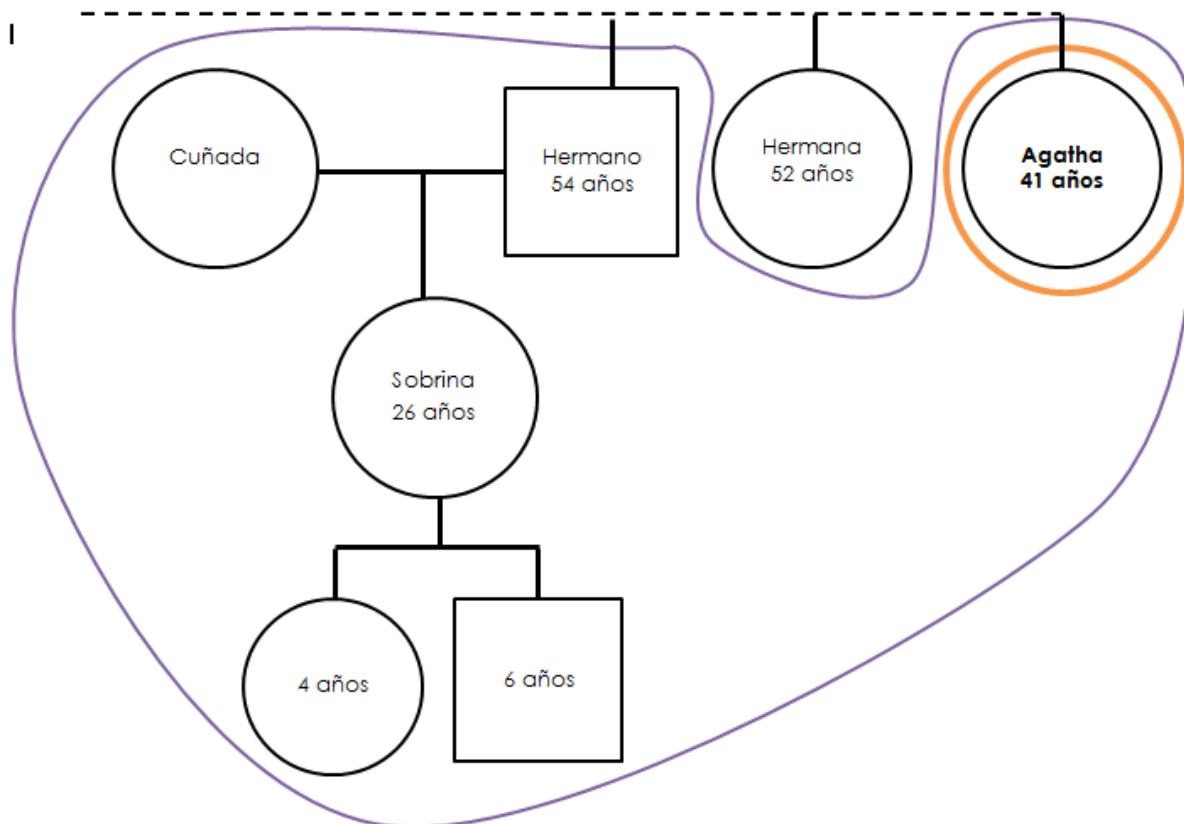


Figura 12. Familiograma de Agatha.

6. Historia del problema

Médico:

- 2005 → Se detecta un tumor en ovario izquierdo
Operación de quiste gigante de ovario izquierdo benigno
- 31/03/2016 → IVU recurrentes y dolor en la vagina caracterizado por punzadas “siento como si tuviera navajas” (sic.pac.)
- 03/03/2017 → Internamiento en Medicina Interna se realiza protocolo de estudio por sangrado uterino anormal
- 21/03/2017 → Se da el diagnóstico de cáncer de endometrio
- 17/04/2017 → Ginecoconco diagnostica Carcinoma epidermoide del tracto genital inferior (cérvix y vulva) metastásico a pulmón.

Psicológica:

- 01/03/2017 → Llega a urgencias y escucha al personal de salud mencionar la palabra “cáncer”
- 03/03/2017 → Ingresar al servicio de medicina interna para protocolo de estudio a lo que menciona “no sé qué me van a hacer” “¿qué es lo que vaya a suceder?”

7. Problemática Actual

La paciente refiere que siente un intenso dolor de tipo punzante “siento que me atraviesa” “siento como si navajas me cortaran” (sic. pac.). El dolor se presenta siete u ocho veces al día, con una intensidad mayor a cinco en el 60% de las veces (5 o 6 veces al día) y en 40% de las veces (3 o 4 veces al día) es una intensidad menor a cinco. El dolor suele durar, de manera intensa, aproximadamente de 20 a 30 minutos y se presenta cada tres o cuatro horas (acorde con la ingesta del medicamento).

Adicionalmente, refiere que al llegar al servicio de urgencias escuchó al personal de salud mencionar la palabra “cáncer”, desde ese momento indica que se ha sentido “nerviosa, asustada” presentando pensamientos como “¿qué me van a hacer? ¿qué me va a pasar? ¿Voy a salir al hospital o será que a me estoy muriendo” “si me duele tanto seguramente es porque ya me estoy muriendo” “no sé qué pasará, si sí es cáncer ¿qué voy a hacer?” (sic. pac.), a nivel fisiológico se presenta taquicardia, sudoración, cansancio, debilidad y exacerbación del dolor ya presente, mientras que a nivel conductual presenta movimientos estereotipados de brazos y piernas.

8. Impresión y actitud general

Paciente de complexión endomórfica, en adecuadas condiciones de higiene y aliño. Durante la entrevista se muestra cooperadora.

9. Examen mental

Paciente femenino de edad aparente igual a la cronológica. Orientado en T-E-P-C. Consciente y alerta ante estímulos del medio ambiente. Atención, concentración y memoria conservadas. Lenguaje coherente y congruente. Pensamiento concreto. Sin alteraciones en sensopercepción. Juicio conservado. Impresiona clínicamente con inteligencia promedio. Afecto ansioso. Con noción de enfermedad.

10. Personalidad previa

Se describe como una persona muy “traviesa” (sic. pac.) comenta que desde que era pequeña “aprendió de su padre” (sic. pac.) a hacer muchas bromas, principalmente con su familia. De igual manera, menciona que es una persona que “no se puede estar quieta” (sic. pac.), indica que siempre se encontraba en movimiento y siempre buscaba una actividad para realizar.

11. Otros factores psicológicos

- ✚ Locus de control interno
- ✚ Estilo de afrontamiento centrado en el problema.
- ✚ Redes de apoyo existentes, percibidas como funcionales en lo instrumental, económico y emocional.

12. Selección y aplicación de técnicas de evaluación

- Entrevista conductual.
- Observación clínica.
- IDARE Rasgo-Estado.
- Escala Verbal Análoga (EVA) de dolor.

13. Lista de conductas problema

- **Respuestas fisiológicas**
 - ❖ Dolor exacerbado.
 - ❖ Taquicardia.
 - ❖ Sudoración.
 - ❖ Debilidad.
 - ❖ Cansancio.
- **Respuestas cognitivas**
 - Pensamientos anticipatorios sobre el probable diagnóstico, el tratamiento y la futura muerte.
- **Respuestas motoras**
 - Movimientos estereotipados de piernas y manos.

Tabla 20.

Modelo Secuencial Integrativo del Caso de Agatha.

E (estímulo)	O (rganismo)	R (respuesta)	C (onsecuencia)
<p>EXTERNOS</p> <p>Médicos: Pase de visita</p> <p>INTERNOS</p> <p>Al sentir dolor</p> <p>Pensar:</p> <p>→ <u>Médicos durante el pase:</u> ¿qué me van a hacer (estudios)? ¿qué me van a decir?</p> <p>→ <u>Probable tratamiento:</u> “seguramente el cáncer está muy avanzado” “me tendrán que dar quimio”</p> <p>HISTORIA MEDIATA</p> <p>2005 → PO de quiste en ovario izquierdo</p> <p>Dic 2016 → Inicia el sangrado IVU’s continuas</p>	<p>BIOLÓGICAS</p> <p>Cáncer de endometrio con metástasis a pulmón e hígado</p> <p>HISTORIA DE REFORZAMIENTO</p> <p>Locus de control interno</p> <p>Estilo de afrontamiento centrado en el problema</p> <p>HABILIDADES</p> <p>Cantar Tocar la guitarra Escuchar música</p>	<p>“Nerviosa, asustada”</p> <p>COGNITIVO</p> <p>“yo siempre he sido sana” “¿qué me van a hacer” “¿voy a salir del hospital” “si me duele tanto seguramente es porque el cáncer ya está muy avanzado y me estoy muriendo” “a lo mejor pude darme cuenta antes” “¿en qué momento sucedió?” “me estoy muriendo”</p> <p>MOTOR</p> <p>Movimientos estereotipados de piernas y brazos</p> <p>FISIOLÓGICO</p> <p>Dolor Taquicardia Sudoración Cansancio Debilidad</p>	<p>INMEDIATAS INTERNAS</p> <p>Internos</p> <p>“Tengo que estar tranquila” “Lo que venga lo tengo que afrontar”</p> <p>Externos</p> <p>Cantar Llorar Dormir Pedir a Dios Platicar con su sobrina o hermana</p> <p>INMEDIATAS DE OTROS</p> <p>Sobrina o Hermana: La tranquilizan “Todo va a estar bien” “No te adelantes” “Vamos a esperar”</p> <p>Masajes en espalda o piernas (cuando el dolor es muy intenso)</p>

14. Análisis funcional de la conducta

Los síntomas de ansiedad referidos por la paciente se caracterizan a nivel motor como movimientos estereotipados de piernas y brazos, a nivel cognitivo con pensamientos anticipatorios como “me voy a morir”, “si me duele tanto seguro es porque el cáncer está muy avanzado”, “me están atravesando”, “siento como cuchillas” y a nivel fisiológico con sudoración, cansancio, debilidad, taquicardia y dolor exacerbado.

La respuesta anterior se presenta principalmente cuando el dolor del paciente se encuentra en EVA igual o mayor a 5 o cuando los médicos están por pasar visita a lo que la paciente piensa “¿qué me van a decir?, ¿qué me van a hacer?”.

Inmediatamente después, la hermana y la sobrina de Agatha la consuelan con palabras de aliento como “todo va a estar bien”, “no te adelantes”, “vamos a esperar” (sic. fam.) acompañado de masaje en su espalda, brazos, piernas o pies.

Agatha posee características como un locus de control interno, menciona “yo siempre he estado sola”, “siempre he visto por mí misma” (sic. pac.) y un estilo de afrontamiento centrado en el problema, comenta “siempre que tengo un problema me enfocó en darle solución, buscó alternativas y elijo la más viable y que más me convenga”. Adicionalmente, menciona que tiene varios “*hobbies*” como cantar, tocar guitarra, jugar juegos de mesa, escuchar música, salir a pasear y tener contacto con la naturaleza.

Por lo anterior, se explica que la respuesta de ansiedad de Agatha se encuentra mantenida y exacerbada por la respuesta fisiológica de dolor, la cual realiza una doble función de estímulo antecedente y de respuesta, a la vez que mantiene y refuerza los pensamientos anticipatorios sobre el probable diagnóstico, el tratamiento y la futura muerte.

15. Hipótesis funcional

Si los síntomas de ansiedad reportados por la paciente caracterizado por respuestas motoras (movimientos de piernas y brazos), cognitivas (pensamientos anticipatorios sobre el probable diagnóstico, el probable tratamiento y la futura muerte) y fisiológicas (dolor exacerbado, taquicardia, sudoración, debilidad y cansancio) se encuentra mantenido por la presencia del dolor por la condición médica de Agatha y el pase de los médicos, así como el informe de los mismos; entonces si se brinda un programa multicomponente compuesto de ejercicios de respiración pasiva, autoverbalizaciones y distracción instrumental, la paciente disminuirá la activación fisiológica reportada.

16. Diagnóstico DSM-IV-TR

Eje I: Z91.1 Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica.

Eje II: Z03.2 Sin Diagnóstico

Eje III: Cáncer de endometrio metastásico a pulmón e hígado

Eje IV: Sin Trastorno

Eje V: EEAG

Diagnóstico DSM V

“Factor psicológico que influyen en otras afecciones médica 136 (F54)”. Cáncer de endometrio metastásico a pulmón e hígado. **WHODAS 37 puntos (Versión 12 preguntas administrada por entrevistador)**

17. Objetivo general

La paciente disminuirá la activación fisiológica reportada (exacerbación del dolor, taquicardia, sudoración, debilidad y cansancio) durante los momentos de dolor.

18. Objetivos específicos

- La paciente identificará al menos cinco beneficios del ejercicio de respiración.
- La paciente identificará los pasos básicos del ejercicio de respiración.
- La paciente ensayará los ejercicios de respiración en conjunto con el terapeuta
- La paciente enlistará al menos cinco verbalizaciones que la apoyen durante los momentos de dolor.
- La paciente normalizará su respiración en los momentos en los que su dolor se reporte en un EVA igual o mayor a 5.
- La paciente realizará ejercicios de distracción instrumental posteriormente a la ejecución de las autoverbalizaciones.

19. Selección de técnicas

- Psicoeducación
- Autoverbalizaciones
- Respiración pasiva
- Distracción instrumental

Tabla 21.

Descripción de las sesiones del caso de Agatha.

SESIÓN	TÉCNICA DE INTERVENCIÓN	PROCEDIMIENTO	RESULTADOS
Sesión 1 (07-Mar-17)	Entrevista conductual	Se realiza entrevista inicial de rutina en hospitalización, en donde se encuentran síntomas de ansiedad por lo que se aplica la escala IDARE.	
	Respiración Pasiva	Posteriormente, la paciente refiere que el dolor es muy fuerte (EVA 7) “duele demasiado” “esto no terminará” “me están atravesando” por lo que se procede a psicoeducar sobre los beneficios de la respiración. Se modela el ejercicio de respiración pasiva y posteriormente, se moldea. De igual manera, se psicoeduca sobre la importancia de practicar y ejecutar el ejercicio siempre que se presente el dolor	EVA <ul style="list-style-type: none"> • Antes → 7 • Después → 3 La paciente realiza el ejercicio de respiración de manera exitosa disminuyendo su EVA de dolor “el dolor si disminuyó pero no sé si siempre funcione”. “me cuesta un poco de trabajo respirar, pero lo seguiré intentando”
	Distracción Instrumental	Para finalizar, se le propone a la paciente complementar la técnica de respiración con distracción instrumental.	“Me gustaría hacer actividades, algo que me distraiga, prefiero no pensar por ahora en eso”
	Aplicación del IDARE	Para finalizar la sesión, se procedió a aplicar el Inventario de Ansiedad Estado Rasgo.	IDARE: <ul style="list-style-type: none"> • Estado → 55 puntos (alto) • Rasgo → 35 puntos (medio)
Intervención con Familiares (07-Mar-2017)	Escucha activa	Se realiza escucha activa de la familiar (sobrina) quien refiere sentirse “preocupada” (sic. fam.) por la condición actual de la paciente.	“Si me da miedo que sea cáncer” “Yo platico mucho con ella y trato de tranquilizarla, la consuelo ”
	Psicoeducación	Se brindó una breve explicación de lo que es un protocolo de estudio y las diferentes etapas del mismo.	“Entiendo que harán diferentes pruebas, no es la primera vez que pasamos por esto” “Ya nos han dicho que es cáncer, solo esperamos que encuentren algo para iniciar tratamiento”
	Orientación	Se orientó a los familiares a acercarse a trabajo social por apoyo económico, así como instituciones.	“ahorita lo que nos preocupa es lo económico, porque solo mi papá y yo estamos apoyándola y la verdad ya no tenemos mucho”

