



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

**ADHERENCIA A LA DIETA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2:
UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DESDE LA MEDICINA CONDUCTUAL**

TESIS

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

PRESENTA:

ZYANIA MELCHY RAMOS

TUTOR

MTRA. MARÍA CRISTINA BRAVO GONZÁLEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

COMITÉ

DRA. SANDRA ANGÉLICA ANGUIANO SERRANO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

DRA. EDITH FLORES

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

MTRA. ANA LETICIA BECERRA GÁLVEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

ESTADO DE MÉXICO, OCTUBRE 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A mis padres quienes siempre me apoyaron en el seguimiento de mis estudios, me inspiraron y me enseñaron a que cualquier cosa que te propongas puede alcanzarse con el trabajo personal. A mi madre quien siempre estuvo a mi lado para apoyarme ante cualquier adversidad. A mi padre quien es un sustento para cualquier paso que dé.

A mis compañeros quienes hicieron esta trayectoria una de las mejores experiencias tanto de aprendizaje académico como para la vida. En especial a mis colegas quienes me apoyaron para llevar a cabo este proyecto y con quienes integramos un gran equipo de trabajo en Medicina Interna.

A la universidad por ser mi casa de estudios y a mis maestros por el continuo aprendizaje y formación en especial de quienes aprendí el verdadero valor de ser psicólogo y que no se relaciona con los grados sino con la atención de calidad a las personas.

Índice

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPITULO 1.

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN ADHERENCIA A LA DIETA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2: UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DESDE LA MEDICINA CONDUCTUAL

1. MARCO TEÓRICO	9
1.1 ENFERMEDADES CRÓNICAS-DEGENERATIVAS	9
1.1.1 Transición epidemiológica.	9
1.1.2 Implicaciones.	10
1.1.3 Epidemiología.	11
1.2 DIABETES MELLITUS	12
1.2.1 Prevalencia	12
1.2.2 Factores de riesgo.	13
1.2.2.1 <i>Obesidad y diabetes mellitus.</i>	14
1.2.3 Prevención.	15
1.2.4 Tratamientos.	16
1.2.4.1 <i>Farmacológicos.</i>	16
1.2.4.2 <i>No farmacológicos. Cambio en estilo de vida.</i>	16
1.3 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	17
1.3.1 Modelo cognitivo conductual.	17
1.3.2 Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes.	18
1.3.2.1 <i>Adherencia a la alimentación.</i>	20
1.3.3. Medición de adherencia.	21
1.3.4. Un problema de salud: la falta de adherencia.	22
1.3.5. Diabetes, adherencia y complicaciones a largo plazo.	22
1.3.6. Modelos teóricos.	24
1.3.6.1 <i>Modelo IMB. (Information Motivation and Behavioral Skills).</i>	24
1.3.7. Técnicas cognitivo-conductual para la adherencia.	26
1.3.7.1 Psicoeducación.	26
1.3.7.2 Solución de problemas.	27
1.3.7.3 Autocontrol.	28
2. MÉTODO	32

2.1 PARTICIPANTES	32
2.1.1 Criterios de selección de la muestra.	33
2.1.1.1 <i>Criterios de inclusión.</i>	33
2.1.1.2 <i>Criterios de eliminación.</i>	34
2.1.1.3 <i>Criterios de exclusión.</i>	34
2.2 SITUACIÓN EXPERIMENTAL	35
2.3 APARATOS Y MATERIALES.	35
2.4 VARIABLES	35
2.4.1 Definición Conceptual.	35
2.4.1.1 <i>Variable independiente.</i>	35
2.4.1.2 <i>Variables dependientes.</i>	36
2.4.2 Definiciones operacionales.	38
2.5 INSTRUMENTOS	43
2.5.1 Manual de registro.	43
2.6 DISEÑO	44
2.7 PROCEDIMIENTO	44
3. RESULTADOS	49
4. DISCUSIÓN	71

CAPITULO 2

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL **77**

2.1 MARCO TEÓRICO	77
2.1.1 PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y MEDICINA CONDUCTUAL	77
2.1.2 MEDICINA CONDUCTUAL	78
2.1.3 MEDICINA INTERNA Y MEDICINA CONDUCTUAL	80
2.1.4 PROGRAMA DE MAESTRÍA UNAM	81
2.1.4.1 Organización general de Programa de Maestría con Residencia en Medicina Conductual: la supervisión.	84
2.2 DESCRIPCIÓN DE LA SEDE	85
2.2.1 HISTORIA	85
2.2.2 UBICACIÓN Y ESTRUCTURA	85
2.2.2.1 Servicios Médicos	87
2.3 UBICACIÓN DEL RESIDENTE MEDICINA CONDUCTUAL DENTRO DE LA SEDE	88
2.3.1 MEDICINA INTERNA.	88
2.3.1.1 Composición del servicio.	88
2.3.1.2 Principales padecimientos médicos.	91
2.3.1.3 Padecimientos psicológicos.	92
2.4 ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LA SEDE.	94
2.4.1 ACTIVIDADES DIARIAS DEL RESIDENTE EN MEDICINA INTERNA.	95

2.4.1.1 Actividades Asistenciales.	95
2.4.1.2 Actividades Académicas.	97
2.5 ESTADÍSTICAS DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO MEDICINA INTERNA	98
2.6. EVALUACIÓN DEL SERVICIO	106
2.6.1 EVALUACIÓN GENERAL	106
2.7 COMPETENCIAS LOGRADAS	108
2.7.1 CLÍNICAS	109
2.7.2 PRÁCTICAS	109
2.7.3 ACADÉMICAS	110
2.7.4 PERSONALES	110
2.8 CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	111
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
<hr/>	
ANEXOS	124
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO (FORMATO HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO).	124
ANEXO 2. CARTA COMPROMISO.	130
ANEXO 3. EJEMPLO MATERIALES PARA REVISAR EN CASA.	132
ANEXO 4. HOJA DE EJERCICIO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.	135
ANEXO 5. HOJA DE EJERCICIO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS 2.	136
APÉNDICES	137
<hr/>	
APÉNDICE 1. CARTA DESCRIPTIVA DE LAS SESIONES DEL TALLER.	137
APÉNDICE 2. PREGUNTAS DE TAMIZAJE PROMOCIONAL.	144
APÉNDICE 3. CARTEL PROMOCIONAL.	145
APÉNDICE 4. FOLLETOS PROMOCIONALES.	146
APÉNDICE 5. MANUAL DE REGISTROS.	147
APÉNDICE 6. EJEMPLO DE PRESENTACIONES EN PPT PARA LAS SESIONES DEL TALLER	161
APÉNDICE 7. SEMÁFORO DE ALIMENTOS, SESIÓN DE PSICOEDUCACIÓN	1
APÉNDICE 8 LISTA DE ESTÍMULOS. SESIÓN DE AUTOCONTROL	168
APÉNDICE 9. CONTRATO CONDUCTUAL. SESIÓN DE AUTOCONTROL	169
APÉNDICE 10. MATERIAL PSICOEDUCATIVO DIABETES	170
APÉNDICE 11. CASOS 1	172
APÉNDICE 12. CASO 2	193
APÉNDICE 13. CASO 3	207
APÉNDICE 14. CASO 4	223

Resumen

La medicina conductual es un campo multidisciplinario que integra la psicología conductual y la medicina con el objetivo de prevenir, evaluar y rehabilitar (Schawartz & Weiss, 1978). En esta área se han diseñado programa de intervención para pacientes con enfermedades crónico degenerativas, como es el caso de la diabetes la cual es una uno de los padecimientos más frecuentes en nuestro país y una de las primeras causas de muerte. Dentro de estos programas se incluyen aquellos que favorecen la adherencia al tratamiento que incluye: 1) alimentación adecuada; 2) realización de ejercicio; 3) toma puntual de medicamentos y 4) asistencia a consultas con personal de salud.