			“Ella tiene el seguro popular y estoy viendo para meterlo”
	Entrevista conductual	Debido al probable diagnóstico de cáncer, se aborda a la paciente durante el pase de visita, ella menciona “es una noticia que ya esperaba, ya en otro momento me lo habían dicho”, adicionalmente solicita información sobre qué es el cáncer y cuáles serían los posibles tratamientos.	“Me gustaría saber un poco más, qué es lo que es y qué puedo esperar”
Sesión 2 (10-Mar-17)	Psicoeducación	Posteriormente, se regresa a la cama y se brinda material psicoeducativo sobre el cáncer a partir del cual la paciente, en conjunto con la terapeuta, decide realizar una lista de dudas para posteriormente realizarlas al personal médico.	Lista de dudas 1. ¿Qué significa un estadio cuatro? 2. ¿Qué tan avanzado está mi cáncer? 3. ¿Cuáles podrían ser los posibles tratamientos? “me gustaría saber ya todo sobre lo que tengo, pero los médicos dicen que tengo que esperar a que salgan los estudios”, “me gustaron las preguntas porque así podré quitarme las dudas, ya dudas más claras”. “Sea lo que sea, tengo que enfrentarlo”
	Ejercicios de respiración	Se pregunta a la paciente sobre su dolor a lo que menciona que ha disminuido su frecuencia y el doble tratamiento (medicamentoso y respiración) la ha apoyado a controlarlo.	EVA • Antes → 5 • Después → 3 “el dolor no se ha ido pero ha disminuido con el medicamento y cuando respiro se baja más”, “me ayuda más con los dolores bajitos que con los fuertes, con los fuertes si siento que no me ayudan nada”
	Distracción instrumental Registros de dolor	Se continúa con la distracción instrumental. Se brindan registros de dolor, se psicoeduca sobre el llenado de los mismos y la importancia y utilidad que tienen para la terapia.	“No he podido hacer mucho las actividades, las hago cuando el dolor no es tan fuerte pero cuando es fuerte no puedo” “Lo hago como me dijiste una vez que mi dolor disminuye, me pongo a hacer mi dibujo o a leer”
Intervención con	Escucha Activa	Se realizó escucha activa con la familiar (sobrina) de la paciente, quien menciona “lo que más me preocupa es que	“Ella tiene mucho dolor, generalmente no se queja pero ahora hasta la he visto llorando”

Familiares (10-Mar-17)	Información sobre refuerzo social positivo	ella tiene mucho dolor” Se explicó brevemente en que consiste el refuerzo positivo y los beneficios del mismo. Adicionalmente, se indicó la relevancia de continuar reforzando los ejercicios de la paciente.	“Yo trato de alentarla, cuando realiza los ejercicios que le dijiste, le digo que lo hace bien, la distraigo y cuando se desanima”
Sesión 3 (13-Mar-17)	Respiración pasiva	Se indaga sobre la realización de ejercicios de respiración pasiva, a lo que paciente menciona que si disminuye su dolor pero no significativamente.	EVA <ul style="list-style-type: none"> • Antes → 7 • Después → 5 “Siento que respirar ya no me hace, el dolor se ha hecho más intenso” “siento como navajas cruzando y se me expande por toda la pierna” “A veces los hago y me quedo dormida, pero es porque estoy cansada y el dolor no es tan fuerte”
	Ejercicios de relajación muscular progresiva	Se psicoeduca sobre la relajación muscular progresiva y se moldea sobre un ejercicio breve de la misma en el lugar del dolor.	“Me sirvió un poco más que respirar”
	Autoverbalizaciones	Se psicoeduca a la paciente en los beneficios de las autoverbalizaciones y se propone a la paciente la realización de tarjetas de apoyo con autoverbalizaciones	Lista de autoverbalizaciones: La paciente identificó cinco autoverbalizaciones que podía implementar posteriores a los ejercicios de respiración y relajación <ol style="list-style-type: none"> 1. Tranquila 2. Solo es un momento 3. Relájate 4. Esto terminará 5. Todo estará bien “No sé si esto me ayude, pero lo intentaré”
Revisión de registros.	Se indaga sobre la realización de los registros, los cuales no fueron llenados, se informa sobre la importancia del llenado de los mismos no solo para la terapeuta actual sino para los terapeutas de clínica del dolor.	“Los voy a intentar hacer, es que a veces la verdad me siento muy cansada y no quiero hacer nada”	

A partir de esta sesión, se realizó interconsulta con el servicio de Clínica del Dolor; por lo que, la problemática referida al dolor será a cargo del terapeuta de dicho servicio. Por lo que, se replantea la intervención debido a que la paciente ya cuenta con un diagnóstico “cáncer de endometrio” y ha presentado pensamientos anticipatorios ante el mismo “me voy a morir” “si me duele tanto seguro es porque el cáncer ya está muy avanzado”.

Selección de técnicas:

Ensayo Imaginado (Meichenbaum, 1987)

Obj. General: La paciente adquirirá habilidades que le permitan afrontar efectivamente el diagnóstico de cáncer, el probable tratamiento y los efectos del mismo.

Obj. Específicos:

- La paciente identificará los escenarios posibles sobre su probable diagnóstico y el probable tratamiento.
- La paciente listará los elementos necesarios para el primer escenario de un tratamiento curativo.
- La paciente listará los elementos necesarios para el segundo escenario planteado en donde no hay un tratamiento.

<p>Clínica del Dolor (16-Mar-17)</p>	<p>Psicoeducación</p> <p>Imaginación Guiada</p>	<p>EVA 6</p>
<p>Revisión de Sesión anterior</p> <p>Sesión 4 (16-Mar-17)</p>	<p>Se indaga sobre la visita del terapeuta de clínica del dolor, la paciente refiere que se utilizaron los elementos de respiración realizados hasta el momento y se integraron ejercicios de imaginación guiada.</p> <p>Se reforzó el trabajo del terapeuta de clínica del dolor y se brindó más información sobre los elementos de la relajación en imaginación guiada.</p>	<p>EVA → 3</p> <p>Refiere que cuando su EVA es igual o menor que 5 emplea la técnica de respiración para disminuirlo; mientras que si es mayor que 5 emplea la técnica de imaginación guiada en conjunto con la respiración</p>
<p>Posteriormente, se indagó sobre los posibles escenarios</p>		

Ensayo Imaginado (IE)	<p>que Agatha podría tener en un futuro inmediato, la paciente identifica dos escenarios posibles.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Donde haya un tratamiento curativo. 2. Donde NO haya un tratamiento curativo. <p>Se realiza lista de alternativas para ambos escenarios, se propone a la paciente identificar alguna otra alternativa y pensar qué es lo que se necesita para alcanzar cada uno de los pasos.</p>	<p>“Yo sé que independientemente de lo que pase yo lo tengo que enfrentar, si hay un tratamiento curativo está bien pero si no lo hay aún así no hay mucho que pueda hacer, solo me quedaría arreglar mis cosas y vivir mis días”</p> <p>Se plantean alternativas para ambos escenarios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Donde haya un tratamiento curativo 2. Donde NO haya un tratamiento curativo 	
Intervención con Familiar (16-Mar-17)	Escucha Activa	<p>Se realizó escucha activa con la familiar (sobrina) quien refiere que la paciente ha pensado en “dejar todo al día” y la familia ha decidido apoyarla en los trámites que sean necesarios.</p>	<p>“ella dice que no sabe que es lo que sucederá y quiere ir arreglando sus papeles, principalmente lo de su casa”</p> <p>“toda la familia está enterada de lo que está sucediendo, incluso mi abuelita, no queremos que le caiga de sorpresa”</p> <p>“en general estamos tranquilos porque la vemos tranquila, la vamos a apoyar en todo lo que sea necesario”</p>
	Lluvia de Ideas	<p>Se realiza lluvia de ideas para buscar una solución sobre la problemática de la paciente.</p>	<p>“ya hemos investigado como solucionar lo de su casa, mañana vendrá mi otra tía para que yo vaya a ver lo de los papeles”</p> <p>“creo que un primer punto sería asesorarnos legalmente para saber qué es lo que procedería”</p>
Clínica del Dolor (21-Mar-17)	<p>Imaginación Guiada Autoverbalizaciones</p>	<p>EVA 4</p>	
Clínica del Dolor (23-Mar-17)	<p>Psicoeducación Refuerzo de las Técnicas</p>	<p>EVA 3</p>	

<p>Sesión 5 (23-Mar-17)</p>	<p>Revisión de la sesión anterior</p>	<p>Se indaga sobre la intensidad del dolor en los últimos días. La paciente reporta que el medicamento en conjunto con los ejercicios de respiración y relajación en imaginación guiada han logrado disminuir su dolor que constantemente se encuentra en un EVA de 3.</p>	<p>EVA → 3</p> <p>Cuando el dolor es igual o menor a 5 implementa la técnica de respiración y el dolor disminuye a un EVA de 2</p> <p>Cuando el dolor es mayor a 5 implementa la técnica combinada de imaginación guiada y respiración</p> <p>“Me gusta pensar en el árbol de por mi casa allá en Veracruz, eso me ayuda mucho para aliviar el dolor”</p>
	<p>Imaginería Ensayo Imaginado IE</p>	<p>Posteriormente, se pregunta sobre las actividades que se platicaron la sesión anterior, se inició la redacción de los pasos para alcanzar cada una de ellas.</p>	<p>“Ya tengo más claro lo que quiero hacer”</p> <p>“No sé qué es lo que vaya a suceder pero ya estoy preparada para ambas cosas”</p> <p>“mi familia me ha apoyado mucho y no me ha dejado en ningún momento, esa es una de mis grandes ventajas”</p>
	<p>Prevención de recaídas</p>	<p>Se reforzó la información sobre las técnicas de respiración e imaginación guiada, así como las autoverbalizaciones y la distracción instrumental</p> <p>Se brindó información sobre el servicio de medicina conductual y el trabajo de los diferentes servicios. Se acordó una llamada telefónica de seguimiento en dos semanas.</p>	<p>“Voy a estar esperando tu llamada”</p> <p>“Lo que hicimos me ayudó mucho a pensar en todo lo que podrá saber, ya tengo una idea de cómo actuaré”</p> <p>“estoy tranquila porque sé que suceda lo que suceda yo disfrutaré todo el tiempo que quede”</p>
<p>Sesión 6 (07-Abr-17)</p>		<p>Se planea hacer un seguimiento telefónico</p>	<p>Se realizaron varias llamadas telefónicas sin éxito. Al revisar el expediente, las notas indican que la paciente fue referida al servicio de ginecooncología, en el que se le ofrece tratamiento curativo con bajas probabilidades de éxito debido a las metástasis. El tratamiento es rechazado por la paciente y es enviada a cuidados paliativos.</p>

Resultados

Durante las primeras tres sesiones se dio respuesta a la necesidad del paciente que se centraba en el dolor y la falta de información de la enfermedad. En conjunto con el tratamiento médico se logró el objetivo de disminuir el dolor de la paciente que realizaba una doble función de mantenimiento.

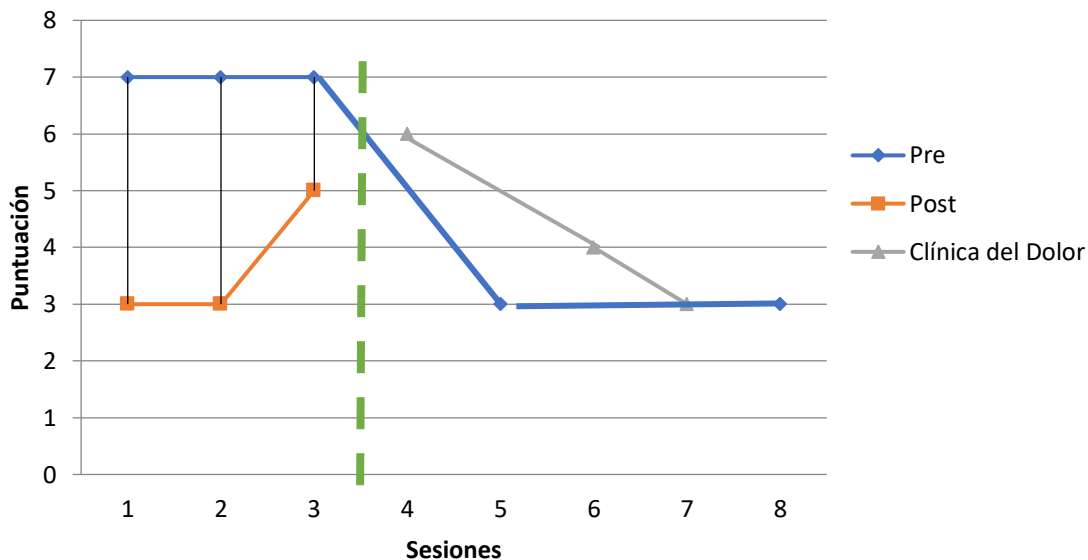


Figura 13. Puntuación del dolor de Agatha en las sesiones.

En la Figura 13 se muestra la puntuación del dolor de Agatha en las diferentes sesiones. En las primeras tres sesiones se muestra el nivel de dolor antes y después de la aplicación de la técnica de respiración pasiva aplicada por la Médico Conductual de Medicina Interna. Posterior a esta sesión, en las sesiones 5 y 8 se realizó monitoreo del dolor de Agatha sin intervencion por parte de Medicina Conductual de Medicina Interna. Mientras que en la sesiones 4, 6 y 7 se muestra el trabajo realizado con el equipo de salud de clínica de dolor.

Una vez que se atendió la variable dolor, nos concentramos en buscar alternativas para los diferentes escenarios que la paciente visualizaba posibles. Ante esto se obtuvieron los siguientes resultados:

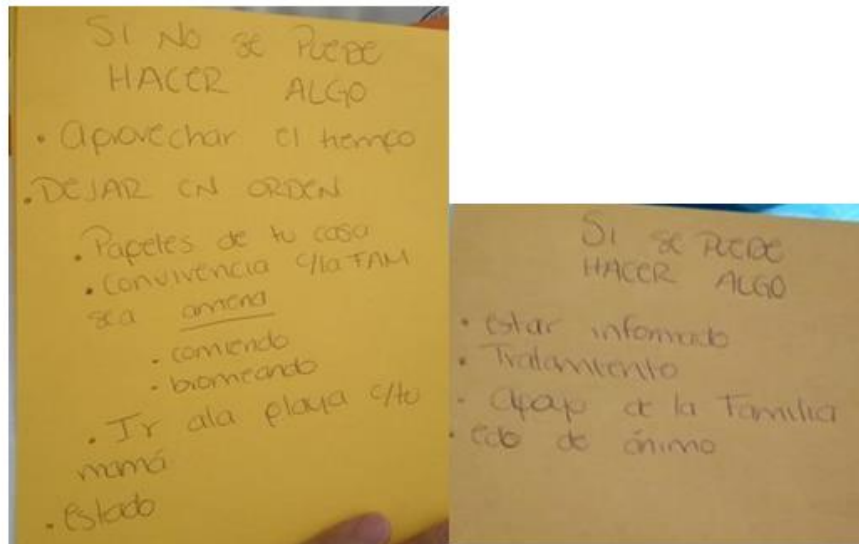


Figura 14. Lista de objetivos de acuerdo con los dos escenarios posibles propuestos por la paciente.

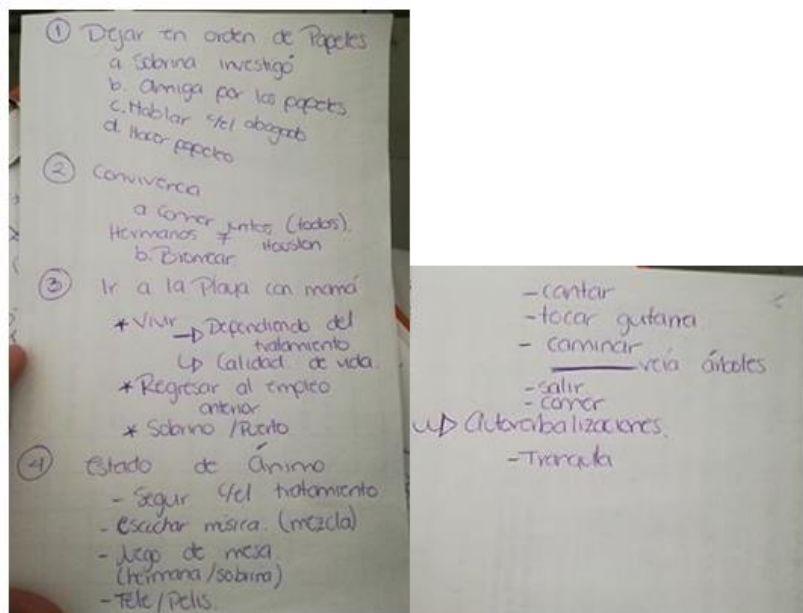


Figura 15. Lista de pasos de acuerdo con los objetivos seleccionados anteriormente

En las Figuras 13 y 14. se muestra el diseño que se realizó en conjunto con la paciente como plan de acción que permitiera al paciente hacer frente a cualquiera de los escenarios posibles. De igual manera, en la Figura 14, se muestra un plan de prevención de recaídas que posibilitará que la paciente hiciera frente a futuras situaciones sin necesidad de la terapeuta.