En el primer capitulo se presenta un protocolo de investigación que constó de un programa de intervención elaborado a partir de la medicina conductual para realizar modificaciones en medidas fisiológicas, antropométricas y en parámetros conductuales asociados al control alimentario. El presente estudio tuvo como objetivo evaluar los efectos de esta intervención comparando un grupo control y experimental en las fases de pre-test, post-test y seguimiento, y así describir las diferencias inter e intra grupales. Los resultados indicaron diferencias significativas entre las fases cuando los participantes se compararon contra si mismos en las variables de Hemoglobina glucosilada, peso e índice de masa corporal, además de existir diferencias significativas entre los grupos para las medidas de peso, colesterol y presión sistólica. Se concluye que el tratamiento favoreció la adherencia al tratamiento y cambios conductuales.

En el segundo capitulo se presenta una descripción de las actividades realizadas por el residente de Medicina Conductual dentro del servicio de Medicina Interna del Hospital Juárez de México como parte de la formación del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM. Se obtuvo que los padecimientos más frecuentes fueron la diabetes mellitus, neumonías e hipertensión arterial; mientras que las técnicas psicológicas utilizadas incluyeron información, psicoeducación, solución de problemas, relajación, modificación conductual, terapia cognitiva, entre otras.

Palabras clave: Adherencia al tratamiento, diabetes mellitus tipo 2, alimentación, diseño de grupos, medicina conductual.

Introducción

Las enfermedades crónico degenerativas son actualmente las principales causa de muerte a nivel mundial. La transición epidemiológica de padecimientos infecciosos a éstas se debe a factores como el aumento en la esperanza de vida, la implementación de tecnologías para el tratamiento, el desarrollo económico entre otros.

Una de las consecuencias de esta transición es la modificación que se presenta en la calidad y en los estilos de vida como resultado a un padecimiento de evolución prolongada. Es por ello que se requieren diseñar programas que favorezcan el cumplimiento de las indicaciones médicas y mejoren las condiciones psicosociales de los pacientes .

La medicina conductual es un campo de la psicología que se ha centrado en alcanzar estos objetivos al realizar programas para la modificaciones del comportamiento y así incidir en variables fisiológicas relacionadas con el proceso de salud-enfermedad. Actualmente existen intervenciones que parten de técnicas cognitivo-conductuales para alcanzar esto fines, entre éstas se encuentran relajación, autocontrol, técnicas conductuales, cognitivas, desensibilización sistemática, relajación entre otras. Como muestra pueden consultarse las intervenciones centradas cambio a un estilo de vida en pacientes con diabetes, ya que se ha encontrado que al favorecer la alimentación, el seguimiento de instrucciones médicas y la realización de ejercicio se puede prevenir y retrasar la aparición de complicaciones tempranas de la enfermedad. Sin embargo, en México se requiere ampliar el diseño de estos programas, al ser una necesidad de atención social.

Como parte del proceso de formación de profesionistas que atiendan estas demandas, el programa de Maestría y doctorado en Psicología de la UNAM forma al residente en medicina conductual dentro de una sede hospitalaria para brindar atención especializada y proponer soluciones prácticas. En la presente tesis se hace un propuesta para favorecer la adherencia en alimentación en personas con diabetes, así mismo se hace una descripción de las características psicológicas y necesidades de atención dentro de un hospital de tercer nivel del sector salud .

En el primer capítulo se detalla el protocolo realizado dentro del Hospital Juárez de México titulado Adherencia a la dieta en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: un programa de intervención desde la Medicina Conductual. La investigación realizada se centró en la aplicación

de una intervención estructurada a través de un programa con 3 técnicas cognitivo conductual: psicoeducación, autocontrol y solución de problemas, y que se implementó a un grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con la finalidad de favorecer la adherencia a la alimentación de acuerdo a las instrucciones dadas por el personal de salud. En la sección “marco teórico” se abordan diferentes puntos entre los que se incluyen: descripción de la diabetes, estadísticas, tratamiento, modificación en estilos de vida, técnicas cognitivo conductuales para modificación de comportamientos, entre otros; así como la justificación y objetivos del proyecto que vienen desglosados al final de esa sección. En la metodología se describe cómo se llevó a cabo la investigación, el diseño, procedimiento, instrumentos y materiales empleados; mientras que en resultados y discusión se analizan los principales hallazgos de la misma.

En la segundo capítulo de la presente tesis se describe el reporte de experiencia profesional donde se contextualiza al lector sobre el papel del especialista en medicina conductual y sus funciones dentro del área de salud. A su vez, se detallan las características del Programa de Maestría en Psicología de la UNAM, en especial de la Residencia en Medicina Conductual, así como la inserción del residente dentro de una especialidad. Al concluir la descripción se presentan las estadísticas de pacientes atendidos durante la rotación por el servicio de Medicina Interna. Las últimas secciones hacen una evaluación del programa en general y de las competencias alcanzadas por el residente.

Capítulo 1.
Protocolo de Investigación
Adherencia a la dieta en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: un programa de
intervención desde la Medicina Conductual

1. Marco teórico

1.1 Enfermedades crónicas-degenerativas

En la actualidad las enfermedades crónicas son una de las principales causas de mortalidad en el mundo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2012) representan el 68% de las muertes comparado con décadas previas donde las enfermedades infecto-contagiosas eran la principal causa de muerte a nivel mundial.

Se conoce como enfermedad crónica a aquel padecimiento que tiene un periodo de evolución posterior a 6 meses y en donde se requiere un control prolongado de la enfermedad al no existir una cura para la misma (Morof & Larsen, 2009).

La OMS (2012) define las enfermedades crónicas como padecimientos de evolución larga que implican una progresión lenta, mientras que Gershenson y Wisdom (2013) retoman que son padecimientos no contagiosos, pero en los cuales existen factores de riesgo asociados a su desarrollo y evolución; y que están relacionados con estilos de vida y cambios sociales.

1.1.1 Transición epidemiológica.

En las últimas décadas ha habido un cambio en las causas de mortalidad a nivel mundial de padecimientos infectocontagiosos a crónicos-degenerativos. Dantés et al. (2011) señalan que en México las enfermedades crónicas representan el 75% del total de padecimientos que afecta a la población, comparado con el 15% que correspondió hace medio siglo a “infecciones comunes, problemas reproductivos y padecimientos asociados a la desnutrición” (p.222).

Esta evolución en las afectaciones de salud se conoce como transición epidemiológica y cuyas causas se debe a múltiples factores. Omram (2005) hace un análisis de estos determinantes, describiendo principalmente los siguientes: eco biológicos; socioeconómicos y políticas de salud públicas y médicas. La primera está relacionado con cambios ambientales que modificaron los agentes patógenos, por ejemplo las pandemias, o las plagas; la segunda hace referencia a cambios en los hábitos, en la alimentación la higiene y el progreso en la tecnología

de los países para desarrollar estrategias en contra de enfermedades específicas, así como la disminución en la mortalidad infantil; mientras que el tercer punto reporta la importancia de los cambios tecnológicos, de prevención y en políticas públicas referente a aspectos médicos.

Ampliando esta información, Omram analiza que el aumento en la esperanza de vida facilitó la inversión en la pirámide poblacional y por ende el incremento de las enfermedades cuyo factor de riesgo es la edad. Además, el desarrollo de estrategias preventivas permitió disminuir la mortalidad de algunos padecimientos y los estilos de vida adquiridos a partir del progreso económico, aumentando los factores de riesgo asociados con las enfermedades crónicas.

En resumen, la transición epidemiológica está asociada a los niveles socioeconómicos y culturales de la población, pero a pesar que se mantenga vigente esta teoría, en la actualidad se han hecho análisis particulares de los países en vías de desarrollo, para los cuales no se cubren todos los criterios mencionados. Se ha descrito que en países con poco crecimiento económico, la mortalidad continúa siendo a edades cortas, y se da principalmente por falta de recursos para tratamientos, carencia de estrategias preventivas, falta de acceso a servicios de salud, alimentación o condiciones de higiene para tratamiento médicos (Caselli, Meslé & Vallin, 2002). Por lo que la mortalidad se relaciona no solo con enfermedades crónicas sino también infecto contagiosas o por las complicaciones derivadas de ambas.