A nivel cognitivo se presentó un cambio en las verbalizaciones iniciales de la paciente comparadas con las manifiestas a lo largo de las sesiones.

Tabla 23.

Efectos a nivel cognitivo después de la intervención en Agatha.

Verbalizaciones Iniciales	Verbalizaciones Finales
“no sé qué me vayan a decir ¿y si sí es cáncer?”	“Lo que sea que me digan tengo que enfrentarlo, no puedo quedarme quieta”
“¿qué me van a hacer” “¿voy a salir del hospital”	“Lo que más me interesa es no dejarle problemas a mi familia y arreglar lo de mi casa”
“Me estoy muriendo”	“Ya tengo más claro lo que quiero hacer”
“si me duele tanto seguramente es porque el cáncer ya está muy avanzado y me estoy muriendo”	“No sé qué es lo que vaya a suceder, pero ya estoy preparada para ambas cosas”
“a lo mejor pude darme cuenta antes”	“mi familia me ha apoyado mucho y no me ha dejado en ningún momento, esa es una de mis grandes ventajas”

A nivel fisiológico también se identificó un cambio, en la primera sesión la activación fisiológica era notoria a movimientos motores estereotipados de brazos y piernas, la sudoración y el incremento de la frecuencia cardiaca. Conforme fueron pasando las sesiones estas respuestas fueron disminuyendo, en la última sesión la paciente se mostró sonriente, animada e incluso bromista, podría decirse que hubo una disminución en su estado de ansiedad. Sin embargo, es importante no perder de vista que la activación fisiológica estaba mediada por el dolor, al eliminar (o disminuir) el dolor con la medicación pudo darse el cambio a nivel fisiológico.

20. Comentarios finales

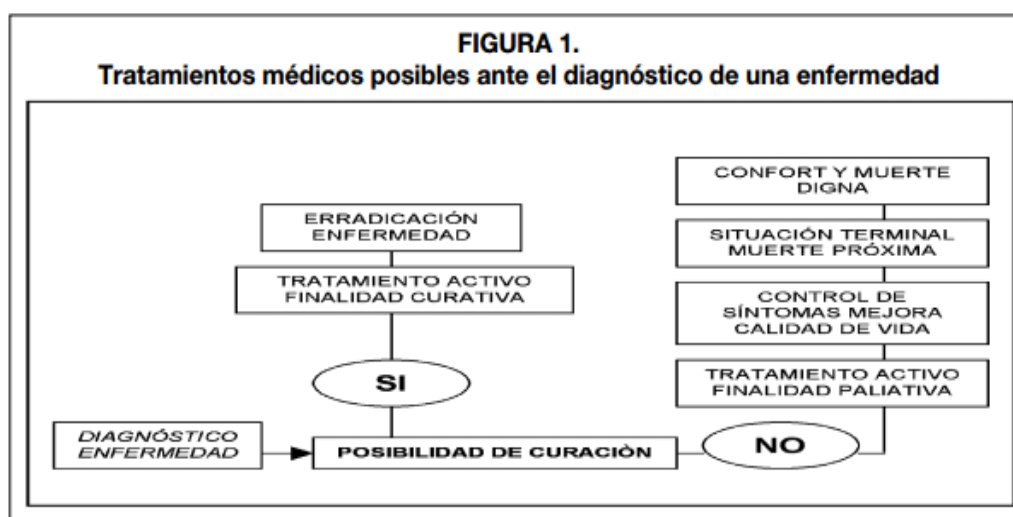
En el presente caso, se pretendió ejemplificar el trabajo psicológico desde un servicio diagnóstico, ya que en la etapa de prediagnóstico y diagnóstico los pacientes cursan con diversos momentos que son de atención psicológica.

Como menciona Mateos (2003; como se citó en Ortega y López, 2005) el proceso paliativo debe centrarse en la adaptación a la condición de enfermedad y, por tanto, el

proceso terapéutico va evolucionando a partir de la misma, ya sea de forma lenta o acelerada, adaptándose a su vez a las características y necesidades del paciente.

Según Ortega y López, el dolor es uno de los síntomas más importantes a tratar en pacientes con enfermedades graves y/o terminales; por tanto, se debe centrar la atención en aliviar dicho síntoma. En el presente caso, esta era una de las necesidades principales de la paciente, el cual fue atendido mientras el servicio de clínica del dolor no estaba presente, en el momento en el que el servicio fue interconsultado, se dio paso al mismo a hacerse cargo de esa problemática.

Por otro lado, Ortega y López (2005) indican que un objetivo de la intervención terapéutica se enfoca en preparar a los pacientes con enfermedades graves y/o terminales ante cualquiera de los dos escenarios posibles (tratamiento o no tratamiento; Fig 1.) a partir de: 1. Afrontar el tema de la muerte próxima; 2. Dar soporte familiar y 3. Respetar a la dignidad del paciente y su autonomía personal. Por tanto, el proceso terapéutico en pacientes con una condición de enfermedad es continuo y flexible, posibilitando la modificación en los objetivos de la intervención.



El trabajo en el presente caso fue guiado por lo propuesto por Ortega y López (2005):

1. *Afrontar el tema de la muerte próxima:* Se preparó a la paciente para afrontar los diferentes escenarios posibles ante su probable diagnóstico, dando posibilidad de estructurar los objetivos a alcanzar en cada uno de ellos. La técnica empleada para alcanzar este objetivo fue el ensayo imaginado que como lo menciona Meichenbaum (1987) pretende estimular a los pacientes para que adopten y empleen una técnica de afrontamiento específica acorde con la situación, orientado en el futuro, previniendo posibles escenarios y contratiempos que puedan llegar a ser estresantes para los pacientes.

2. *Dar soporte familiar.* Se realizó una breve intervención con los familiares para identificar las preocupaciones de la red de apoyo y el tipo de apoyo con la que la paciente contaba. De igual manera, se reforzó el trabajo que la familia realizaba con la paciente.

Sin embargo, es importante reconocer las limitaciones de la intervención y las áreas de oportunidad a considerar en futuras intervenciones:

En un primer momento, la inexperiencia de la terapeuta se muestra en la falta de dirección en el llenado de registros y en la elaboración de las tarjetas de apoyo con las autoverbalizaciones.

De igual manera, la falta de experiencia se ve ilustrada en la implementación de técnicas como la relajación muscular progresiva que quizá no era la ideal ante la presencia de un dolor intenso por parte de la paciente y el empleo de técnicas más pasivas como la imaginería guiada que fue implementada por el terapeuta de clínica del dolor darían resultados más efectivos y menor plazo.

Por otro lado, hubiera sido conveniente la implementación del instrumento IDARE en la última sesión realizada en hospitalización, ya que daría un panorama más exacto del cambio en los tres niveles de respuesta, se nota una disminución importante en el mantenimiento de la variable moduladora "DOLOR", así como en la activación fisiológica y la motora. Sin embargo, los cambios cognitivos no se representaron por una prueba confiable que nos permitiera visualizar objetivamente un cambio en los mismos.

Sin embargo, se argumenta que se dio un cambio en los tres niveles de respuesta de la paciente ya que se estableció un plan de acción centrado en el problema evitando sesgos cognitivos por pensamientos disfuncionales.

Referencias

Ortega, C. y López, F. (2005). Intervención psicológica en cuidados paliativos: revisión y perspectivas. *Clínica y Salud*. 16. 143:160.

Meichenbaum, D. (1987). *Manual de Inoculación de estrés*. Ed. Martínez Roca: Barcelona.

Caso clínico 2

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: María

Edad: 43 años

Sexo: Femenino

Edo. Civil: Soltera

Escolaridad: Bachillerato trunco.

Ocupación: Sin ocupación actual.

Religión: Católico

Lugar de origen y residencia: Estado de México

Diagnóstico médico: Fibromialgia

2. SELECCIÓN DEL CASO:

La fibromialgia es una alteración crónica que se caracteriza por la existencia en un individuo de un historial de dolor diseminado y a la presión y palpación en localizaciones anatómicas definidas (Alegre, et. al, 2010). Los síntomas psicológicos forman parte de la fibromialgia, estos pacientes presentan ansiedad y/o depresión en mayor proporción a la normal. Algunos investigadores consideran que los factores psicológicos forman parte del periodo inicial del padecimiento. Por tanto, la meta de la terapia cognitivo conductual no es abordar o eliminar directamente el dolor, sino mejorar y controlar los síntomas y aprender a vivir con ellos (Comeche, et.al., 2010).

El presente caso tiene por objetivo ilustrar una intervención cognitivo conductual en un paciente con dolor crónico que se ve acompañado de otros padecimientos tanto psicológicos como psiquiátricos. De igual manera, se resalta la importancia de los componentes de relación en la adherencia terapéutica y en los resultados de la intervención.

3. MOTIVO DE CONSULTA:

20.04.2017. La paciente es referida a la consulta externa del servicio de Medicina Conductual por médico tratante del servicio de Reumatología debido al reciente diagnóstico de Fibromialgia.

Paciente refiere como motivo de consulta *“no quiero sentirme discapacitada” “ya no quiero sentirme así, triste todo el tiempo, sin ganas de hacer nada”* (sic. pac.). Comenta que cuando inicio el proceso de diagnóstico, sus familiares no creían que tuviera dolor

“ellos no me creen, no entiendo porque no me creen, no es que no quiera hacer las cosas, en verdad me duele” (sic. pac.).

4. ANTECEDENTES

4.1 Heredofamiliares:

Tío Materno → Diabetes Mellitus 2

Tía Materna → Diabetes Mellitus 2

Padre fallecido por EPOC (2012)

Madre → Enfermedad Renal Crónica

Trasplante Renal hace 10 años de donador vivo (Hija)

4.2 Personales no patológicos:

María reside en casa propia con su madre, tres hermanos y cuatro sobrinos. Cuenta con todos los servicios de urbanización: agua, luz y drenaje, construida de materiales perdurables, pared y piso de cemento. Alimentación adecuada en cantidad y calidad. Hábitos higiénicos adecuados, con baño y cambio de ropa diario. Zoonosis positiva (Pájaros).

4.3 Personales Patológicos

a) Crónico degenerativos:

Abril 2017 → Diagnosticada con Fibromialgia por el servicio de Reumatología del HJM

b) Alérgicos: Paracetamol y Naproxeno

c) Infecto contagiosas: Interrogados y negados.

d) Antecedentes quirúrgicos:

Junio 2017 → Hemorroidectomía

Agosto 2017 → Electrofulguración

e) Toxicomanías: Interrogados y negados.

f) Transfusiones: Interrogados y negados.

4.4 Psicológicos patológicos:

La paciente niega atención psicológica y/u otro servicio de salud mental; sin embargo, refiere que desde hace cuatro años que comenzaron los malestares (dolor articular, cansancio incapacitante) comenzó a sentirse triste, comenta *“al principio el dolor era muy leve y me tomaba un diclofenaco o paracetamol y se me quitaba pero conforme paso el tiempo ya no me lo quitaban y tuve que dejar de trabajar, termine con mi pareja y me empecé a sentir muy triste” (sic. pac.).*

5. DINAMICA FAMILIAR Y FAMILIOGRAMA

La paciente vive en casa de sus padres con su madre, tres de sus hermanos, una cuñada y cuatro sobrinos.

Menciona que su dinámica familiar es favorable con su madre, su hermana de 35 años y su sobrino de 6 años, ya que se encarga de los cuidados del menor como llevarlo a la escuela, asearlo y darle de comer principalmente.

Indica que la relación con sus otros hermanos es conflictiva debido a que ellos consideran que finge su enfermedad. Por otro lado, las discusiones se exacerban debido a que María se encarga de las labores domésticas y considera que ellos “no respetan” su trabajo.

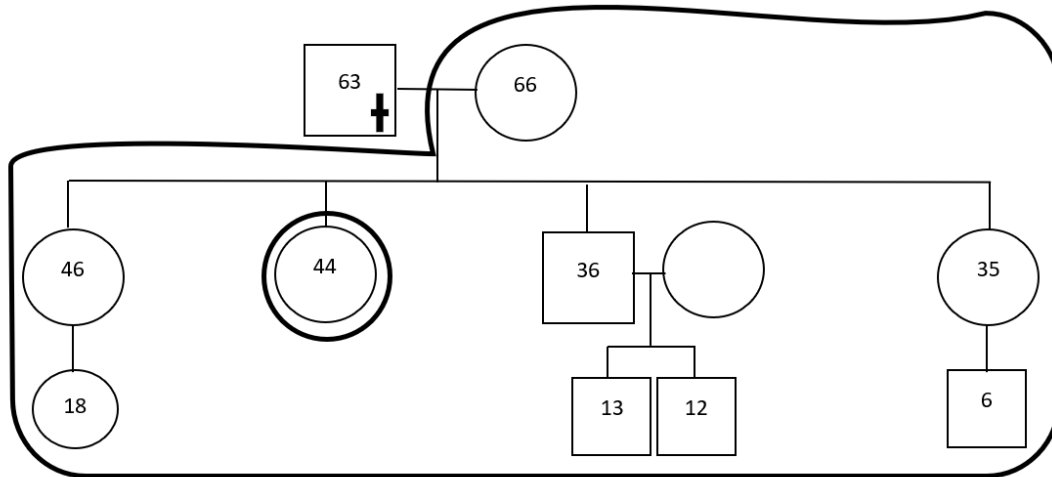


Figura 16. Famiograma de María.

6. HISTORIA DEL PROBLEMA

6.1. MÉDICO

2015. Inicia con artralgias inflamatorias con EVA 8/10 de 3 hrs de duración que disminuyen a movimiento. Lumbalgia EVA 7/10

2016. Pérdida de fuerza en miembros torácicos y pélvicos. Aunado a síntomas generales como astenia, adinamia, insomnio y llanto fácil

Enero 2017. Comienza valoración en el Hospital Juárez de México en el servicio de Reumatología

Abril 2017. Diagnóstico de Fibromialgia ante cefalea, fatiga moderada, sueño no reparador, síntomas cognitivos y síntomas gastrointestinales

Tratamiento

- Tramadol → 5 gotas cada 8 hrs
- Pregabalina → 150 mg cada 24 hrs
- Sertralina → 50 mg cada 24 hrs

Junio 2017. Hemorroidectomía en el Hospital General de México

Agosto 2017. Cita en el servicio de Climaterio por modificaciones en el periodo menstrual

Septiembre 2017. Cita en Psiquiatría. Dx de depresión.

Octubre 2017. Cita en Ginecooncología. Se realiza Colposcopia y Electrofulguración.

6.2 PSICOLÓGICO

Paciente refiere que se ha sentido triste desde el año 2012 a la edad de 40 años que comenzó con los síntomas de cansancio y dolor agudo, indica *“al principio el dolor era muy leve y me tomaba un diclofenaco o paracetamol y se me quitaba pero conforme paso el tiempo ya no me lo quitaban y tuve que dejar de trabajar, termine con mi pareja y me empecé a sentir muy triste”* (sic. pac.)

Indica que debido a que el dolor incrementó, dejó de realizar actividades gratificantes como coser, hacer deporte y trabajar. Lo anterior, aunado a problemas personales relacionados con su pareja (terminaron la relación) la llevaron a presentar sentimientos de tristeza y pensamientos de minusvalía *“no puedo hacer nada” “no sirvo para nada” “nadie entiende lo que estoy pasando”* (sic. pac.)

Una vez que perdió su empleo (2012), María comenzó a depender económicamente de sus familiares, principalmente su madre y dos de sus hermanos, con quienes cohabita y a quienes *“apoya”* (sic. pac.) en la realización de actividades domésticas y el cuidado de sus sobrinos *“como ellos me apoyan, yo siento que los tengo que apoyar a ellos”, “yo me encargo del quehacer de toda la casa, a veces me duele mucho y sí descanso un poco pero mis actividades siempre las realizó”, “es lo menos que puedo hacer, si ellos me ayudan tanto”* (sic. pac.). Sin embargo, María menciona no sentirse apoyada a nivel emocional por su familia, indica *“ellos me apoyan con lo que pueden, a veces yo tengo que buscar hacer algunas cosas para lo de mis estudios, a veces ellos me dan”, “ellos no lo entienden, cuando se los explico creen que miento y se enojan”, “nunca me creen cuando les digo que me duele”, “les pido que respeten lo que hago porque yo limpio y ellos ensucian, por eso peleamos mucho”, “pues no tengo con quien hablar, no me gusta hablar con ellos, no me escuchan”* (sic. pac.).