México es parte de este bloque de países que presentan cambios paulatinos en la transición epidemiológica. González y Ángeles (2009) mencionan que en el país han incrementado las enfermedades crónicas degenerativas, pero también las complicaciones de estos padecimientos que pueden derivarse de los factores psicosociales, por ejemplo la falta acceso a la salud, los recursos económicos de la población o los recursos económicos destinados al sector salud. Como se describe, tomar en cuenta el contexto social será factor relevante para entender la presencia de ciertas enfermedades y su mortalidad.

1.1.2 Implicaciones.

Hay que considerar que las implicaciones de las enfermedades crónicas son en varios ámbitos que van desde pérdidas a nivel económico hasta repercusiones biopsicosociales. Morof y Larsen (2009) señalan que estas enfermedades incluyen discapacidad permanente o residual,

cambios en los estilos de vida, necesidad de rehabilitación y supervisión médica, así como monitoreo o cuidados a largo plazo que interfieren con el desarrollo integral de la persona.

La OMS (2008) señala que estas enfermedades tienen un efecto en la calidad de vida del individuo, son causa de muertes prematura y tienen efectos a nivel económico en la sociedad y en la familia. También hay que considerar que este tipo de padecimientos, dado el tiempo de evolución y al desarrollarse por varios años, presentan implicaciones que de acuerdo con Córdova et al. (2008) están relacionadas con incapacidades prematuras, costos elevados del tratamiento y el incremento en la mortalidad por las complicaciones y comorbilidades.

A su vez, estas enfermedades impactan en los cambios en la cotidianidad del individuo, ya que involucran modificaciones en las relaciones interpersonales como puede ser la pareja o familia al generar dependencia para el cuidado o al ser incapacitantes. En el ámbito laboral las afectaciones se refieren al desempeño físico que pueda tener la persona a causa de la enfermedad o de sus complicaciones, así como a los días perdidos por hospitalizaciones o consultas médicas. (Ledón, 2011).

Los puntos anteriores hace referencia a que las enfermedades crónicas tienen implicaciones a nivel micro y macro que van desde el propio individual, la familia o la sociedad.

1.1.3 Epidemiología.

A nivel mundial la OMS (2012) reporta que las principales enfermedades crónicas son las cardiopatías, los eventos cerebrovasculares, la diabetes, el cáncer y las neumopatías crónicas. Las cardiopatías representaron 17,5 millones de muertes en 2012, es decir 3 de cada 10 personas murieron a causa de cardiopatía isquémica o accidentes cerebrovasculares. Analizar esta epidemiología nos permitirá conocer las dimensiones a nivel mundial y también en nuestro país.

De acuerdo con el INEGI (2012), en México las enfermedades del corazón, diabetes mellitus y tumores malignos, son las principales causas de muerte. De forma general mueren más hombres (55.9%) que mujeres y en los últimos años han ido en aumento las enfermedades relacionadas con factores de riesgo como la edad contrario a las infecciosas.

Ya se han señalado algunas características de las enfermedades crónico degenerativas, su epidemiología y las implicaciones, queda analizar una de las más importantes al ser una de las principales causas de mortalidad en el país, la diabetes mellitus.

1.2 Diabetes Mellitus

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica controlable, que implica cambios en la producción de insulina y la acción de esta hormona sobre las células. Gavin (1998) indica que la Diabetes es un padecimiento endócrino y metabólico en donde existe una deficiencia en la producción y/o absorción de la insulina, por lo que hay un aumento en los niveles de glucosa en sangre conocida como hiperglucemia (Puavilai, Chanprasertyotin & Sriphrapadang, 1999).

La Guía de la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD, 2013) apunta que la diabetes mellitus puede dividirse en: tipo 1, tipo 2, gestacional y otros tipos de diabetes, haciéndose la clasificación en función del proceso de producción y absorción de insulina, así como en la causa que origina la afectación. La diabetes mellitus tipo 1, se caracteriza por la carencia en producción de insulina a nivel pancreático que se deriva por la destrucción de las células beta principalmente a causa de procesos autoinmunes. Mientras que, las características de la diabetes tipo 2 son la deficiencia en producción de insulina y resistencia en la absorción de esta hormona por las células, es decir, resistencia a la acción de la insulina (RI) para activar los transportadores de glucosa. La etiología de este tipo de diabetes es multifactorial, por lo que existen diversos factores de riesgo para su desarrollo (Gavin, 1998).

En el contexto actual, del 90 al 95% de los pacientes con diabetes corresponden al tipo 2, mientras que el 5% representan diabéticos tipo 1. En nuestro país, la diabetes mellitus tipo 2 es una de las principales enfermedades ya que el 9.2% de la población ha sido diagnosticada con este padecimiento (FMD, 2012). Conocer el tipo de diabetes y las características básicas del funcionamiento de la enfermedad son cruciales para entender más adelante sus implicaciones.

1.2.1 Prevalencia

La OMS (2014) reporta que esta enfermedad afecta a nivel mundial a 347 millones y se calcula que para el 2030 se convierta en la séptima causa de muerte a nivel mundial. Por su parte, la IDF (2014) menciona que en el 2035 la cifra de personas con diabetes alcanzará los 592 millones comparado con los más de 382 millones de personas que actualmente tienen la enfermedad.

La IDF (2014) señala que México ocupa el sexto lugar a nivel mundial en número de personas con diabetes. Adicionalmente, en el país el INEGI (2012) reporta que en durante 2011,

70 de cada 100 mil personas, murieron por diabetes mellitus (principalmente por diabetes tipo 2), mientras que la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012) encontró que los estados con prevalencia más alta son Distrito Federal, Nuevo León, Veracruz, Tamaulipas, Durango y San Luis Potosí. Como se observa la diabetes es un problema de salud entre la población mexicana y que continúa en aumento.

Otro dato importante a considerar es que la diabetes es mayor en mujeres que en hombres y que en promedio estos pacientes viven 20 años con la enfermedad (Instituto Nacional de Salud Pública, 1993). Además la diabetes es uno de los primeros motivo de consulta externa en instituciones públicas y privadas, y es la principal causa de hospitalización de acuerdo con la Secretaria de Salud (2013).

En cuanto a gastos económicos, la Federación Mexicana de Diabetes (2014) refiere que el gasto promedio al año en la atención de pacientes con diabetes se estima en 3,430 millones de dólares al año. El INEGI (2013) coincide en que esta cifra representa gastos de hasta 15% del total de recursos que son destinados al tratamiento del padecimiento y sus complicaciones.

Por último, otro dato de interés es que una de cada dos personas con diabetes no ha sido diagnosticada, por lo que el inicio del tratamiento se posterga propiciando deterioro en la salud y complicaciones en un corto plazo (Federación Internacional de Diabetes, 2014).

1.2.2 Factores de riesgo.

Dentro de los factores de riesgo asociados con el desarrollo y evolución de la Diabetes Mellitus se encuentran los endógenos y los ambientales. Los primero corresponden al sexo, edad, la genética (que incluye el riesgo hereditario) y la etnia, ya que hay mayor predisposición en latinos y menor en caucásicos para diabetes tipo 2. Los segundos se atribuyen a factores relacionados con el estilo de vida, entre los que están: sedentarismo o poca realización de actividad física y la alimentación con alto contenido calórico, los cuales propician sobrepeso y obesidad (Brayer, 2011).

Los problemas metabólicos también son determinantes del desarrollo de la diabetes, por ejemplo un paciente con dislipidemias, hipercolesterolemia o trigliceridemia es mas propenso a desarrollar la misma. Mientras que las enfermedades que implican mayor comorbilidad con la DM2 son las cardiopatías y la hipertensión arterial (Mehta y Almeda, 2014).

Se ha estudiado la fuerte correlación que hay entre el exceso de peso corporal y la diabetes, siendo esta variable y la genética los principales predictores. La IDF (2014) reporta que el 90% de los casos con diabetes tipo 2 se asocia con el exceso de peso así como estilo de vida sedentario, para explicar esta relación a continuación se da una descripción entre la obesidad y la diabetes mellitus.

1.2.2.1 Obesidad y diabetes mellitus.

. Normalmente la glucosa es captada por las células a través de acción de la insulina, pero en las personas con diabetes tipo 2 existe una disminución en la producción de esta hormona o sus efectos son ineficiente comparada con una persona normal, por lo que el cuerpo genera resistencia a la acción de la insulina. Gómez, Nieto, Gómez, Figueroa y Álvarez (2010) mencionan que el tejido adiposo favorece esta resistencia ; es decir, las personas con obesidad tienen un aumento compensador en la secreción de insulina y una disminución en la sensibilidad y en la captación hepática de esta hormona. Complementando la relación anterior, Chan, Rimm, Colditz, Stampfer y Willett (1994) confirmaron que este factor de riesgo es mucho mayor en mujeres que en hombres y está correlacionado con el índice de masa corporal, en personas con sobrepeso cuyo IMC es mayor a 25 y menor a 30 las mujeres tienen del 8% al 27% de riesgo de padecer diabetes y los hombres del 4% al 7%; mientras que para personas con obesidad (IMC mayor a 30) el riesgo incrementa en mujeres de 30% al 93% conforme aumenta el grado de obesidad; en hombres la correlación entre DM2 e IMC se presenta en el 11% a 45% de las personas de acuerdo al estudios realizados.

Actualmente, se requiere incrementar el desarrollo de programas preventivos para reducir el índice de obesidad y sobre peso en la población, ya que el centrarse en modificar estos estilos de vida permitiría disminuir el número de personas con enfermedades crónicas asociadas o derivadas de la acumulación de grasa corporal. Además si se considera que la obesidad está fuertemente relacionada con estilos de vida sedentarios y alimentación desequilibrada (OMS, 2012), y que tan sólo en el país el 71% de la población mexicana presenta sobrepeso u obesidad (ENSANUT, 2012) el apuntar a programas preventivos es un punto crucial a desarrollar en el sistema de salud.

1.2.3 Prevención.

Como se mencionó, el desarrollo de programas de prevención en pacientes con diabetes debe ser una de las principales líneas de acción ya sea para evitar el desarrollo de la enfermedad, retrasar la aparición de complicaciones o mejorar el control (IDF, 2012). Pero, ¿a qué nos referimos cuando hablamos de prevención? recapitulando a Leavell y Clark (1958) se pueden clasificar los niveles de prevención en primario, secundario y terciario. El primero se enfoca en la prevención previa al desarrollo de la enfermedad; el segundo hace énfasis en la prevención de complicaciones una vez que la enfermedad ya está presente, mientras que el último nivel se enfoca a la rehabilitación y mejorar la calidad de vida una vez que la enfermedad está avanzada.

En nuestro país se han impulsado las medidas de prevención en todos los niveles para el caso de la diabetes. Córdova et al. (2009) refieren que entre los planes de prevención se idearon: incorporación de las escuelas primarias y secundarias al programa de educación saludable; promover la alimentación saludable y hacer políticas para dicho fin; promover estilos de vida saludables (ejercicio, dieta equilibrada); formación del personal de salud; aumentar porcentaje de pacientes que alcanzan metas de control; prevenir complicaciones y realizar vigilancias epidemiológicas.

Los anteriores son algunas de las propuestas para prevenir la diabetes y otras enfermedades isquémicas; pero a pesar de que se ha volteado la atención al desarrollo de políticas para la prevención de la diabetes, aún falta mucho para que la población con esta enfermedad reduzca los riesgos, esto se describe en un informe del INEGI (2013) que retoma los datos de la ENSANUT y de la Secretaría de Salud para reportar la falta de control:

De la población de 20 años y más con diabetes, menos de la mitad realizó durante el último año alguna medida preventiva como atención médica especializada y exámenes clínicos, entre otras; la población de 50 a 59 años registra la proporción más alta (39.2%), le sigue la de 64 a 74 años (38 de cada 100 en esa edad) y de los jóvenes de 20 a 29 años; el porcentaje más bajo de personas diabéticas que

realizaron alguna medida preventiva se ubica en el grupo de 30 a 39 años de edad (28.6 %) (INEGI, 2013, párr. 18).

Esto recalca que las condiciones socioculturales, las políticas de salud y las características del propio individuo son factores que no podemos olvidar cuando se analiza el problema de control de los pacientes con diabetes.

1.2.4 Tratamientos.

La ALAD (2013) menciona que los tratamientos que se indican para el control de la diabetes pueden dividirse en farmacológicos y no farmacológicos. Los primeros están centrados en la administración de antidiabéticos orales o insulina. Mientras que los segundos se relacionan con la modificación en el estilo de vida del paciente.

1.2.4.1 Farmacológicos.

A manera de resumen, los antidiabéticos orales más utilizados de acuerdo con una revisión hecha por Menéndez et al., (2010) son las sulfonilureas, meglitidinas, binguanidas, inhibidores de la alfa glucosidasa, tiazolidinedionas, inhibidores de la DPP-4 y los agonistas del GLP-1. Asimismo, las insulinas son utilizadas como medida farmacológica para el control de los pacientes con diabetes, previamente se empleaban para el tratamiento de diabetes tipo 1 y después de varios años de evolución de la diabetes tipo 2, sin embargo recientemente se pueden implementar con forma de control a pesar de que la enfermedad no esté tan avanzada. La insulina puede dividirse como de acción rápida, ultrarrápida, intermedia (NPH) y de acción prolongada (análogos). Cabe señalar que los médicos son los únicos responsables de adecuar la dosis y el tratamiento para el paciente (AACE/ACE, 2015).

1.2.4.2 No farmacológicos. Cambio en estilo de vida.

Por su parte, los tratamientos no farmacológicos de la diabetes se relacionan con modificación en el estilo de vida a partir de los cambios en la alimentación y el incremento en la actividad física. De acuerdo con la AACE/ACE, (2015) estos son la primer línea de acción para iniciar el tratamiento a individuos con reciente diagnóstico y se indican a todos los pacientes para mejorar su control.

La FMD (2014) indica que el incremento en la actividad física, dieta adecuada y reducción de peso disminuyen los riesgos de desarrollar diabetes entre un 34% y 43% y que este efecto puede durar 10 años después concluida la intervención. Por ejemplo, a través del cambio en la alimentación y la promoción de ejercicio, se redujo el desarrollo de la enfermedad en el 58% de los individuos con factores de riesgo elevados (Secretaría de Salud, 2013). Por lo tanto, no sólo se puede proporcionar tratamiento no farmacológico para personas con diabetes sino también aquellas que están en riesgo de padecer la enfermedad.

Dentro de estas intervenciones, las que están dirigidas al seguimiento de un régimen alimentario propician a que el paciente disminuya de peso y por consiguiente, alterar los patrones de insulinoresistencia en el caso de la diabetes tipo 2. Mantzoros (2005) hace un recuento de estudios hechos con pacientes con diabetes encontrando que la disminución de peso no necesita ser drástica, ya que estos efectos se observan con la pérdida del 5% al 10% del mismo. Se observa que fomentar el control alimentario permitirá mejorar el control metabólico, por lo que los programas se pueden enfocar en la modificación de estos parámetros.

Complementando estas modificaciones con la realización de actividad física, el uso adecuado del medicamento y la automonitorización, se han visto importantes mejoras en la salud de los individuos (Meichenbaum & Turk, 1987), por lo que en conjunto, tanto tratamiento farmacológico como no farmacológico son necesarios para el atención integral de la diabetes.

1.3 Adherencia al tratamiento

1.3.1 Modelo cognitivo conductual.

El modelo cognitivo conductual es un enfoque a partir del cual se abordan las problemáticas psicológicas y en donde se utiliza la metodología conductual con fundamentación en la teoría cognitiva y de terapia en modificación de conducta para explicar la relación del individuo y su medio ambiente (Franks, 1991). De acuerdo con Feixas y Miró (1993) se utiliza una serie de técnicas que están fundamentadas en la investigación y que permiten la modificación cognitiva, fisiológica o comportamental del sujeto.