Al notar que su dolor incrementaba a pesar del tratamiento farmacológico, María decide acudir al hospital para atenderse en el año 2016, indica *“pase mucho tiempo con el dolor y luego el cansancio, ya no podía seguir así, necesitaba hacer algo”* (sic. pac.). En abril del año 2017 fue diagnosticada con Fibromialgia y enviada al servicio de psiquiatría para tratamiento farmacológico para la *“depresión”* (sic. pac.) y al servicio de Medicina Conductual para tratamiento psicológico relacionado a la enfermedad, *“ni siquiera sé que es esa enfermedad, solo sé que me duele mucho”, “sé que no se cura, pero quiero aprender a vivir con ella”* (sic. pac.).

7 DESCRIPCION DEL PROBLEMA ACTUAL

20.04.2017 y 20.07.2017. Paciente acude al servicio de Medicina Conductual en Consulta externa enviada por médico tratante del servicio de Reumatología debido al diagnóstico de Fibromialgia que como síntoma presenta el diagnóstico de Depresión.

La paciente refiere que acude al servicio porque considera que lo necesita *“ya no quiero sentirme así, triste todo el tiempo, sin ganas de hacer nada”, “ya no puedo más con el dolor” “ellos dicen que necesito ayuda y yo creo que sí, a veces pienso que ya no puedo más y que sería mejor morirme” (sic. pac.)*.

Al evaluar el dolor, María menciona es un dolor que *“quema” (sic. pac.)*, que se presenta la mayor parte del día (90% del día) variando de una EVA 7/10 por la mañana, hasta una EVA 9/10 por las tardes, con una duración de una a dos horas y aparece de tres a cuatro veces por día sin prevalencia de horario. El dolor se intensifica al realizar movimiento *“generalmente me duele más al subir las escaleras o al hacer el quehacer” (sic. pac.)*. Indica que el dolor siempre comienza por las piernas, sube a las rodillas, cabeza, manos, espalda y cintura *“los que no puedo soportar son los dolores de cabeza, rodillas y cintura, esos son los que no me dejan seguir y me tengo que sentar o acostarme” (sic. pac.)*.

Cuando lo anterior sucede, María menciona sentirse *“triste y enojada” (sic. pac.)* caracterizado por pensamientos como *“ya no puedo más”, “soy muy inútil” “esto no es vivir” “no puedo vivir bien” (sic. pac.)*, al pensar lo anterior María decide acostarse en la sala o en la cama por un espacio de 10 a 15 minutos, al pasar el tiempo María menciona *“limpio mi mente, respiro y pienso “no puedo darme por vencida, yo puedo hacerlo”” (sic. pac.)* o/y realiza sus ejercicios (4/7 días a la semana).

Por otro lado, María menciona que, por el dolor, ha tenido problemas para dormir, menciona que tarda en quedarse dormida entre una y dos horas y se despierta dos o tres veces en el transcurso de la noche. Al indagar en su rutina de sueño, María menciona que antes de acostarse realiza un *“ritual”* primero se despinta, se lava la cara, los dientes y posteriormente se acuesta alrededor de las once de la noche, tarda una hora en quedarse dormida y se despierta a las cinco o seis de la mañana, se vuelve a dormir y vuelve a despertar a las ocho o nueve de la mañana. Menciona que el principal problema que tiene para conciliar el sueño es el dolor de cabeza *“me pesa todo el cuerpo, es demasiado el dolor” (sic. pac.)*.

8 IMPRESIÓN Y ACTITUD GENERAL

Paciente femenino de complexión ectomórfica, en adecuadas condiciones de higiene y aliño de acuerdo con el contexto. Se muestra cooperadora durante la entrevista, presentando respuesta motora de llanto ante el tópico *“depresión” (sic. pac.)*.

9 EXAMEN MENTAL DE PRIMERA VEZ

Paciente femenino de edad aparente menor 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. Px. Cooperadora de lenguaje coherente, congruente y fluido. Pensamiento concreto. Sin alteraciones aparentes en sensopercepción. Juicio conservado. Impresiona clínicamente con inteligencia similar al promedio. Afecto hipotímico. Con noción de enfermedad.

10 FACTORES PSICOLÓGICOS COMPLEMENTARIOS

- Locus de control externo
- Estilo de afrontamiento centrado en la emoción de tipo revalorativo
- Redes de apoyo instrumental y económico percibidos como funcionales, en lo emocional percibido como ausente.

11 PERSONALIDAD PREVIA

María se describe como una persona callada “todo me daba miedo” (sic. pac.).

12 SELECCIÓN Y APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE EVALUACIÓN

- Observación clínica
- Entrevista Conductual
- Inventario de Depresión de Beck
- Registros de actividades
- Registros de Dolor
- EVA de dolor y depresión

13 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE CONDUCTAS PROBLEMA

13.2 Lista de conductas problema

Tabla 24

Lista de Conductas Problema de María

Nivel Motor

-
- Problemas para dormir
 - Disminución en las actividades de agrado
 - Discusiones con sus hermanos
-

Nivel Cognitivo

-
- Pensamientos de discapacidad y pensamientos de muerte.
-

14 ANÁLISIS DE SECUENCIAS

Tabla 25.

Modelo Secuencial Integrativo de la problemática de María

Estímulo	Organismo	Repuestas	Consecuencias
<p>Estímulos externos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Al hablar con sus hermanos sobre su enfermedad <p>Estímulos internos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Al sentirse sola y pensar “No puedo seguir con esto” - Al despertar y sentir dolor “Otra vez no me puedo mover” - Al sentir dolor durante sus actividades cotidianas (quehacer) sin predominio de horario “No me deja ni moverme” 	<p>Biológico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Femenino de 44 años de edad - Fibromialgia (Abril, 2017) <p>Variables culturales</p> <ul style="list-style-type: none"> -Red de apoyo funcional en lo económico e instrumental pero deficiente en lo emocional. <p>Habilidades Dominio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coser 	<p>Conducta de interés</p> <p>TRASTORNO DISTÍMICO</p> <p>Motoras</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disminución de actividades de agrado y dominio - Discusiones con sus hermanos - Irritabilidad - Llanto <p>Cognitivas</p> <ul style="list-style-type: none"> - “La vida así no es vida” - “Esto no es vivir” - “No quiero sentirme discapacitada” - “Quiero hacer mi vida normal” 	<p>Del usuario</p> <p>Inmediatas</p> <p><u>Internas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> “Tengo que estar tranquila” “No puedo darme por vencida” “Mi cuerpo ya no me responde” “Tengo que ser fuerte” <p><u>Externas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lloro - Se unta pomada y se soba - Toma sus medicamentos - Detiene sus actividades cotidianas, se recuesta y se reposa.

<p>Historia</p> <p>Pasada</p> <p>2012. Pierde el trabajo debido al dolor</p> <p>2015. Depende económicamente de su familia "(...)ellos me ayudan tanto" "soy una inútil"</p>	<p>- Hacer quehacer</p> <p>Historia de reforzamiento</p> <p>-Locus de control interno.</p> <p>-Estilo de afrontamiento centrado en la emoción de tipo revalorativo</p> <p>"No puedo permitir que esto me detenga" "Aún estoy aquí y tengo que salir adelante"</p>	<p>- "No me puedo concentrar por el dolor"</p> <p>- "Soy una inútil"</p> <p>- "ya no quiero sentirme así, triste todo el tiempo, sin ganas de hacer nada"</p>	<p>Mediatas</p> <p><u>Internas</u></p> <p>"No quiero aumentar sus problemas (familia)"</p> <p>"Me duele no poder hacerlos (ejercicios)"</p> <p>"Quiero sentirme bien, ya no me concentro en nada, siempre estoy con el dolor"</p> <p>"Ellos dicen que necesito ayuda y yo creo que sí"</p> <p>"A veces pienso que ya no puedo más y que sería mejor morirme"</p> <p><u>Externas</u></p> <p>- Hace sus ejercicios</p> <p>- Platica con sus hermanas o su mamá de situaciones neutras</p> <p>- Retoma su rutina</p> <p>- Duerme</p> <p>- En la noche tiene insomnio</p> <p>De otros</p>
--	--	---	---

Inmediatas

- Mamá: Soba sus manos y dice
"No *hagas nada*" "¿Ya se te
quito?" "¿Cómo te sientes?"
¿Cómo estás?"

- Hermanos y Sobrinos: La
ignoran y la evitan

4. ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA

Paciente femenino de 43 años, soltera sin hijos, escolaridad Bachillerato trunco, actualmente desempleada con diagnóstico de Fibromialgia desde abril del presente año, en tratamiento por parte del servicio de Reumatología con medicamentos para el dolor (Tramadol y Pregabalina). Por el mismo diagnóstico, la paciente es valorada por el servicio de Psiquiatría quien suscribe tratamiento para depresión con Sertralina.

Se presenta a consulta paciente quien refiere sentirse “triste” debido a la presencia constante de dolor desde el año 2012; la cual se ha visto exacerbada ante al reciente diagnóstico de Fibromialgia, verbaliza *“no entiendo cómo fue qué me paso esto, ya no me quiero sentir así, no quiero sentirme discapacitada”* *“ya no quiero sentirme así, triste todo el tiempo, sin ganas de hacer nada”* (sic. pac.).

La tristeza referida por la paciente se presenta a nivel motor como la disminución de actividades de agrado y dominio (salir a caminar, hacer ejercicio, coser), irritabilidad aunada a discusiones con sus hermanos cuando se habla de su enfermedad, (la paciente intenta explicar su enfermedad y ellos no le prestan atención, la ignoran o minimizan los síntomas); y llanto que se presenta tres veces por semana sin prevalencia de horario y a nivel cognitivo con pensamientos de inutilidad y minusvalía como *“no quiero sentirme discapacitada”, “soy una inútil”* que a su vez se encadenan con pensamientos negativos sobre su futuro como *“la vida así no es vida” “esto no es vivir” “quiero hacer mi vida normal” “el dolor no me deja nunca” “no me puedo concentrar por el dolor”*.

Lo anterior se vuelve altamente probable cuando María intenta hablar con sus hermanos sobre su enfermedad; al sentirse sola y pensar *“no puedo seguir con esto”* y en los momentos que siente dolor como al despertar (*“otra vez no me puedo mover”*) o durante sus actividades cotidianas (quehacer) sin predominio de horario (*“no me deja ni moverme”*). Es importante resaltar que debido a su condición médica, María siente dolor durante la mayor parte del día manteniendo los pensamientos de inutilidad y minusvalía y encadenando los pensamientos negativos sobre su futuro.

Como una forma de dar solución al malestar anterior, María ha adquirido comportamientos compensatorios a dichos pensamientos como untarse pomada y sobarse, tomar sus medicamentos, detener sus actividades cotidianas (quehacer) y recostarse a reposar, los cuales se acompañan de autoverbalizaciones como *“tengo que estar tranquila” “no puedo darme por vencida” “mi cuerpo ya no me responde” “tengo que ser fuerte”*.

Ante esto su madre, quien funge como su principal fuente de apoyo emocional, soba sus manos y constantemente pregunta sobre su estado físico y emocional; mientras que sus hermanos y sobrinos la ignoran y la evitan manteniendo la creencia de desinterés por su estado de salud por parte de su familia.

Sin embargo, tiempo después de sus comportamientos compensatorios, María presenta

nuevamente pensamientos de minusvalía e inutilidad con respecto a lo que los otros piensan de ella (“no quiero aumentar sus problemas (familia)”, “ellos dicen que necesito ayuda y yo creo que sí”), acerca de sí misma (“me duele no poder hacerlos (ejercicios)” “quiero sentirme bien, ya no me concentro en nada, siempre estoy con el dolor”) y sobre el futuro (“a veces pienso que ya no puedo más y que sería mejor morirme”). Para evitar el malestar que causa los pensamientos anteriores, María realiza comportamientos como distractores de los mismos por ejemplo hacer sus ejercicios de rehabilitación, platicar con su hermana y su mamá sobre situaciones ajenas a su enfermedad, dormir y retomar su rutina cotidiana.

A partir del análisis anterior y considerando las características de la paciente, se decide intervenir, principalmente, a nivel motor incidiendo en el incremento de actividades de agrado y dominio a partir de la implementación de técnicas como psicoeducación, ejercicios de relajación y activación conductual.

5. HIPÓTESIS FUNCIONAL

Si los síntomas de depresión de María se caracterizan por disminución de actividades de agrado y dominio (salir a caminar, ejercicio y quehacer), llanto fácil, discusiones con hermanos al hablar de la enfermedad; así como pensamientos de inutilidad y minusvalía que se encadenan con pensamientos negativos sobre el futuro, se hipotetiza que si se realiza una intervención a través de técnicas cognitivo conductuales como psicoeducación, ejercicios de relajación y activación conductual, entonces la paciente disminuirá la sintomatología depresiva.

6. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Criterios Diagnósticos según DSM IV

Eje I: Trastorno de Distímico

Eje II: Sin diagnóstico

Eje III: Fibromialgia

Eje IV: Problema de la relación familiar asociado a un diagnóstico médico

Eje V: EEAG 41- 50

Criterios Diagnósticos según DSM 5

Dx. Principal. 300.4 Trastorno Distímico (F34.). Fibromialgia. WHODAS (Versión de 12 preguntas administradas por el entrevistador): 34.

7. OBJETIVO GENERAL

María disminuirá la sintomatología depresiva a nivel conductual.

Objetivos Específicos

- Ejercicios de Relajación

1. María identificará las principales características del ejercicio de respiración pasiva.
2. María ejecutará el ejercicio de respiración pasiva ante los episodios de dolor.

3. María identificará el objetivo, las principales características y el procedimiento del ejercicio de imaginación guiada.
4. María ejecutará el ejercicio de Imaginación Guiada durante los periodos de dolor intenso.

- **Psicoeducación**

1. María enunciará los síntomas de su enfermedad (Fibromialgia) así como sus principales características

- **Activación Conductual**

1. María identificará los elementos de la activación conductual, así como su procedimiento.
2. María enunciará el modelo de depresión según la activación conductual.
3. María identificará sus patrones conductuales que mantienen los síntomas depresivos,
4. María identificará actividades de agrado y dominio.
5. María organizará su planificación de actividades incorporando actividades de agrado y dominio.
6. María ejecutará su planificación de actividades.
7. María identificará los obstáculos que puedan dificultar la realización de esas actividades,
8. María estructurará estrategias que le permitan hacer frente a esos obstáculos.

8. ESTRATEGIA TERAPÉUTICA

Selección de técnicas de intervención

- Psicoeducación
- Ejercicios de Relajación
 - o Respiración Pasiva
 - o Imaginación Guiada
- Elementos de Activación Conductual

Descripción de las sesiones

Tabla 26.

Descripción de las sesiones con María

Sesiones y Fechas	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
Sesión 1 09.05.2017	Entrevista conductual	Se realizó entrevista conductual para detección de conductas problema en la consulta externa del Hospital Juárez de México.	A la entrevista conductual la paciente menciona “ <i>ya no quiero sentirme así, triste todo el tiempo, sin ganas de hacer nada</i> ”, “ <i>ya no puedo más con el dolor</i> ” “ <i>ellos dicen que necesito ayuda y yo creo que sí, a veces pienso que ya no puedo más y que sería mejor morirme</i> ” (sic. pac.).
		Se identifican los parámetros conductuales del dolor de la paciente.	<p>Dolor de tipo quemante</p> <p>Frecuencia: Se presenta la mayor parte del día (90% del día)</p> <p>Intensidad:</p> <p>EVA 7/10 por la mañana</p> <p>EVA 9/10 por las tardes</p> <p>Se intensifica al realizar movimiento “<i>generalmente me duele más al subir las escaleras o al hacer el quehacer</i>” (sic. pac.).</p> <p>Duración: De una a dos horas y aparece de tres a cuatro veces por día sin prevalencia de horario.</p> <p>Topografía:</p> <p>Piernas</p> <p>Rodillas</p> <p>Cabeza</p> <p>Manos</p> <p>Espalda</p>
		Ante pensamientos de minusvalía e inutilidad relacionados con el dolor se indaga sobre la presencia de ideas y/o intentos suicidas.	

Cintura

Se indagan los conocimientos que tiene la paciente con respecto a su enfermedad.

“los que no puedo soportar son los dolores de cabeza, rodillas y cintura, esos son los que no me dejan seguir y me tengo que sentar o acostarme” (sic. pac.).

Se indagó sobre la adherencia al tratamiento médico

“ya no puedo más”, “soy muy inútil” “esto no es vivir” “no puedo vivir bien” (sic. pac.).

Se psicoeduca en tratamiento psiquiátrico y la importancia de la adherencia al mismo.

“a veces pienso que ya no puedo más y que sería mejor morirme” (sic. pac.)

“he pensado que vivir con este dolor no es vivir pero nunca he pensado quitarme la vida...” “creo que no lo haría, jamás haría algo como eso” (sic. pac.)

“Los médicos no me explicaron como tal, solo me dijeron que es una enfermedad que no se me va a quitar y que me deteriorará poco a poco” (sic. pac.) Llanto

“...yo sé que ya no se me va a quitar pero quiero aprender a vivir con ella” (sic. pac.)

“tomó todos mis medicamentos, por algo me los dieron (enseña receta), sé que son para controlarme el dolor y que no me duele tanto, creo que este (Sertralina), es para que no este triste” (sic. pac.)

Se psicoeduca en el llenado de registros de planificación de actividades y los registros de dolor. Se resalta la importancia de los mismos.

“entonces es muy importante que lo tome, le voy a decir a mis hermanos que tengo que comprarlo porque ya se me acabo” (sic. pac.)

**Observación
clínica**

Se presenta a consulta en ropa deportiva, sin maquillaje, con ojos hinchados sugestivos de llanto reciente, despeinada y con papeles en bolsa de mercado.

Al indagar en conducta problema se presenta llanto contingente.

**Entrenamiento
en registro de
programación
de actividades
y registros de
dolor**

*“entiendo que es para ver que
estoy haciendo” (sic. pac.)*

EVA de Depresión: 9/10

EVA de Dolor: 8/10

**Sesión 2
23.05.2017**

**Revisión de los
registros de la
paciente.**

Se revisaron los registros de planificación de actividades y los registros de dolor.

Se evaluaron dificultades en el llenado de los mismos.

Se reforzó el esfuerzo de la paciente para realizar los mismos.

*“no sé si los hice bien” “creo que
me costó algo de trabajo identificar
lo que sentía o lo que pensaba”
(sic. pac.)*

*“me di cuenta de que realmente
todo el tiempo hago quehacer, no
hago otra cosa” (sic. pac.)*

*“me di cuenta de que mi dolor
nunca baja de 7” (sic. pac.)*

**Inventario de
Depresión de
Beck**

Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck

BECK = 35 (depresión grave)

**Entrevista
Psicológica de
Fibromialgia
(Herrera y**

Se complementó la entrevista inicial con la Entrevista Psicológica de Fibromialgia.

Psicoeducación en Higiene del Sueño

Se psicoeducó en Higiene del Sueño.

Se identificó a partir del registro de planificación de actividades, así como en la entrevista psicológica de fibromialgia problemas para dormir. Se indago sobre los mismos, así como en la rutina del sueño de la paciente.

Se diseñaron en conjunto con la paciente estrategias de solución para dicha problemática.

Latencia entre acostase y dormir: Una y dos horas

Interrupción del sueño: Dos o tres veces en el transcurso de la noche.

Rutina de Sueño: Primero se despinta, se lava la cara, los dientes y posteriormente se acuesta alrededor de las once de la noche

Indica que el principal problema que tiene para conciliar el sueño es el dolor de cabeza *“me pesa todo el cuerpo, es demasiado el dolor” (sic. pac.)*.

“entiendo que cuando estoy muy triste o nerviosa, me fijo más en el dolor y por eso se puede hacer más fuerte” (sic. pac.)

Psicoeducación de la relación entre emoción y dolor

Se psicoeducó de la relación entre las emociones y el dolor.

Se ejemplificó un evento de su vida.

EVA de Dolor

Inicio: 8/10

Final: 6/10

“Si me siento un poco mejor, me siento como más tranquila” (sic. pac.)

Ejercicios de Respiración Pasiva

A partir de la identificación del dolor como la principal causa de los problemas para dormir, se psicoeducó en respiración pasiva, se modeló y moldeó la técnica.

“creo que quizá si podría ayudarme” (sic. pac.)

Acuerdos

1. Iniciar rutina para dormir a las 9:00 pm
2. Realizar ejercicios de respiración pasiva al estar acostada.
3. Apagar televisión y radio en cuanto se acueste.

EVA de Depresión: 7/10

EVA de Dolor: 7/10

Sesión 3
16.06.2017

Revisión de Registros

Se revisaron los registros de planificación de actividades y los registros de dolor.

Se reforzó el esfuerzo de la paciente para realizar los mismos.

“Ya cambié varias cosas desde que hago los registros, ya no me levanto tan tarde y me organizo mejor” (sic. pac.)

“me siento un poco más tranquila, esto me ha ayudado mucho” (sic. pac.)

Revisión de Estrategia de Higiene del Sueño

Se revisaron las estrategias de Higiene del Sueño

Se evaluaron dificultades del mismo.

Se reforzaron los intentos de la paciente.

“Pude dormir más rápido y solo me levanté una vez en la noche” (sic. pac.)

“Me siento mejor, más descansada” (sic. pac.)

“Hice los registros para dormir (respiración pasiva), me ayudaron un poco pero el dolor de cabeza no me deja” (sic. pac.)

Regreso de la Información y el Plan Terapéutico

Se presentó a la paciente un diagrama de secuencias explicando la conducta problema, sus antecedentes y consecuentes, resaltando los factores que la fomentan y mantienen.

Se propuso un plan de intervención a la paciente basada en estrategias de psicoeducación, ejercicios de relajación (respiración pasiva e imaginación guiada) y activación conductual.

Se pidió retroalimentación a la paciente.

“creo que me podría ayudar” “yo haré lo que usted diga” (sic. pac.)

“solo quiero estar bien” (sic. pac.)

“sí había pensado en hacer otras cosas, salir de casa, mi cuñado me había dicho que me pagaba las clases de natación o yoga” (sic. pac.)

La paciente es sometida a hemorroidectomía en el Hospital General de México, por lo que cancela la siguiente sesión y se reagenda hasta el mes de agosto.

EVA de Depresión: 10/10

EVA de Dolor: 8/10

Sesión 1b
10.08.2017

**Entrevista de
detección de
problemas.**

Se realizó entrevista de detección de problemas para actualizar la información obtenida acerca de la conducta problema o detectar nuevas problemáticas.

“me he sentido muy mal, desde que me operaron, el dolor incrementó otra vez, ya no solo son mis huesos o mis articulaciones, me duele al sentarme” (sic. pac.).

**Entrevista
Psicológica de
Fibromialgia
(Herrera y
Begoña, 2013)**

Se realizó nuevamente la entrevista psicológica de fibromialgia para actualizar la información de la misma.

“me siento muy triste, me preguntó qué otra cosa más voy a tener” (sic. pac.)

“el dolor de cabeza no me deja” (sic. pac.)

Se monitorea la adherencia al tratamiento médico la cual es confirmada por la paciente

“otra vez ya no puedo dormir, entre el dolor de la operación y el dolor de cabeza no puedo” (sic. pac.)

“ya ni siquiera puedo hacer mis ejercicios (de rehabilitación) que antes si me ayudaban un poco” (sic.pac.)

**Respiración
Pasiva**

Se indagó sobre la realización de ejercicios de respiración.

“al principio si los intentaba hacer y si me ayudaban un poco, pero con el dolor de cabeza, no me puedo concentrar” (sic. pac.)

Se realizó un ensayo y se moldeó la ejecución de la técnica.

“sí, voy a intentar hacerlos otra vez” (sic. pac.)

**Reanudación
de registros de**

Se volvió a psicoeducar en el llenado de los registros y se resaltaron los beneficios obtenidos durante la primera parte de la intervención.

“pues si me habían ayudado, supongo que me ayudarán otra vez” (sic. pac.)

“ya quería retomar la terapia pero me dijeron que tenía que reposar” (sic. pac.)

planificación de actividades y registros de dolor

EVA de Depresión: 8/10

EVA de Dolor: 8/10

Sesión 2b
24.08.2017

Revisión de los Registros de Planificación de Actividades y registro de dolor

Se revisaron los registros de planificación de actividades y los registros de dolor.

Se reforzó el esfuerzo de la paciente para realizar los mismos.

“me di cuenta de que ya paso más tiempo con mi sobrino, como ya entro a la escuela... eso me hace levantarme más temprano” (sic. pac.)

“aún tengo mucho dolor para moverme en las mañanas” (sic. pac.)

Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck

BECK= 25 (depresión moderada)

Aplicación de instrumentos

Se psicoeducó la relación entre dolor y emoción.

“ya me habías dicho eso, pero creo que se me fue, a veces es muy difícil concentrarme en eso, más cuando el dolor es intenso” (sic. pac.)

Psicoeducación de la relación entre dolor y emoción.

Se identificó que la paciente tenía dificultad para identificar sus emociones y las consecuencias a nivel fisiológico y motor de las mismas.

“me gustaría ir al bosque de Aragón, es un lugar donde siempre me ha gustado ir y sentarme en el pasto” (sic. pac.)

Se psicoeducó en imaginación guiada

Dolor

Se identificaron los elementos del ejercicio de imaginación guiada

Inicio = 8/10

<p>Imaginación Guiada</p>	<p>Se retomaron los ejercicios de respiración pasiva y se desarrolló el ejercicio de imaginación guiada.</p>	<p>Terminar = 5/10 “Sí me ayudo, creo que más que respirar”</p>
----------------------------------	--	--

EVA de Depresión: 8/10

EVA de Dolor: 7/10

Sesión 3b
05.09.2017

Revisión de los Registros de Planificación de Actividades y registro de dolor

Se revisaron los registros de planificación de actividades y los registros de dolor.

Se reforzó el esfuerzo de la paciente para realizar los mismos.

“cuando hago esto, me organizo mejor y me doy cuenta qué hago y qué no, ya todas las tardes salgo con mi sobrino a caminar” (sic. pac.)

Psicoeducación de emociones

Al identificar la dificultad de la paciente para identificar emociones y sus consecuencias a nivel fisiológico y motor, se decidió realizar psicoeducación en emociones para complementar la evaluación y que la paciente logrará identificar la relación existente entre emoción - pensamiento – conducta, necesaria para la implementación de la técnica de activación conductual

“me gustó el video, fue muy claro” (sic. pac.)

“ahora sé que las emociones son diferentes a los pensamientos (...) las emociones también provocan cosas en el cuerpo, como cuando nos asustamos” (sic. pac.)

Se presentó un video psicoeducativo de emociones.

Se retomaron elementos del video con preguntas como ¿Cuáles son las principales emociones? ¿Cómo se caracterizan estas?, las cuales eran respondidas por la paciente con apoyo de material didáctica sobre emociones.

Se presentaron diferentes situaciones en las que la paciente tenía que identificar cuál era la emoción, las respuestas a nivel fisiológico, cognitivo y motor.

“cuando peleo con mis hermanos y me enojo, siento como cuerpo se pone tenso y empiezo a sudar, hasta siento como si mi corazón se saliera y luego pienso que ellos

Ejercicios de identificación

de emociones

nunca me entenderán y a ellos no les importa” (sic. pac.)

**Observación
Clínica**

Se presenta a consulta con ropa deportiva limpia, con maquillaje, con nuevo corte de cabello y perfume, con bolsa de mano donde traslada sus documentos

EVA de Depresión: 7/10

EVA de Dolor: 8/10

**Sesión 4b
19.09.2017**

**Entrevista
motivacional**

Paciente se presenta a consulta con una exacerbación de la enfermedad (dolor) aunada a problemáticas de salud familiares (madre con ERC postrasplantada; hermana (donadora) con pielonefritis).

“hoy amanecí muy mal, me duele todo (...) lo que más me duele es mi cabeza” (sic. pac.)

Se realiza entrevista motivacional para que la paciente identifique los objetivos

“Sé que esto me ha ayudado, me doy cuenta y la gente me lo dice, pero hoy me siento muy mal” (sic. pac.)

Se refleja el avance clínico que ha tenido la paciente.

Llanto contingente

1. A observación clínica cuida más su aspecto personal
2. A mejorado sus patrones de sueño
3. Identifica con mayor facilidad las emociones, pensamientos y conductas consecuentes.
4. Se refleja la disminución de las EVA's de dolor, de ansiedad y depresión.

****SE SUSPENDE LA SESIÓN POR
CONDICIONES DE SALUD DE LA PACIENTE.**

Posterior a la última sesión, se presenta el S19, se suspenden citas en el HJM y se reanudan labores con normalidad hasta la primera semana de octubre.

Sesión 5b
16.10.2017

**Entrevista de
detección de
problemas.**

Debido a los acontecimientos actuales (S19) se realiza entrevista de detección de problemas.

Se indaga sobre problemáticas relacionadas a estrés agudo, las cuales se encuentran presentes como hipervigilancia ante estímulos ambientales, insomnio o dificultades para dormir.

Se normalizan las emociones de la paciente.

Se dan datos de alarma y se resaltan los beneficios de la respiración pasiva en estos casos.

“sí me asusté mucho, más cuando vimos todo lo que paso” (sic. pac.)

“pues todavía no puedo dormir muy bien (...) otra vez me despierto y así” (sic. pac.)

**Psicoeducación
en Activación
Conductual**

Se retoma la activación conductual.

Se psicoeduca en la técnica de activación conductual, se pide retroalimentación de la paciente sobre la misma.

Se pone especial énfasis en el procedimiento de la técnica.

“entiendo que la idea es hacer actividades que me hagan sentir mejor (...) y que me ayuden a no pensar como pienso” (sic. pac.)

**Revisión de los
registros de
planificación de
actividades.**

Se revisan los registros de planificación de actividades para identificar espacios donde incorporar actividades de agrado o dominio.

**Asignación de
tarea para casa**

Se pide a la paciente que en casa identifique tareas pequeñas que sean de su agrado y podamos incorporar al tratamiento.

9. RESULTADOS

Acorde con lo expuesto anteriormente, existe un ligero avance con respecto al objetivo de la intervención psicológica que implica la disminución de la sintomatología depresiva de la paciente.

Los resultados de la aplicación del Inventario de depresión de Beck revelan un avance en el objetivo pasando de una depresión grave (35 pts) a una depresión moderada (25 pts).

Tabla 27.

Puntuaciones obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck

	Sesión 1- Pre	Sesión 7 – Post
FECHA	23.05.2017	24.08.2017
PUNTUACIÓN DE DEPRESIÓN	35 Depresión grave	25 Depresión Moderada

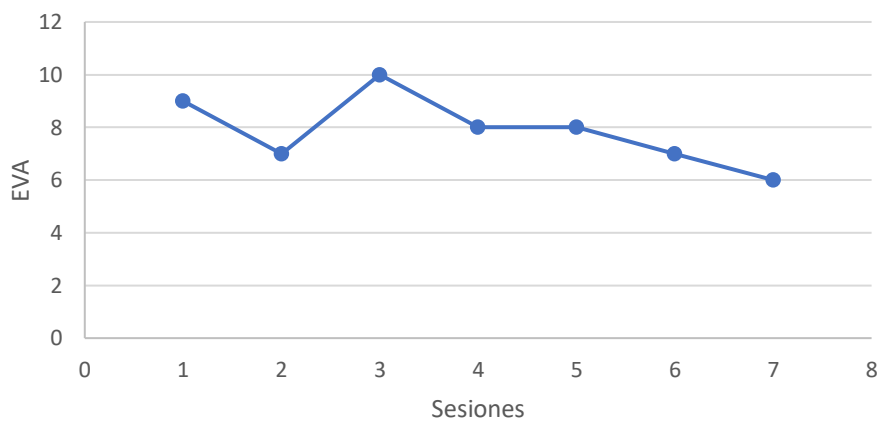


Figura 17. EVA de depresión de María.