Hay que considerar que existen conductas que favorecen o interfieren en el proceso de salud enfermedad, y que a partir de técnicas cognitivo conductuales es posible modificar los comportamientos cuando ya no son funcionales, un ejemplo de ello es para modificar estilos de

vida o favorecer la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedades crónicas (Oblitas y Becoña, 2000). En este trabajo se partirá de estos supuestos para alcanzar la modificación de conducta y así favorecer la adherencia al tratamiento del paciente

1.3.2 Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes.

Se han hecho varias intervenciones desde el modelo cognitivo conductual para solucionar los principales problemas psicológicos de los pacientes con diabetes. Anguiano (2014) hace una síntesis del papel del especialista conductual y las intervenciones desarrolladas con estos pacientes, señalando que pueden agruparse en intervenciones dirigidas a modificar: 1) adherencia al tratamiento; 2) estrategias de afrontamiento; 3) reducción estrés o depresión y 4) habilidades de autocuidado.

A continuación se comentará qué es la adherencia al tratamiento y las intervenciones que se han hecho, ya que es un tópico que permite favorecer la modificación de estilos de vida. Para iniciar, hay que explicar a qué nos referimos cuando hablamos de adherencia, y que ha sido descrita como el seguimiento de instrucciones que el paciente hace sobre las indicaciones dadas por el personal de salud (Borda, Pérez y Blanco, 2000).

De acuerdo con Puente (1985) la adherencia puede definirse como el conjunto de conductas que los profesionales de la salud determinan para el control de una enfermedad. También se ha nombrado como apego al tratamiento, seguimiento de instrucciones o adherencia terapéutica. Otra definición que se ha dado es

La disposición para mejorar la gestión de la propia salud(...) patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es suficiente para alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado (Herdman, 2012, p. 576).

En síntesis, puede decirse que la adherencia es la coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos sobre salud o prescripciones que ha recibido.

Adicionalmente, Macías (1996) comentan que la adherencia incluye varias conductas entre las que se encuentran: 1) iniciar y continuar un programa de tratamiento; 2) asistir a las

horas de consulta y acudir a las revisiones; 3) tomar correctamente la medicación prescrita; 4) cambios en el estilo de vida (alimentación y ejercicio); y 5) evitar comportamientos de riesgo. Por lo que estas conductas en conjunto forman el rubro de adherencia.

La adherencia a la medicación ha sido una de las áreas más exploradas en varias enfermedades crónico degenerativas, por lo que no es la excepción en el paciente con diabetes. En un estudio realizado en México por Durán, Rivera y Franco (2001) con 150 pacientes con diabetes, se evaluó el apego al tratamiento farmacológico a partir de una entrevista semi estructurada. Adicionalmente se proporcionó al los participantes medicamento específico que debía de ser tomado de acuerdo a la prescripción, sin previo aviso, el personal de salud acudió a casa para realizar el conteo de las pastillas ingeridas y así contrastar los datos. Los resultados indicaron que el 46% de los pacientes presentaron menos del 80% de la toma de medicación por lo que se consideró como escasa adherencia. Esto coincide con los datos de Fernández, (1996) quien reporta que el 52% de los pacientes presentan dificultades para la toma de medicación o el seguimiento alimentario.

Pero, ¿qué determina que un paciente se adhiera a un tratamiento o no? Hay que tener presente que hay factores que influyen en el seguimiento de instrucciones que son propias del individuo o de su entorno. Conthe et al., (2014) mencionan que entre estas variables se incluyen: a) las características del paciente (actitud hacia la enfermedad, escaso grado de conocimiento, consecuencias del padecimiento, desconfianza en la efectividad del tratamiento y percepción de la enfermedad); b) las características del régimen terapéutico (por ejemplo, complejidad o frecuencia); c) las características de la enfermedad (silente, crónica, asintomática, sin consecuencias aparentes); d) las influencia del entorno social y familiar (comunicación con vínculo primario, conflicto entre normas sociales y seguimiento de indicaciones médicas, y medio ambientales); y e) características de la estructura sanitaria (burocracia, cambios de médico, acceso a centros de salud, etcétera.). Analizar estos factores en el caso de pacientes crónicos facilita la comprensión de la adherencia o su falta de ella en los pacientes.

De forma complementaria Peralta y Carbajal (2008) mencionan que el incumplimiento se ha clasificado como: parcial; esporádico, secuencial, incompleto o cumplimiento de bata blanca (cuando sólo realiza las acciones únicamente por la próxima visita al médico). A partir de estas

clasificaciones mencionan algunas sugerencias que favorecen la adherencia, entre éstas están: la buena comunicación con el personal de salud, explicaciones congruentes con términos coloquiales, escribir indicaciones, elaborar un plan sencillo, menor número de medicamentos prescritos, atender necesidades específicas del paciente, poner ejemplos cotidianos entre otros. Estas recomendaciones hacen referencia a que a mayor sencillez percibida del tratamiento, al brindar explicaciones sencillas y al combinar el control de estímulos ambientales se puede favorecer la adherencia terapéutica.

Por su parte, Ortiz, Ortiz, Gatica y Gómez (2011) mencionan algunos de los factores psicosociales que determinan la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus, entre estos se encuentra: el estrés, estilo de afrontamiento, sintomatología depresiva y percepción de apoyo social. A través de una batería de pruebas se evaluaron estas variables, utilizándose el inventario de Adherencia “*Summary of Diabetes Self-Care Activities*” de Toobert, Hampson & Glasgow (2005) que midió el conocimiento de la enfermedad, apego a dieta, ejercicio y conductas de autocuidado. Los resultados indicaron que las personas con altos índices de estrés presentaban baja adherencia, que los pacientes con mayor índice de HbA1c eran los que consumían más productos grasos, mientras que el apoyo social correlacionó positivamente con el consumo de una dieta equilibrada. También se reportó que los pacientes consumían mayor índice de grasas y frutas que el recomendado y pocas verduras en su alimentación, por lo que el incumplimiento de la dieta se presentaba en el 76% de los pacientes.

Los estudios previamente citados reportan que la adherencia a la alimentación es una de las indicaciones médicas más difíciles de seguir por los pacientes, por lo que se requieren propuestas para incidir en esta área.

1.3.2.1 Adherencia a la alimentación.

Se mencionó que los cambios conductuales más difíciles de conseguir en los pacientes con diabetes son los relacionados a la alimentación al percibirse como una conducta compleja que requiere modificación en creencias y estilos de vida (Fernández y Pérez, 1996). Es por esto que parte de la falta de adherencia se centra en el incumplimiento de la dieta.

De acuerdo con Metha y Almeda (2014) la alimentación en el paciente con diabetes requiere el seguimiento de instrucciones dadas por diferentes profesionales, entre ellos el médico

y el nutriólogo, por lo que cada caso puede tener peculiaridades de qué grupos alimenticios moderar o restringir. A pesar de esto, de forma general se siguen algunas pautas para favorecer el control de glucosa en sangre centrado principalmente en consumir una cantidad idónea de hidratos de carbono, reducir grasas y moderar proteínas.

Como ejemplo de programas diseñados para este fin, en México Rodríguez, Rentería y García (2013) propusieron una intervención basada en el modelo interconductual en el cual se midió en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 la adherencia a la alimentación auto reportada (mediante registros de porciones y de apego al régimen prescrito) antes y después de iniciar el programa de intervención. A los participantes se les dieron varias sesiones elaboradas en un formato taller y que se llevaban a cabo de forma semanales durante dos horas. El primer bloque de intervención constó en proporcionar información sobre el padecimiento y la alimentación; mientras que el segundo se centró en instruir al paciente en cambiar las condiciones de su medio o de su comportamiento que afectaban su adherencia a la dieta. Los resultados indican que existieron diferencias significativas antes y después de la aplicación del taller y que los participantes favorecieron el seguimiento en las porciones y en el tipo de alimentos consumidos. Adicionalmente los autores señalan que medir la adherencia no sólo con variables fisiológicas sino también conductuales permite observar cambios más detallados en los participantes.