En cuanto a la EVA de ansiedad, se aprecia una disminución de dos puntos con respecto al valor inicial que la paciente refiere. Mientras que en la EVA de depresión la disminución es de tres puntos con respecto al valor inicial. Es importante resaltar que estas medidas se tomaron en cada una de las sesiones y fluctuaron en las primeras tres sesiones, disminuyendo progresivamente a partir de la sesión cuatro, después de la interrupción del tratamiento.

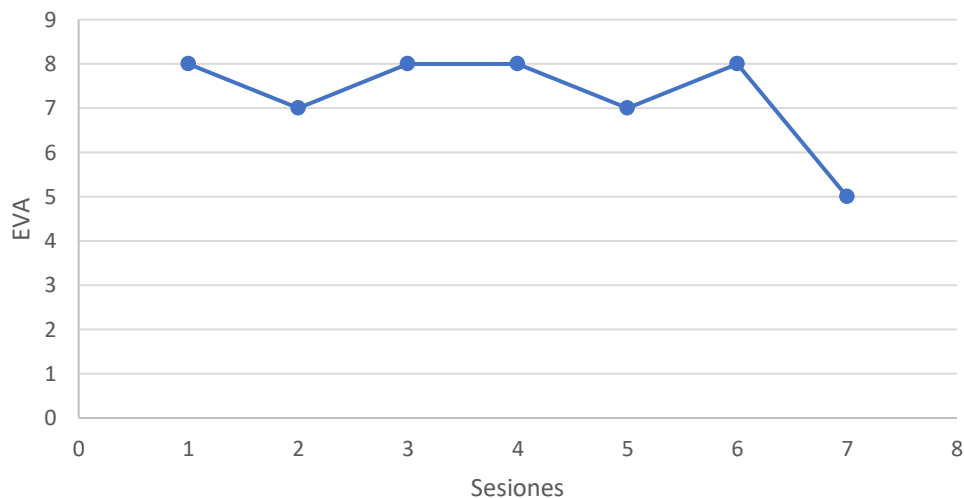


Figura 18. EVA de dolor de María por sesión.

Por otro lado, la EVA de dolor también muestra un descenso de dos puntos, aunque con fluctuaciones a lo largo de las sesiones, las cuales pueden estar relacionadas a la toma de medicamentos.

10. Discusión

La fibromialgia es una alteración crónica que se caracteriza por la existencia en un individuo de un historial de dolor diseminado y a la presión y palpación en localizaciones anatómicas definidas (Alegre, et. al, 2010). El dolor crónico es aquel que persiste por más de tres meses y suele presentarse conjuntamente con todo tipo emociones, principalmente depresión y ansiedad, por lo que conviene conceptualizarlo como un cuadro más complejo (Truyols, Pérez-Pareja, Medinas, Palmer y Sesé, 2008; como se citó en Moix y Casado, 2011).

Alegre y cols. (2010) argumentan que la información y la educación en la enfermedad y el tratamiento es esencial para la adaptación de los pacientes al padecimiento, ya que los pacientes expresan como una de sus prioridades la necesidad de ser informados sobre la causa de la enfermedad y las estrategias más adecuadas para reducir los síntomas y mejorar la función.

Desde la perspectiva de los pacientes el diagnóstico de fibromialgia a menudo sirve para acabar con un largo periodo de incertidumbre y desinformación (Alegre, et. al.).

Por lo anterior, Comeche y cols. (2011) proponen una intervención protocolizada enfocada en brindar estrategias a los pacientes que le permitan adaptarse a la enfermedad, brindando una percepción de control a los síntomas de la enfermedad.

Lo anterior a partir de técnicas cognitivo-conductuales como psicoeducación (a la enfermedad y al dolor crónico), técnicas que permitan el control del dolor, principalmente técnicas de respiración y relajación como visualización y muscular progresiva. De igual manera, es esencial la psicoeducación en la relación entre las emociones y el dolor, haciendo especial énfasis en que los pacientes identifiquen las emociones desagradables y sus respuestas a nivel fisiológico y cognitivo y su asociación con el dolor percibido (Moix y Casado, 2011; Gelman, Lera, Caballero y López, 2002).

Otras estrategias recomendadas por estos autores son las relacionadas directamente a reducir los síntomas psicológicos propios de la enfermedad. La planificación de actividades como estrategias para reducir los niveles de ansiedad y depresión y como método para adherirse al ejercicio físico, la rehabilitación e higiene postural. La psicoeducación e implementación de técnicas de higiene del sueño que faciliten un mayor descanso en los pacientes con fibromialgia y el entrenamiento en asertividad y solución de problemas que brinden a los pacientes de estrategias que les permitan afrontar los obstáculos que enfrentan a lo largo de su vida como la poca credibilidad de su medio social y la reducción del apoyo social a partir de la misma.

En el presente caso, María cumple con los diferentes parámetros tanto médicos como psicológicos propios de su enfermedad por lo que resulta importante dar orden y congruencia a la forma de intervención a implementar para facilitar la adaptación de la paciente a la enfermedad.

Por tanto, el caso no se enfocó en la reducción o control de la percepción del dolor experimentado por María sino a los síntomas psicológicos propios de la enfermedad, principalmente los síntomas de depresión.

Para esta problemática se decidió emplear las estrategias planteadas por Comeche y cols. (2010); Moix y Casado (2002) quienes argumentan que emplear estrategias cognitivo conductuales tales como psicoeducación, ejercicios de relajación, activación conductual e higiene del sueño ayudan a mejorar considerablemente los síntomas psicológicos de la fibromialgia.

Por el contrario, Gelman, Lera, Caballero y López (2002) mencionan que la intervención multicomponente no presenta diferencias significativas a algunos síntomas de la enfermedad como la debilidad, los problemas de sueño y la percepción del dolor.

A partir de la intervención, María presenta una mejora en la percepción del dolor, así como en los problemas del sueño. Por otro lado, María es capaz de reconocer las emociones que experimenta y la relación que éstas tienen con el incremento o disminución del dolor, proporcionándole una sensación de control. De igual manera, a nivel cognitivo se muestra una percepción de control ante sus actividades y sus emociones. Al iniciar con la planificación de actividades y psicoeducar en la misma, María resalta estrategias compensatorias como búsqueda de nuevas actividades. Finalmente, es importante resaltar la importancia que ha tenido la relación terapéutica en la adherencia de la paciente y los avances de la intervención, así como el trabajo

colaborativo con el tratamiento médico, resaltando principalmente la importancia del tratamiento psiquiátrico y cómo los efectos de la intervención psicológica pueden maximizarse cuando se da el trabajo conjunto.

Sin embargo, es importante considerar a futuro la evolución natural de la enfermedad, ya que a corto o largo plazo María tendrá limitaciones a nivel físico debido a la misma y es necesario la implementación de técnicas que fomenten la sensación de control ante la debilidad física y el dolor como estímulos antecedentes, así como estrategias de prevención de recaídas.

Por otro lado, existieron algunos factores externos que afectaron la intervención como el tiempo prolongado de la misma que ha dificultado su resolución, lo anterior por condiciones fuera del control de la paciente y la terapeuta, así como la falta de dirección en las mismas que pudo ser mediado por lo antes mencionado.

Con relación a las áreas de oportunidad se pudo identificar:

1. La necesidad de la terapeuta de un entrenamiento más estructurado en el manejo del dolor, ya que en el servicio de medicina interna también es requerido.

De igual manera, es importante mencionar que como parte de la enfermedad se presentan diferentes problemas psicológicos, aunque la intervención se enfocó en la depresión, María también presentaba síntomas de ansiedad que es importante considerar dentro del trabajo a futuro.

Finalmente, como caso en curso se planea:

1. Continuar con la activación conductual y complementarla con estrategias de solución de problemas que permitan la prevención de recaídas.
2. Dar monitoreo a la higiene del sueño.
3. Implementar estrategias de asertividad que permitan que la paciente comunique a sus familiares los síntomas y el tratamiento de su enfermedad.
4. Implementar estrategias que favorezcan la disminución de los síntomas de ansiedad en María

11. Referencias

Alegre, C. y cols. (2010). Documento de Consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia. *Actas Esp. Psiquiatr.* 38: 108-120. Recuperado de: [https://www.actaspsiquiatria.es/PDFS/38_2/AEP%2038\(2\)%20108-121.pdf](https://www.actaspsiquiatria.es/PDFS/38_2/AEP%2038(2)%20108-121.pdf)

- Comeche, I. y cols. (2010). Tratamiento cognitivo-conductual, protocolizado en grupo, de la fibromialgia. *Clínica y Salud*. 21. 107:121. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180615543001>
- Gelman, S., Lera, S., Caballero, F. y López, M. (2002). Tratamiento multidisciplinario de la fibromialgia. Estudio piloto prospectivo controlado. *Rev. Esp. Reumatol.* 29. 99:105. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-reumatologia-29-articulo-tratamiento-multidisciplinario-fibromialgia-estudio-piloto-13073666>
- Moix, J. y Casado, I. (2011). Terapias Psicológicas para el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*. 22. 41:50. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180618548003.pdf>

Caso clínico 3

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: Margarita
Sexo: Femenino
Edad: 37 años
Estado Civil: Soltera
Escolaridad: Secundaria
Ocupación: Sin ocupación actual
Religión: Católica
Lugar de origen: Ed. México

2. SELECCIÓN DEL CASO:

El presente caso tiene por objetivo ilustrar una intervención cognitivo conductual en una paciente poco cooperadora y con dolor agudo debido a enfermedad dermatológica complicada.

De igual manera, resalta la importancia de la toma de decisión terapéutica ante el motivo de intervención, la cual no solo se modifica ante la demanda de la paciente sino la necesidad de seguir las indicaciones médicas.

5. MOTIVO DE CONSULTA:

19.10.2017.

Paciente: La paciente reporta sentirse “nerviosa” (*sic. pac.*) debido a la presencia constante de dolor. Asimismo, comenta que el dolor se intensifica ante procedimientos como el baño, curaciones y toma de muestras “ellos no tienen cuidado, me han lastimado mucho” (*sic. pac.*).

24.10.2017

Médicos: El personal médico y de enfermería comentan que la paciente se muestra poco cooperadora ante procedimientos como baño, curaciones y toma de muestras, indican “es importante que ella se mueva porque si no se puede infectar y si ahorita está bien, se puede complicar mucho” (*sic. med.*).

6. ANTECEDENTES

a. *Heredofamiliares:*

Sin dato.

b. *Personales no patológicos:*

Margarita reside con sus dos hijos en casa rentada, con todos los servicios de urbanización: agua, luz y drenaje, construida de materiales perdurables, pared y piso de cemento. Alimentación inadecuada en cantidad y calidad. Hábitos higiénicos adecuados, con baño y cambio de ropa diario. Zoonosis negada.

c. *Personales Patológicos*

g) *Crónico degenerativos:*

2014 → Diagnosticada con Pénfigo Vulgar Ampoloso

h) *Alérgicos:* Interrogados y negados

i) *Infecto contagiosas:* Interrogados y negados.

j) *Antecedentes quirúrgicos:*

Cesárea (2012)

k) *Toxicomanías:* Interrogados y negados.

l) *Transfusiones:* Interrogados y negados.

d. *Psicológicos patológicos:*

La paciente niega atención psicológica y/u otro servicio de salud mental.

7. DINAMICA FAMILIAR Y FAMILIOGRAMA

La paciente vive en casa rentada con sus dos hijos pequeños (9 y 5 años). Refiere tener una buena relación con ellos, siendo ellos sus cuidadores principales antes de llegar al hospital. Indica que su pareja se encuentra en E.U. y es el principal sustento económico de su familia.

Menciona que tiene dos hermanos con los que tiene poco contacto, pero son quienes la han apoyado durante la hospitalización y el cuidado de sus hijos.

Familiograma

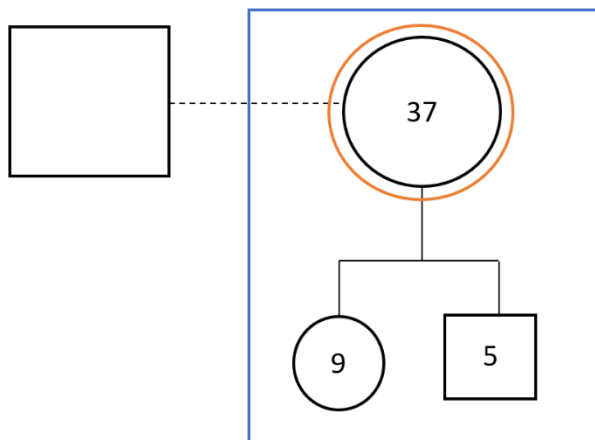


Figura 19. Familiograma de Margarita

8. HISTORIA DEL PROBLEMA

6.1. MÉDICO

2014. Diagnóstico de Pénfigo Vulgar.

Octubre 2017. Ingresa al servicio de Medicina Interna por una agudización del Pénfigo Vulgar Ampollosos.

14.2 PSICOLÓGICO

2014 → Ante el diagnóstico de Pénfigo Vulgar refiere “no me sentí triste porque como fuera yo iba a salir adelante con mis hijos y nunca me había puesto así” (sic. pac.).

02.10.2017 → Margarita comienza a sentirse “nerviosa” (sic. pac.) debido a la presencia constante de dolor y al impacto visual de las lesiones en su piel “yo solía arreglarme mucho y verme así, la verdad si ha sido difícil” (sic. pac.).

Menciona que sus hijos eran sus principales cuidadores “llegó un momento en el que me di cuenta de que no era bueno que ellos me vieran así y menos que me atendieran, porque era mi hija quien siempre me cuidaba” (sic. pac.).

18.10.2017 → Es valorada por el servicio de Psiquiatría y tratada con Sertralina.

15 DESCRIPCION DEL PROBLEMA ACTUAL

Margarita reporta sentirse “*nerviosa*” (*sic. pac.*) debido a la presencia constante de dolor, indica que el dolor que presenta es de tipo quemante “*siento como arde, como si me quemará*” (*sic. pac.*), reporta que está presente la mayor parte del día y en una USA 10/10, indicando que es el dolor más intenso que ha sentido a lo largo de su vida; asimismo, comenta que el dolor se intensifica ante procedimientos como el baño, curaciones y toma de muestras “*ellos no tienen cuidado, me han lastimado mucho*” (*sic. pac.*) puede presentarse cuando se encuentra sola o acompañada.

Margarita menciona que ha tenido dificultades con el equipo médico y de enfermería debido a que se ha mostrado poco cooperadora al tratamiento médico “*ellos no entienden que me duele, yo no digo que no lo haré, solo digo que a mi ritmo*”, “*yo sé que tengo que moverme para que se sequen*”, “*a nadie le importa que este así*” (*sic. pac.*).

Refiere que se pone muy “*nerviosa*” (*sic. pac.*) ante estos procedimientos, indica que en el momento en el que ve al personal de salud (médicos internos, residentes, adscrito, enfermeras y camillero) comienza a sentir como su corazón late más rápido (incremento de la frecuencia cardíaca), su respiración se acelera y comienza a sudar.

Al principio, para evitar lo anterior, Margarita solicitaba a las enfermeras que regresarán después, con lo que postergaba los procedimientos. La paciente se rehúsa a comer sin la presencia de sus familiares, permanece acostada la mayor parte del día y se niega a que le administren los medicamentos que necesita.

Sin embargo, con el paso de los días, el equipo médico y de enfermería comenzó a presionar a Margarita a realizar los procedimientos a lo que ella comienza a gritar “*no me lastimen*” “*así no*”, “*espera*”, “*me duele*” (*sic. pac.*), llorar y manotear tanto a los médicos, las enfermeras y los camilleros; a lo que la familia y el personal de salud cede a la NO realización de los procedimientos, teniendo verbalizaciones como “*tranquila*”, “*todo está bien*”, “*al ratito lo hacemos*”, “*respira*” (*sic. pac.*).

Con respecto a lo anterior, el equipo de enfermería menciona que tanto la paciente como los familiares se rehúsan a los procedimientos rutinarios del hospital lo que dificulta su labor, genera conflictos con los compañeros de trabajo (camilleros) y retrasa el trabajo con los demás pacientes. Adicionalmente, refieren preocupación por el estado de salud de la paciente “*no es que la queramos lastimar, pero si es importante que coopere, así la lastimamos más y ellos no lo entienden*” (*sic. pac.*).