1.3.3. Medición de adherencia.

Conociendo qué es la adherencia tendríamos que pensar en cómo medirla para determinar si un paciente es adherente o no. Fernández y Pérez (1996) mencionan que las mediciones pueden ser directas e indirectas, las primeras hacen referencia a cambios fisiológicos evaluados a través de parámetros bioquímicos que permiten detectar la presencia en orina o en sangre de productos metabólicos; y la segunda incluyen entrevistas, cuestionarios y observación, ya sea propia (auto observación) o a través del reporte de otros.

De acuerdo con la ALAD (2013) los marcadores fisiológicos de adherencia al tratamiento en un paciente con diabetes pueden ser estudios de laboratorio entre los que están: La hemoglobina glucosilada (HbA1c) (entendida como la prueba que mide el promedio de los niveles de glucosa en sangre en los últimos 3 meses); colesterol, triglicéridos o azoados (urea, creatinina, ácido úrico). Además de estudios de orina o sangre que permiten observar glucosuria,

cetoacidosis diabética o estado hiperosmolar que son señales de descontrol metabólico (FMD, 2012).

Dentro de las medidas indirectas existen algunos cuestionarios adaptados en España que miden la adherencia al tratamiento sobre todo farmacológico de pacientes con enfermedades crónicas, así como entrevistas, guías o registros conductuales, Conthe et al. (2014) mencionan como ejemplos los siguientes inventarios: Haynes-Sackett, Morisky-Green-Levine, BATALLA, Hermes y Herrera Carranza, todos ellos estructurados a través de preguntas para valorar la toma de medicación o el conocimiento de la enfermedad. En el país aún son escasas las formas de medir la adherencia con instrumentos válidos y confiables, por lo que se han optado por otros métodos, los más frecuentes la entrevista, la valoración subjetivo del terapeuta o las variables fisiológicas.

1.3.4. Un problema de salud: la falta de adherencia.

Cabe enfatizar que para llevar un correcto control de la Diabetes, del 50 al 55% del tratamiento está relacionado con las indicaciones dadas por el personal de salud, sin embargo cuando éstas implican un seguimiento a largo plazo no son seguidas por más del 50% de los individuos, por lo que existen muchos pacientes diabéticos descontrolados (Williamson et al., 2010).

En nuestro país, la encuesta ENSANUT (2012) recalcó que del 80% de los pacientes con diabetes que recibían tratamiento, sólo el 25% presentaban un control metabólico adecuado y que el 24.5% está en riesgo alto al presentar HbA1c entre 7% y 9%, mientras que el 49.8% está en riesgo muy alto de presentar complicaciones al tener HbA1c mayor de 9%. Como se analiza son bajos los porcentajes de pacientes controlados comparados con aquellos que no por lo que la falta de adherencia se relaciona con complicaciones a corto y largo plazo.

1.3.5. Diabetes, adherencia y complicaciones a largo plazo.

La falta de adherencia lleva a un incremento en las complicaciones, la morbilidad y mortalidad en enfermedades crónicas; Conthe et al., (2014) también refieren como consecuencia el aumento de los costos sanitarios (que incluyen, por ejemplo, la poli medicación e ingresos hospitalarios) o desarrollo de complicaciones a nivel emocional tales como depresión o problemas de relación con el entorno.

Las complicaciones crónicas de la diabetes pueden retrasarse si existe un adecuado control metabólico que llega a conseguirse si un paciente es adherente. Como ejemplo de este supuesto, uno de los principales estudios realidades con pacientes con diabetes (*UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group*, 1998), se llevó a cabo de 1977 a 1997. El proyecto consideró una muestra de 5,000 pacientes con DM2 recién diagnosticados que se dividieron en dos grupos. De forma aleatoria se sometieron a la condición experimental 1 (intensificación del tratamiento y ejercicio) o 2 (tratamiento normal). El objetivo fue evaluar diferentes tratamientos farmacológicos y comparar las diferencias entre el control intensivo y el tratamiento normal. Los resultados indicaron que el grupo sometido a control intensivo redujo en un 25% las complicaciones microvasculares (nefropatía, neuropatía y retinopatía), estableciendo una relación entre hiperglucemia y riesgos microvasculares, además de que un control de HbA1c de 7% es el ideal para prevenir estos riesgos. Se obtuvo que al disminuir la Hemoglobina glucosilada en 1% se reduce el 35% de complicaciones y que el cambio en la medicación es parte esencial del tratamiento farmacológico ya que se necesita reajustar conforme a la evolución de la enfermedad (UKPDS, 1998)

El estudio previo es un ejemplo de que al controlar los niveles de glucosa en sangre es posible prevenir complicaciones a largo plazo. Ampliando esta información se retoma que dentro de las complicaciones crónicas se encuentra la retinopatía, nefropatía, neuropatía y el pie diabético, mientras que las agudas incluyen descompensaciones hidroeléctricas, hipoglucemias, hiperglucemias y procesos infecciosos tales como neumonías, infecciones tractourinarias, en tejidos blandos entre otras (Callozo, 2001).

Sin adherencia a un tratamiento es probable que el individuo se descontrole y reduzca su esperanza de vida así como la calidad de la misma. La Secretaria de Salud (2013) reporta que el 89% de los pacientes con diabetes han estado o estarán hospitalizados por complicaciones de la enfermedad, además de que la mayoría de pacientes renales son diabéticos y que este padecimiento es la principal causante de ceguera o limitaciones físicas por amputación en poblaciones adultas en etapa productiva (Morales, García, Madrigal y Ramírez, 2008).

En este apartado se ha descrito la importancia del control de la diabetes para favorecer la salud del individuo y prevenir complicaciones, también se ha mencionado la necesidad de que el

paciente se adhiera al tratamiento para estos fines. A continuación se describirán los modelos teóricos para explicar estos comportamientos

1.3.6. Modelos teóricos.

Desde el punto de vista teórico, hay diferentes formas de explicar la adherencia al tratamiento. Ortiz (2007) menciona que entre estos modelos se encuentran a) Teoría de la acción razonada, en donde se relacionan las creencias, actitudes y la intención de realizar una conducta.; b) Modelo de creencias en salud, donde se ofrece una explicación de porqué se falla en la adherencia a conductas saludables y que está relacionado con la falta de información y la complejidad que implica la puesta en práctica de cambios conductuales; c) Teoría social cognitiva, que explica que la autoeficacia o percepción de la capacidad para realizar una conducta predice la adherencia al tratamiento y d) Modelo de información-motivación-habilidades conductuales (IMB), donde se establece que la información es un prerrequisito para cualquier tratamiento, además de que el dotar de habilidades para la ejecución de conductas saludables incrementa el seguimiento de recomendaciones médicas. Estos modelos permiten explicar el comportamiento de los individuos y a partir de estos proponer alternativas de intervención.

A continuación se describirá el modelo IMB, ya que es una forma de aproximación reciente que permite incorporar las habilidades del individuo y los aspectos cognitivos relacionados con la motivación para la realización de conductas de autocuidado.

1.3.6.1 Modelo IMB. (Information Motivation and Behavioral Skills).

El modelo *IMB* se ha utilizado para explicar comportamiento de salud. En éste se considera que la información, motivación y habilidades conductuales son predictores de la realización de comportamientos saludables (Sul & Wallston, 2003). El primer punto por lo tanto es proporcionar información no sólo del padecimiento sino también sobre aquellos factores que permitan reducir los esfuerzos en las tomas de decisiones, siendo este el primer paso para el cambio conductual.

La motivación dentro del modelo IMB o segundo criterio, puede entenderse como personal o social y son las creencias y actitudes hacia la realización de ciertos comportamientos; mientras el tercer componente de este modelo es la habilidad conductual, entendido como la

práctica o entrenamiento que se da al individuo para facilitar la ejecución de conductas saludables (Chang, Choi, Se-An & Misoon, 2014).

En esta teoría se propone generar cambios en estos componentes para que el paciente realice conductas adherentes. Además se proponen etapas de evaluación- intervención- evaluación para verificar la ejecución de los comportamientos que favorezcan la salud.