Por su parte el equipo médico menciona “*yo sé que le duele y lo entiendo, pero tienen que moverse sino se va a complicar*” (*sic. pac.*).

16 IMPRESIÓN Y ACTITUD GENERAL

Paciente femenino de complexión mesomórfica, en adecuadas condiciones de higiene y aliño de acuerdo con el contexto hospitalario. Se muestra cooperadora durante la entrevista.

17 EXAMEN MENTAL DE PRIMERA VEZ

Paciente femenino de edad aparente menor 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. Cooperadora de lenguaje coherente, congruente y fluido. Pensamiento concreto. Sin alteraciones aparentes en sensopercepción. Juicio conservado. Impresiona clínicamente con inteligencia similar al promedio. Afecto ansioso. Con noción de enfermedad.

18 FACTORES PSICOLÓGICOS COMPLEMENTARIOS

- Locus de control externo.
- Estilo de afrontamiento centrado en la emoción.
- Redes de apoyo instrumental y económico percibidos como funcionales, en lo emocional percibido como ausente.

19 PERSONALIDAD PREVIA

Margarita se percibía como una persona atractiva, alegre, siempre con disposición de ayudar a los demás, fuerte e independiente *“siempre he salido adelante yo sola, solo somos mis hijos y yo” (sic. pac.)*.

20 SELECCIÓN Y APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE EVALUACIÓN

- Observación clínica.
- Entrevista Conductual.
- USA de dolor.

21 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE CONDUCTAS PROBLEMA

21.2 Lista de conductas problema

Tabla 28

Lista de Conductas Problema de María

Nivel Motor

- Gritos.
 - Llanto.
 - Manoteos.
 - Dejar de bañarse.
 - Dejar de comer.
 - No dejarse hacer las curaciones.
 - Dejar de levantarse.
 - Impedir la administración de los medicamentos.
 - Permanecer acostada durante tiempo prolongado.
-

Nivel Cognitivo

- Pensamientos de discapacidad.
-

Nivel Fisiológico

- Sudoración.
 - Incremento de la Frecuencia Respiratoria.
 - Incremento de la Frecuencia Cardíaca.
-

22 ANÁLISIS DE SECUENCIAS

Tabla 29

Modelo Secuencial Integrativo de la problemática de Margarita

Estímulo	Organismo	Repuestas	Consecuencias
	Biológico	Conducta de interés	Del usuario
Estímulos externos	- Femenino de 37 años de edad	“Nerviosa”	
- Al ver a los médicos:	- Pénfigo Vulgar Ampolloso (2014)	Motoras	Inmediatas
*Pase de Visita	- En tratamiento para depresión por Psiquiatría.	- Permanece acostada 12-16 hrs al día	<u>Externas</u>
*Revisiones rutinarias		- No se baña	- Lloro
*Toma de muestras		- No come	- Se duerme
- Al ver a los(as) enfermeros(as) y los camilleros.	Variables culturales	- No toma los medicamentos	
*Realización de curaciones	-Red de apoyo funcional en lo económico e instrumental pero deficiente en lo emocional.	- Gritos	De otros
*Baño		- Llanto	Inmediatas
*Medicamentos		- Manoteos	- Familiares: Piden al equipo de salud no realizar los procedimientos
	Historia de reforzamiento	- Gemidos	- Enfermeras: Ceden a la no realización de los procedimientos.
Estímulos internos	-Locus de control externo.	Cognitivas	- Familiares y Enfermeras: “tranquila”, “todo está bien”, “al ratito lo hacemos” “respira” (sic. pac.)
- Al estar sola y pensar “A nadie le importa que este así”	-Estilo de afrontamiento centrado en la emoción.	- “Ellos no me entienden”	
		- “Esto es demasiado dolor”	Mediatas
		- “Ellos me lastiman, no les importa”	- Enfermeras y Camilleros: Se muestran molestos a la interacción con la paciente y sus familiares.
		- “Quiero hacer mi vida normal”	
		Fisiológicas	
		- Sudoración	
		- Incremento de frecuencia respiratoria.	
		- Incremento de la frecuencia cardíaca.	

15. ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA

Paciente femenino de 37 años, soltera con dos hijos, escolaridad secundaria, actualmente desempleada con diagnóstico de Pénfigo Vulgar Ampollosa desde el año 2014, en seguimiento por parte del servicio de Dermatología con esteroides (Prednisona) para el tratamiento médico y para el dolor (Tramadol y Buprenorfina) indicados por el servicio de Clínica del Dolor. Por el mismo diagnóstico, la paciente es valorada por el servicio de Psiquiatría quien suscribe tratamiento para depresión con Sertralina.

Paciente refiere sentirse “*nerviosa*” (*sic. pac.*) debido a la presencia constante de dolor (USA 10/10), el cual se intensifica ante procedimientos como el baño, curaciones, toma de muestras y administración de medicamentos, favoreciendo la activación fisiológica caracterizada por sudoración e incremento en la frecuencia respiratoria y cardíaca, acompañada de pensamientos y verbalizaciones como “*tengan cuidado*”, “*no entienden que me duele mucho*”, “*esto no terminará jamás*”, “*ya no puedo hacerlo*”, “*ellos me lastiman y no les importa*” (*sic. pac.*) y respuestas motoras como manoteos, gritos, gemidos y llanto.

El nerviosismo referido por la paciente se caracteriza a la disminución de actividades propias del contexto hospitalario (baño, curaciones, administración de medicamentos y toma de muestras) que dificultad y ponen en riesgo el éxito del tratamiento médico.

Lo anterior se vuelve altamente probable cuando Margarita ve a los médicos (pase de visita, revisiones rutinarias, toma de muestras), al ver a los(as) enfermeros(as) y los camilleros (realización de curaciones, baño, administración de medicamentos). Probablemente la respuesta de ansiedad de Margarita se encuesta apareada por medio del condicionamiento clásico (Figura 16).

EI (Curación) → **RI** (Dolor)

EN (Personal de Salud)

EC (Personal de Salud) → **RC** (Dolor)

EI (Dolor) → **RI** (Ansiedad)

EN (Personal de Salud)

EC (Personal de Salud) → **RC** (Ansiedad)

Figura 20. Modelo de Condicionamiento Clásico de la respuesta de ansiedad de Margarita.

Ante los procedimientos médicos, Margarita presenta comportamientos como gritos “no me lastimen”, “así no”, “espera”, “me duele” (*sic. pac.*), llanto, gemidos y manoteos que promueven que los otros, tanto familiares como personal de salud, cedan y pospongan la rutina hospitalaria, aunado a verbalizaciones como “tranquila”, “todo está bien”, “al ratito lo hacemos”, “respira” (*sic. pac.*). Lo anterior refuerza el comportamiento de evitación de Margarita, convirtiendo el condicionamiento clásico en condicionamiento operante.

Por tanto, a partir del análisis anterior, se propone la implementación de un plan de intervención que incida en las respuestas fisiológicas de ansiedad de Margarita a partir de la implementación de psicoeducación y técnicas de relajación (respiración pasiva e imaginación guiada); así como en los consecuentes que refuerzan la respuesta motora de Margarita, modificando los refuerzos y castigos que se presentan a la conducta de la paciente por medio de la implementación de técnicas de manejo de contingencias.

16. HIPÓTESIS FUNCIONAL

Si el nerviosismo de Margarita se caracteriza por activación fisiológica compuesta por sudoración e incremento en la frecuencia respiratoria y cardíaca, acompañada de pensamientos y verbalizaciones como “tengan cuidado”, “no entienden que me duele mucho”, “esto no terminará jamás”, “ya no puedo hacerlo”, “ellos me lastiman y no les importa” (*sic. pac.*) y respuestas motoras como manoteos, gritos, gemidos y llanto, si se realiza una intervención a través de técnicas cognitivo conductuales como psicoeducación, ejercicios de relajación y manejo de contingencias, entonces la paciente disminuirá la sintomatología ansiosa y realizará la rutina de higiene y autocuidado.

17. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Criterios Diagnósticos según DSM IV

Eje I: 309.4 (F43.25) Trastorno de adaptación con alteraciones mixta de emociones y la conducta.

Eje II: *Sin diagnóstico.*

Eje III: Pénfigo Vulgar Ampollosa.

Eje IV: Problema de la relación familiar asociado a un diagnóstico médico.

Eje V: EEAG 51- 60.

Criterios Diagnósticos según DSM IV

Dx. Principal. 309.4 (F43.25) Trastorno de adaptación con alteraciones mixta de emociones y la conducta. Pénfigo Vulgar Ampollosa. WHODAS: 52 (severa). (Versión de 12 preguntas administradas por el entrevistador)

18. OBJETIVO GENERAL

Margarita disminuirá la sintomatología ansiosa a nivel fisiológico y realizará la rutina de higiene y autocuidado.

Objetivos Específicos

- **Psicoeducación**
 - Que la paciente identifique los efectos de no seguir el tratamiento médico, ni realizarse los procedimientos rutinarios del hospital (baño, curaciones, toma de muestras y administración de medicamentos).
 - Que la paciente identifique la relación que existe entre las emociones y el dolor.
- **Ejercicios de Relajación**
 - **Respiración Pasiva**
 - Que la paciente identifique los beneficios de la respiración pasiva.
 - Que la paciente implemente los ejercicios de respiración pasiva en los momentos de dolor y ansiedad.
 - **Imaginación Guiada**
 - Que la paciente identifique los beneficios de la imaginación guiada.
 - Que la paciente implemente los ejercicios de imaginación guiada en los momentos de dolor y ansiedad.
- **Manejo de Contingencias**
 - Que el personal de enfermería identifique los supuestos básicos del condicionamiento operante (refuerzos y castigos).
 - Que el personal de enfermería implemente correctamente los refuerzos y castigos durante las curaciones, baños e implementación de medicamentos.

19. ESTRATEGIA TERAPÉUTICA

Selección de técnicas de intervención.

- Psicoeducación.
- Ejercicios de Relajación.
 - Respiración Pasiva.
 - Imaginación Guiada.
- Manejo de Contingencias.
 - Refuerzo Positivo.
 - Castigo Negativo.

Descripción de las sesiones.

Tabla 30
Descripción de las sesiones con Margarita

Sesiones y Fechas	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
Sesión 1 19.10.2017	Entrevista conductual.	Se realizó entrevista conductual para detección de conductas problema en hospitalización del Hospital Juárez de México.	A la entrevista conductual la paciente menciona <i>“me duele mucho” “ellos no entienden” “siento como si me quemaran”</i>
		Se identifican algunas problemáticas de la paciente, principalmente el dolor y los parámetros de frecuencia, intensidad y duración del dolor de la paciente.	Dolor tipo quemante. Frecuencia: Se presenta durante todo el día. Intensidad: USA: 10/10
	Se psicoeducó de la relación entre las emociones y el dolor.	Duración: Durante las curaciones se intensifica USA:10/10 <i>“Si he notado que cuando estoy más nerviosa me duele más, ya que veo al que toma las muestras empiezo a gritar”</i>	
	Psicoeducación en la relación entre emociones y percepción del dolor.	A partir de la identificación del dolor como la principal demanda de la paciente, se psicoeducó en respiración pasiva, se modeló y moldeó la técnica.	<i>“si me siento diferente”</i> Antes → USA: 10/10 Después → USA 8/10
	Ejercicios de relajación.	A su vez, se complementó con la técnica de imaginación guiada, se psicoeducó y realizó un ejercicio.	<i>“antes íbamos a un parque mis hijos y yo, creo que me gustaría ir ahí”</i>

Después: USA 7/10

“me sentí más tranquila”

Respiración pasiva.

Imaginación guiada.

Paciente se encuentra de pie tomada de la mesita de alimentos, totalmente desnuda y comiendo durante la entrevista. A lo largo de la entrevista se muestra cooperadora con la terapeuta y atenta a las técnicas aplicadas.

Observación clínica.

Sesión 2 24.10.2017	Revisión de ejercicios.	Se monitorearon los ejercicios de respiración pasiva e imaginación guiada.	<i>“sí me sentía mejor al hacerlos, pero no me puedo controlar por el dolor”</i>
	Información de la enfermedad.	Se brindó información sobre la enfermedad, haciendo énfasis en el tratamiento (curaciones y medicamentos); así como en los síntomas, las probables complicaciones y su prevención.	<i>“yo sé que tengo que moverme para que se sequen y no se infecten, pero me duele mucho”</i> <i>“entiendo que si no me limpio me puedo infectar y eso puede complicarme más”</i>
	Entrevista	Se realizó entrevista motivacional, se identificaron los estímulos motivantes para Margarita. Se diseñaron objetivos a corto y mediano plazo para afrontar la enfermedad.	<i>“Lo más importante para mí son mis hijos, ellos eran quienes me cuidaban”</i> <ol style="list-style-type: none">1. Recuperarse y salir del hospital2. Pasar más tiempo con sus hijos3. Continuar con el tratamiento médico, después de salir del hospital.

Motivacional.

“Yo sabía de esta enfermedad desde hace tiempo, pero antes pues no me causaba problemas y no me cuidaba”

A partir de aproximaciones sucesivas se tuvo por objetivo que la paciente se levantara de la cama y se metiera a bañar. Cada una de las aproximaciones fue reforzada por la terapeuta con refuerzo social *“Muy bien Margarita, lo haces muy bien”*

1. Decir que sí se levantaría a bañar.
2. Despegarse las sabanas de la piel.
3. Bajar sus piernas a un lado de la cama
4. Apoyarse en la cama e incorporarse
5. Sentarse
6. Colocar los pies en el banquito para levantarse
7. Levantarse
8. Caminar hacia el baño

Aproximaciones Sucesivas.

La paciente se encuentra en cama sin moverse y con los ojos cerrados, responde las preguntas de la terapeuta sin verla a los ojos y con voz baja.

Observación clínica.

Paciente se encuentra en condiciones inadecuadas de higiene y aliño de acuerdo con el contexto hospitalario. Poco cooperadora. Consciente, alerta y con respuestas al ambiente disminuidas. Atención y concentración disminuidas. Sin alteraciones aparentes en sensopercepción.

Examen Mental.

Psicoeducación en la dinámica del hospital y la importancia de la rutina hospitalaria y las conductas de autocuidado.

Se psicoeducó en la dinámica del hospital, haciendo énfasis en la rutina de higiene y conductas de autocuidado y la importancia que tienen en el tratamiento de la paciente.

“sí, yo sé que tenemos que hacer todo eso, pero me duele mucho y yo lo hago, pero a mi ritmo, poco a poco”

“yo sólo quiero esperar a que ellos estén aquí (para comer o bañarse)”

“yo sé que tengo que comer pero necesito que me ayuden”

Sesión 3

30.10.2017

Psicoeducación de los

“Sí sé que me van a ayudar pero no me gusta tomar tanto medicamento (...) prefiero que me pongan los del

medicamentos para el dolor y los medicamentos psiquiátricos.

Se psicoeducó en la importancia de la aplicación de los medicamentos para el dolor y los medicamentos psiquiátricos.

dolor después de las curaciones para que no me duele tanto”

Planificación de actividades con personal de enfermería.

Se diseñó en conjunto con el equipo de enfermería un plan de actividades, en el que se incorporaron los diferentes momentos de la rutina hospitalaria (baño, curaciones, administración de medicamentos, alimentos).

“Vamos a incluir todas las actividades de hospitalización, los medicamentos, la toma de signos, las curaciones y los baños” (ANEXO 1)

Planificación de actividades con la paciente.

Se propuso a la paciente la planificación de las actividades y el cumplimiento de la misma.

“¿pero qué otras cosas puedo hacer?”

“sí me gusta eso, quizá pueda pensar en las películas que les gustan a mis hijos”

Se buscaron alternativas de actividades de hacer en los tiempos “libres” (sic. pac.).

Psicoeducación con el familiar

Contrato Conductual con el familiar.

Se psicoeducó al familiar responsable sobre la dinámica del hospital y la importancia del cumplimiento de la misma en el tratamiento de Margarita.

“yo sé que se tiene que hacer, aunque ella no quiera (...) aunque los que estén aquí digan que no, hay que hacerlo”

Se firmó contrato conductual con el familiar.