Sul y Wallston (2003) mencionan estudios basados en este modelo para promover intervenciones a nivel preventivo (por ejemplo uso de preservativo o exploración mamaria), así como para favorecer cambios conductuales con respecto a adherencia a medicación en pacientes con VIH y diabetes. En estos estudios se estableció como pasos para la intervención: 1) dar información sobre adherencia y el régimen, así como la importancia de la medicación, 2) evaluar creencias sobre la medicación y 3) proporcionar habilidades para incorporar el régimen prescrito por el médico al ambiente social, adquisición de habilidades en el repertorio conductual y para el autoreforzamiento. Se concluye que la información y el entrenamiento conductual son fundamentales para la ejecución de conductas adherentes.

Por otro lado, en una investigación correlacional llevada a cabo por Osborne y Egede (2010) con pacientes con diabetes mellitus tipo 2, se midió a través de instrumentos la información, motivación (entendida como apoyo social y actitudes fatalistas) y las conductas para el cuidado de la diabetes. Mediante análisis estadísticos se obtuvo que la información y motivación correlacionan de manera significativa con la realización de conductas adherentes y sobre todo con el control glucémico, por lo que a mayor puntaje en los instrumentos que midieron estas variables los pacientes tenían mejores cifras en hemoglobina glucosilada (HbA1c).

De igual manera, Malek, Poursharifi y Aliasgarzadeh, (2010) utilizaron el modelo IMB para realizar una intervención que buscó favorecer la realización de ejercicio y el seguimiento alimentario de pacientes con DM2. Se utilizó un diseño pre-test post-test con grupo control y experimental donde se midió hemoglobina glucosilada (HbA1c), peso y conductas de autocuidado en los participantes. Los resultados indican que los pacientes que recibieron el tratamiento perdieron mayor cantidad de peso, aumentaron la realización de ejercicio y el seguimiento alimentario, existiendo diferencias en las tomas de HbA1c antes y después de aplicar el programa de intervención.

Se concluye que este modelo puede ser de utilidad para el control de enfermedades crónicas y que requieran tratamiento a largo plazo, ya que el paciente adquiere habilidades para hacer frente a los retos cotidianos. Una de las formas en que es posible ampliar el repertorio conductual del individuo o modificar los aspectos cognitivos que interfieran con la motivación es la utilización de técnicas derivadas de la terapia en conducta. En la siguiente sección se describirán algunas de ellas.

1.3.7. Técnicas cognitivo-conductual para la adherencia.

Se conoce que a través de técnicas cognitivo conductuales es posible modificar comportamientos de los individuo y por ende favorecer la adherencia al tratamiento. Entre las principales estrategias de intervención que se han utilizado para este fin se incluyen: información, psicoeducación, autocontrol (monitoreo o registro), manejo de contingencias (reforzamiento, control de estímulos, castigo, extinción), solución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales, técnicas cognitivas y relajación (respiración diafragmática e imaginación guiada) (Borda et al., 2000; Pisano & González, 2014). Amsber et al., (2009) coinciden que estas técnicas son las principales para el abordaje de la adherencia en pacientes con diabetes y complementan mencionando que la combinación de varias de éstas es más efectiva que el uso de sólo una de ellas.

A continuación se describen brevemente las principales técnicas usadas para favorecer la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes

1.3.7.1 Psicoeducación.

De acuerdo con el modelo IMB, el primer paso de cualquier intervención es proporcionar información relevante para la atención de la problemática. Tomando en cuenta que el desconocimiento de la enfermedad y los cuidados hacia la misma es una de las principales dificultades en los pacientes, es necesario proporcionar no sólo información sino la implementación de estrategias para llevar a cabo ese conocimiento (Castro, Rico y Padilla, 2014).

La psicoeducación, por consiguiente, sería el primer paso para iniciar cualquier tratamiento, Albarrán y Macías (2007) refieren que ésta es un proceso educativo mediante el cual el facilitador detalla y resume información científica actual y relevante para responder preguntas acerca del origen, evolución y óptimo abordaje de un padecimiento desde su entorno, además de

implicar entrenamiento en técnicas para afrontar el problema. Es por esto que en pacientes con diabetes se han sugeridos diversos programas que inicien con la educación del paciente con diabetes al considerarse como requisito fundamental para generación de cambios conductuales la comprensión de la enfermedad (FMD, 2014).

1.3.7.2 Solución de problemas.

Otra de las técnicas más empeladas para favorecer la adherencia en pacientes con diabetes de acuerdo con Amsberg et al. (2009) es el entrenamiento en solución de problemas, éste se entiende como la ejecución de una respuesta de afrontamiento que permite solucionar de manera eficaz una situación problemática (Nezu & Nezu, 1991).

Un estudio realizado por Agema y Sherifali (2012) corroboró la eficacia de la técnica para mejorar las conductas de autocuidado. Se seleccionaron pacientes con diabetes mellitus tipo 1 y 2, que fueron asignados a un grupo control o experimental; en el segundo se intervino mediante un programa educativo y ejercicios en solución de problemas. Se midió la autoeficacia, las habilidades de afrontamiento y la hemoglobina glucosilada (HbA1c). Los resultados apuntan que comparado con la medición inicial el grupo experimental adquirió mayores habilidades en la resolución de problemas que permitían afrontar conflictos relacionados con el control de la diabetes.

Complementando la información anterior, un metanálisis determinó estudios donde se intervino mediante solución de problemas para favorecer la realización de conductas adherentes. Se corroboró que el 38% de los adultos instruidos en la técnica mejoraron de manera significativa sus niveles de HbA1c. A su vez, en los tratamientos que tuvieron una duración de 3 a 8 sesiones, los pacientes favorecieron el seguimiento de un régimen alimentario en el 60% de los casos (Fitzpatrick, Schumann & Hill-Briggs, 2013). Se demuestra la eficacia de estos programas a través de estos estudios.

Además, hay que enfatizar que esta técnica se ha utilizado para facilita la ejecución de conductas adherentes al control de la dieta, Schlundt et al. (1996) propusieron un entrenamiento para que los pacientes diseñaran alternativas para las principales dificultades relacionadas con el seguimiento de la alimentación y en función del contexto y de la edad. Por ejemplo, algunas estrategias implementadas para este control nutricional incluyen balancear alimentos durante el

día, compensar con la toma de medicación, compensar con la realización de ejercicio, entre otras. Es así como ante conductas que se perciben más complejas como el seguimiento de un plan alimentario, instruir al paciente en la solución de problemas cotidianos ha sido uno de los principales objetivos.

1.3.7.3 Autocontrol.

Por otra parte, una técnica esencial que se ha usado cuando se trata de promover la adherencia al tratamiento es el autocontrol (IDF, 2012), esto se debe a que permite al individuo realizar conductas deliberadas para lograr objetivos fijados por ellos mismos.

Kazdin (2000) propone que a través de estos procedimientos la persona juega un papel activo en la autoadministración de su tratamiento al regular las conductas conflictivas e incrementar las deseadas. De forma complementaria, Kanffer (1977) menciona que un individuo es capaz de modificar la probabilidad de respuesta a pesar de las influencias del medio a través del autocontrol, ya que el individuo no responde a las contingencias externas del momento sino a las consecuencias internas.

Anguiano (2014), hace un recuento de varios estudios que proponen utilizar el autocontrol como estrategia para favorecer el control metabólico de la diabetes mellitus, concluyendo que

Los programas de autocontrol son útiles para que el paciente tenga un papel activo, en el sentido de que sea el mismo quien tome decisiones sobre sus propios cuidados con el objetivo de mantener a la diabetes bajo control y prevenir las complicaciones de la enfermedad (p.155).