“se van a realizar las curaciones, aunque ella no quiera porque eso es lo que necesita y ella va a cooperar”

Intervención en crisis. Ejercicios de

Se realizó intervención en crisis, compuesta principalmente de ejercicios de respiración y escucha activa.

“ellos no me entiende, es muchísimo dolor” “no me puedo concentrar” me duele demasiado”

Sesión 4

Respiración.

31.10.2017

**Entrevista
Motivacional.**

Una vez que la paciente se encontró en condiciones se retomaron elementos de la entrevista motivacional, haciendo énfasis en los objetivos propuestos por la paciente.

“quiero hacerlo por mis hijos”, “ellos son chicos y me necesitan”, “no soporto el dolor”, “intente hacerlo, pero no funcionó”

**Psicoeducación
con las
enfermeras sobre
el manejo de
contingencias.**

Se psicoeducó al equipo de enfermería en manejo de contingencias, así como el condicionamiento operante y el uso de refuerzo positivo y refuerzo negativo.

En conjunto con el equipo de enfermería se identificaron como conductas a modificar:

1. Gritos.
2. Manoteos.
3. Gemidos.

Se reforzaban los intentos de movimientos cuando se realizaban las curaciones y se bañaba la paciente con verbalizaciones como *“muy bien Margarita” “Tú puedes hacerlo”*

Se solicitó al equipo de enfermería que evitará las frases como *“tranquila” “no llores”* que exacerbaban las conductas a modificar.

**Psicoeducación
con familiares en
manejo de
contingencias.**

Se psicoeducó a los familiares en manejo de contingencias, así como el condicionamiento operante y el uso de refuerzo positivo y refuerzo negativo. Se solicitó el llenado de registros.

“Si lo entiendo, tenemos que contar cuantas veces se queja o grita”, “en los días que he estado aquí he podido hablar bien con ella, ella ya quiso comer conmigo”, “sí, solo premiarla cuando hace cosas bien”

Sesión 5

**Moldeamiento
del refuerzo y
castigo con el
equipo de
enfermería
durante
curaciones.**

01.11.2017

Durante el procedimiento de curaciones se estuvo presente con la paciente y el equipo de enfermería y se moldeó el refuerzo y el castigo de las conductas de la paciente.

Por reporte del personal de enfermería mencionan una leve disminución de gritos y gemidos *“de los diez que daba, yo creo que hoy solo fueron ocho y también ya no son tan fuertes como antes, antes se escuchaban en todo el pasillo”*, así como en la intensidad de los mismos.

20. RESULTADOS

En la Tabla 31 se muestran los resultados de los ejercicios de relajación durante la sesión 1, al principio Margarita reporta una USA 10/10, posterior al ejercicio de respiración se muestra una disminución de dos puntos y al finalizar, después del ejercicio de imaginación guiada, hubo una disminución de tres puntos con respecto al valor inicial.

Tabla 31.
USA de dolor de Margarita después de los ejercicios de Relajación en la Sesión 1.

Inicial	Respiración Pasiva	Imaginación Guiada
10	8	7

Otro de los resultados obtenidos a partir de la intervención, se resalta en la sesión 2, al lograr que Margarita accediera a levantarse y bañarse, a partir de la técnica de aproximaciones sucesivas.

A partir de la sesión número 4, la paciente se realizaba las curaciones y los baños presentado una disminución en los mismos según lo reportado por el personal de enfermería. En la Tabla 5, se muestra que se obtuvo una disminución de dos puntos con respecto al inicio.

Tabla 32.
Frecuencia de los gritos y gemidos de Margarita

	S3	S5
Frecuencia de gritos y gemidos	10	8

21. Discusión

El Pénfigo Vulgar es una enfermedad rara, autoinmunitaria, grave, en la cual aparecen ampollas de diversos tamaños en la piel. El sistema inmunitario ataca por error a las proteínas de las capas superficiales de la piel (IPPF, 2018).

El síntoma principal del Pénfigo Vulgar es el desarrollo de ampollas claras, blandas y dolorosas de tamaño variable. Comienzan en la boca y se extienden a lo largo del cuerpo, también pueden aparecer ampollas en la garganta lo que dificulta el tragar, comer y beber, propiciando que los pacientes dejen de comer. El Pénfigo Vulgar presenta las mismas características de una lesión por quemadura en la que la piel lesionada exuda grandes cantidades de líquido y puede infectarse fácilmente, por lo que la higiene se vuelve un aspecto esencial en el tratamiento de este padecimiento (Carámbula, 2014).

La Fundación Internacional de Pénfigo y Penfigoide (IPPF, 2018) menciona que las principales áreas de intervención con estos pacientes son los niveles de estrés y afrontamiento; el funcionamiento físico y psicosocial ante su condición actual; imagen corporal y autoestima; las necesidades de un cuidador competente así como la orientación familiar; el desarrollo de relaciones sociales con pacientes que padezcan la misma enfermedad; cambios en el estilo de vida, así como síntomas psicológicos clínicos como la psicoeducación sobre la enfermedad, evaluar y tratar los síntomas de depresión y ansiedad de los pacientes; el establecimiento de metas que lleven a los pacientes a una sensación de autoeficacia y favorezcan el autocuidado.

El objetivo del tratamiento médico es disminuir los síntomas como el dolor y prevenir las complicaciones sobre todo las infecciones, debido a que es una enfermedad autoinmune el tratamiento implica la implementación de medicamentos que inhiban el sistema inmunológico, lo que convierte a los pacientes en fáciles víctimas de enfermedades oportunistas intra e interhospitalarias (Peraza, s/f).

El tratamiento de ampollas y úlceras, abarca lociones secantes, calmantes y la aplicación de apósitos húmedos. Este trastorno sin tratamiento es potencialmente mortal y la causa más común de la muerte es una infección grave.

En ésta, como en muchas otras enfermedades crónico degenerativas, es importante considerar a futuro la evolución natural de la enfermedad y no perder de vista el pronóstico a corto y largo plazo de los pacientes, por lo que es importante implementar técnicas que favorezcan la adherencia de los pacientes al tratamiento médico, previniendo complicaciones.

Como áreas a destacar del presente caso fueron:

1. La importancia de los componentes de relación con la paciente.
2. El trabajo colaborativo con el equipo de enfermería, el personal médico y los familiares de la paciente.

Con relación a las áreas de oportunidad se pudo identificar:

2. La importancia de la toma de decisión terapéutica, ¿Qué debe tomarse como prioridad, la demanda de la paciente o del personal de salud? En este caso, se decidió por la demanda del personal de salud, ya que la integridad física de la paciente se encontraba comprometida.
3. La necesidad de implementar estrategias de evaluación más estructuradas y confiables.
4. La importancia de considerar las condiciones médicas en la implementación de técnicas como entrevista motivacional y respiración pasiva y evaluar la eficacia de su ejecución.

22. Referencias

Carámbula, P. (2014). *Pénfigo vulgar*. Recuperado de: <https://www.sanar.org/trastornos/penfigo-vulgar>

International Pemphigus & Pemphigoid Foundation (2018). *Prevention & Psychology*. Recuperado de: <http://www.pemphigus.org/research/clinically-speaking/prevention-and-psychology/>

Peraza, D. (s/f). *Pénfigo Vulgar*. *Adjunct Assistant Professor of Surgery, Dartmouth University. Manual MSD*. <http://www.msmanuals.com/es-mx/hogar/trastornos-de-la-piel/enfermedades-ampollosas/p%C3%A9nfigo-vulgar>

ANEXO 1


Mi horario de Actividades en Hospitalización

Fecha: _____


HORA	ACTIVIDAD	Se realizó
8:00 am	Levantarse <u>Medicamentos</u>	
9:00 am	Desayuno	
10:00 am	<u>Medicamentos</u> Baño Fomentos	
11:00 am		
12:00 am	<u>Medicamentos</u>	
13:00 pm		
14:00 pm	Comida Curaciones de catéter** Levantarse	
15:00 pm		
16:00 pm	<u>Medicamentos</u> Visita de enfermería Fomentos	
17:00 pm		
18:00 pm	<u>Medicamentos</u>	
19:00 pm		
20:00 pm		
21:00 pm		
22:00 pm	<u>Medicamentos</u> Cena Fomentos Acostarse a dormir	
24:00 pm		

Comentarios: _____

ANEXO 12. Póster de la evaluación de nivel de estrés percibido en el personal de enfermería del servicio de Ortopedia.



Evaluación del nivel de estrés percibido y las estrategias de afrontamiento en el personal de enfermería del servicio de Ortopedia en un hospital de la Ciudad de México



Niño, R., Bravo, X., Ordaz, M., Santillán, C. y Gallardo, M.
 Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, Estado de México, México.
 isabel.nino.higuera@gmail.com / xyadirabp@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El estrés laboral afecta en mayor proporción a los profesionales que trabajan en contacto directo con las personas, así como en los que se dedican al cuidado de los enfermos (enfermeras, enfermeros) (Bassler, Elvén & los otros, 2001; García-Muñoz, 2003). Una de las consecuencias prácticas de desarrollar estrés laboral es el riesgo de enfermar, lo que ocasiona una exposición considerable a perder el trabajo, tanto en los sectores privados como en los del sector de servicios, los docentes y personal académico. Los conflictos de los pacientes, profesionales, entre otros (Molina & Rodríguez, 2011; Oly, Wika, Rivka & Dor, 2012; Kharina, Polina, Ina & Oksana, 2017). El nivel de estrés percibido afecta a los profesionales de enfermería, por lo que se debe investigar el nivel de estrés percibido y las estrategias de afrontamiento en el personal de enfermería del servicio de Ortopedia en un hospital de la Ciudad de México.

OBJETIVO

El objetivo general de presente estudio fue evaluar el nivel de estrés percibido en el personal de enfermería del servicio de Ortopedia de un hospital de Tercer Nivel de la Ciudad de México. Como objetivos específicos se planteó evaluar la existencia de diferencias significativas basadas en variables sociodemográficas y las estrategias de afrontamiento predominantes en el personal de enfermería.

MÉTODO

El estudio se llevó a cabo en un hospital de Tercer Nivel de la Ciudad de México. Se realizó un diseño no experimental, cuantitativo de tipo descriptivo.

Participantes:
 La muestra estuvo compuesta por 14 participantes de enfermería del servicio de Ortopedia del turno nocturno, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico intencional.

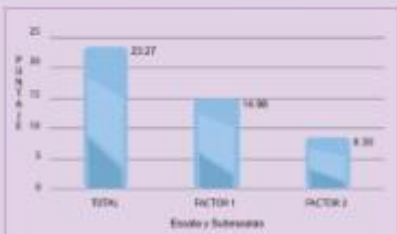
Instrumentos:
 Los instrumentos utilizados fueron el:
 - Cuestionario de Estrés Percibido de Cohen, Kamarow, y Mermelstein (1983) adaptado mexicana de González y Landero (2007) compuesto por 14 preguntas en escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta. Dividido en tres factores: Factor 1. Percepción de desempeño o calidad de control; Factor 2. Autoeficacia percibida o control de esfuerzo; Factor 3. Autoeficacia percibida o control de esfuerzo.
 - Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1985) adaptado mexicana de Zavala, Rivero, Andrade y Ruiz (2008) compuesto por 20 preguntas en escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta. Dividido en cinco factores por cada uno de las estrategias de afrontamiento.

PROCEDIMIENTO

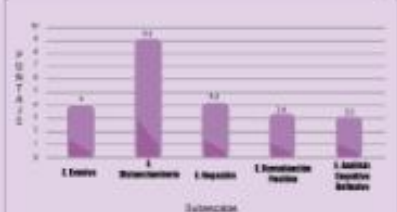
1. La evaluación se llevó a cabo durante los horarios laborales de los participantes.
2. Se aplicaron los instrumentos de evaluación.
3. Se realizó el análisis estadístico mediante el software SPSS 21.0, en donde se compararon los niveles de estrés percibido y sus subcategorías (percepción de desempeño y autoeficacia percibida) con las variables demográficas (edad, estado civil, accidentes, años de experiencia laboral, jornada). De igual manera se compararon las estrategias de afrontamiento predominantes en el personal de enfermería del servicio de Ortopedia.
4. Se diseñó la información a los participantes.

RESULTADOS

La muestra estuvo compuesta por 14 participantes (13 mujeres y 1 hombre) con una media de edad de 41.47 años con un rango de edad de 20 a 50 años y una desviación estándar de ± 7.415 . Cinco casadas, tres solteras, tres viudas, una con divorcio y una sin declarar. Ocho con más de 20 años de experiencia laboral, cinco con menos de diez años y una de entre 10 a 20 años de experiencia laboral. Dos enfermeras del generalista, dos años de enfermería y un auxiliar de enfermería.



Puntaje obtenido en el Cuestionario de Estrés percibido



Puntaje obtenido en el Cuestionario de Estrategia de Afrontamiento

Los participantes mayores de 40 años presentaron el mayor puntaje en promedio de estrés percibido (23.37), así como en percepción de desempeño (17) y de autoeficacia (9.3).	Los participantes con estudios de pregrado presentaron el mayor puntaje en promedio de estrés percibido (23.37), así como en percepción de desempeño (17) y de autoeficacia (9.3).	Los participantes separados presentaron el mayor puntaje en promedio de estrés percibido (24.67), así como en percepción de desempeño (17) y de autoeficacia (9.3).	Los enfermeros generales presentaron el mayor puntaje en promedio de estrés percibido (24.77), así como en percepción de desempeño (16.29) y de autoeficacia (8.83).	La estrategia de afrontamiento fue la Estrategia de Desempeño.
--	--	---	--	--

CONCLUSIONES

El personal de enfermería del servicio de Ortopedia presenta un nivel elevado de estrés percibido relacionado con las variables demográficas como la edad, el estado civil, el grado académico y la jornada, como se mencionan (Niño y Rodríguez, 2017). Se encontró que el nivel elevado de estrés percibido, percepción de desempeño y la autoeficacia percibida afectan simultáneamente, lo cual puede haberse investigado en futuros estudios. La estrategia de afrontamiento predominante fue la de Desempeño, predominantemente debido a la constante exposición a condiciones adversas como lo mencionan (Oly, Wika, Rivka y Dor, 2012). Es importante desarrollar intervenciones que permitan la adquisición de habilidades de afrontamiento ante el estrés laboral que mejoren los patrones de afrontamiento y permitan incrementar el nivel de autoeficacia favoreciendo un afrontamiento efectivo a las situaciones de estrés.

REFERENCIAS

Bassler, S., Elvén, O., & Forslund, G. (2001). Reducing emotional distress in nurses caring cognitively impaired patients: A preliminary program evaluation. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 508-516.

Chang, R., Dally, J., Kaminer, R., Kaminer, J., Lambert, J., & Lambert, C. (2006). The relationship among workplace stressors, coping methods, demographic characteristics and health in Australian nurses. *Journal of Occupational Health*, 23, 34-38.

Ortiz-Rivera, P. (2003). El síndrome de quemarse en el trabajo en profesionales de enfermería. *Revista de la Facultad de Educación de UNAM*, 19(1), 1-19.

Ortiz-Rivera, R., & Landero, P. (2007). Factores Asociados al Nivel Percibido de Estrés (PNE) en el Servicio de Emergencia. *The Spanish Journal of Psychology*, 10, 180-200.

Niño, R., Bravo, X., Ordaz, M., & Santillán, C. (2017). Effect of perceived stress levels on burnout job satisfaction and general health of hospital nurses in Spain. *APPL Health Behavior*, 12, 102-108.

Molina, M., & Rodríguez, M. (2011). Estrategias de afrontamiento en personal de enfermería de un hospital de la Ciudad de México. *Revista Colombiana de Psicología*, 36, 77-83.

Oly, W., Wika, R., Rivka, D., & Dor, D. (2012). Are cognitive behavioral interventions effective in reducing occupational stress among nurses? *Applied Nursing Research*, 25, 152-161.

Rebecq, S., Johnson, M., & Vandenberghe, C. (2004). Leadership, organizational stress, and ambulatory activities among hospital nursing staff. *Journal of Advanced Nursing*, 46, 423-442.

Smith, L., Wika, R., Rivka, D., & Dor, D. (2008). Reducción del estrés de enfermería de enfermería de Emergencia en un hospital de la Ciudad de México. *Revista Colombiana de Psicología y Educación*, 13, 160-168.