En un estudio realizado por Hankonen et al. (2014) se instruyeron a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en diferentes técnicas conductuales durante un año. El objetivo fue encontrar las asociaciones que hay entre las técnicas cognitivo conductuales empleadas y los cambios conductuales (en seguimiento de dieta y realización ejercicio) así como pérdida de peso. Se encontró que las técnicas en autocontrol como fijar objetivos, auto monitorear la conducta y controlar los estímulos ambientales tuvieron la correlación más fuerte con respecto a la pérdida de índice de masa corporal. Además, se concluyó que los programas multicomponentes son más efectivos que aquellos en donde se utiliza sólo una técnica y que la prevención de recaídas

mediante solución de problemas es uno de los tratamientos más eficientes para reducir la ingesta de alimentos con alto contenido en grasas a largo plazo.

Como se ha mencionado, la adherencia es un problema en el tratamiento de las enfermedades crónico degenerativas, en especial en la diabetes ya que son pocos los pacientes que se encuentran controlados (25% de acuerdo a ENSANUT,2012), por lo que incidir en esta variable es de interés para el personal de salud. Adicionalmente, los cambios en el estilo de vida han demostrado favorecer el control y prevenir complicaciones en estos pacientes, por lo cual el individuo es capaz de influir en este proceso al modificar su comportamiento, siendo un punto central de los programas de intervención desarrollados desde la terapia cognitivo-conductual (Conthe et al., 2014).

En esta línea, existen trabajos que definen o identifican las variables asociadas con la adherencia terapéutica, (Puente, 1985; Pisano & González , 2014; Ortiz, 2007) mientras que otros van más allá y hacen propuestas aplicadas para favorecer la adherencia al tratamiento mediante técnicas conductuales (Rodríguez et al, 2013; Schlundt et al., 1996; Hankonen, et al., 2014), aún así, hace falta ampliar este conocimiento y enfocarse a conductas específicas que llegan a percibirse como complejas por los pacientes, como es el caso de la alimentación.

Si se suma que en el país, la población rebasa la capacidad de atención sanitaria y que el acceso a la salud es limitado, se requiere modificar los comportamientos que pueden favorecer la salud para prevenir que el paciente con diabetes presente complicaciones que a la larga traen consecuencias tanto individuales como socioeconómicas.

Por todas las pautas mencionadas, se propone diseñar un programa de intervención enfocado a pacientes con diabetes mellitus tipo 2, este programa fue multicomponente al haber demostrado ser más efectivo que aquellos desarrollados con una sola técnica, además de que incluirá aquellas que han demostrado ser más efectivas.

De acuerdo a la revisión de las técnicas previa, la psicoeducación es fundamental para que el paciente identifique las características de la enfermedad y ponga en práctica la realización de cambios en el seguimiento de indicaciones. Posteriormente se complementará con técnicas en solución de problemas con la finalidad de resolver situaciones de la vida cotidiana que conllevan a la falta de adherencia en la alimentación, finalmente se abordarán estrategias en autocontrol ya que es la base de acuerdo a la evidencia, de los programas en adherencia.

Por consiguiente, al implementar un programa de intervención elaborado desde la medicina conductual, ¿será posible favorecer las conductas relacionadas con el seguimiento de un régimen alimenticio para el control de la enfermedad?, ¿existirán diferencias en las medidas fisiológicas, antropométricas y en los parámetros conductuales antes y después recibir la intervención?, y si ¿existirán diferencias entre los pacientes que reciban este programa y aquellos que no?. La presente investigación propone aproximarse en dar respuestas a estas interrogantes al evaluar los efectos de un programa de intervención elaborado a partir de técnicas cognitivo conductuales para favorecer conductas adherentes a la alimentación en un grupo de pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2. Mediante un diseño cuasiexperimental pretest post-test con dos grupos (control y experimental). Los objetivos particulares buscan: a) aplicar un programa multicomponente basado en técnicas cognitivo conductual para favorecer conductas adherentes a la alimentación de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2; b) medir variables fisiológicas, antropométricas y conductuales de los individuos que integren el grupo control y experimental antes y después de aplicar el programa de intervención y c) comparar las medidas del grupo control y experimental antes y después de aplicar el programa multicomponente

Se parte del supuesto que existirán diferencias en las mediciones fisiológicas, antropométricas y en los parámetros conductuales de los pacientes diabéticos antes y después de aplicar el programa de intervención y que estas diferencias serán inter e intra grupales.

2. Método

2.1 Participantes

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

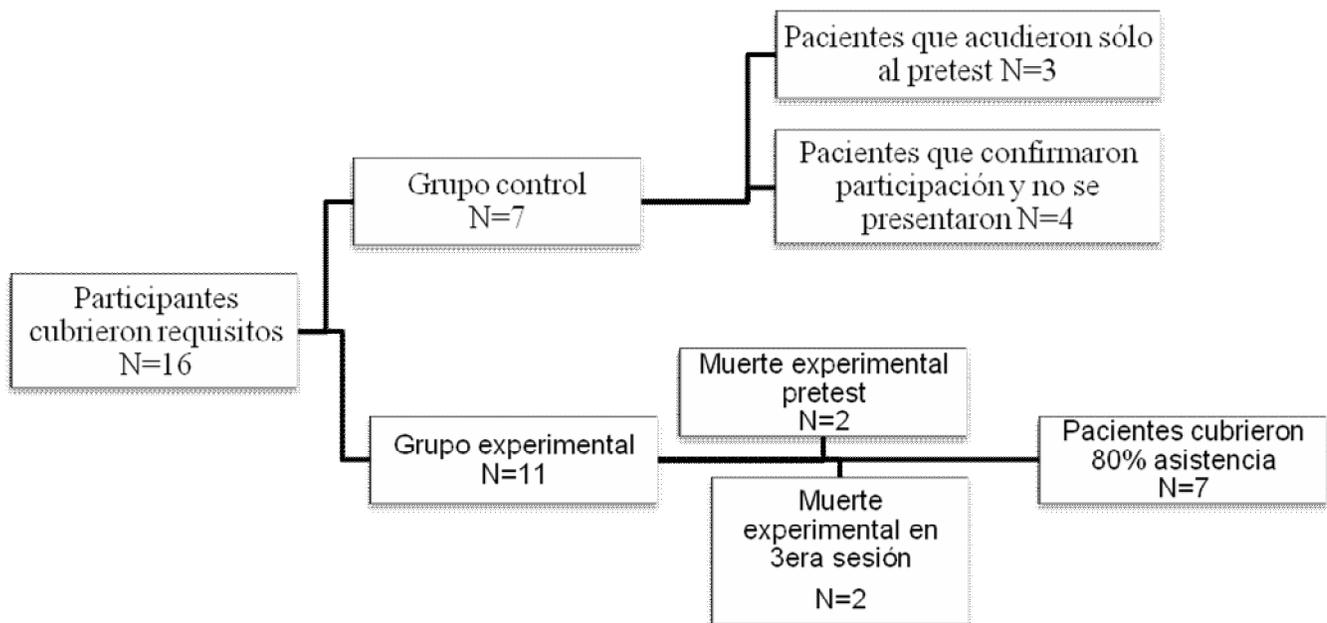
El grupo experimental se conformó por siete pacientes con diabetes tipo 2 que cumplieron con los requisitos establecidos para integrarse al programa y de asistencia al 80% de las sesiones del taller; mientras que el grupo control lo integraron siete individuos que acudieron a la consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Juárez de México que a) accedieron a participar pero no se presentaron al pretest (4 pacientes) o b) acudieron a la primera sesión (pretest) pero no continuaron en la fase II de intervención (3 pacientes). Como requisito los todos los participantes debían acceder a participar en el estudio y necesitaban contar con medidas de peso, cintura, presión arterial y glucosa del día o la semana en que se inició el taller, estos datos se tomaban del expediente en caso de no contar con ellos, previo consentimiento informado.

Es importante mencionar que en un momento inicial se reclutaron 16 participantes (5 hombres y 11 mujeres), sin embargo en la primera sesión acudieron 12 de los individuos confirmados (2 hombres y 10 mujeres). Por criterios de exclusión (problemas agudos, inasistencia al taller o abandono) el grupo experimental se redujo a 7, los detalles se pueden observar en la Figura 1. Se observa que tres de los participantes abandonaron el taller en la fase de pretest, dos de ellos fueron los dos participantes del sexo masculino, mientras que las otras dos participantes abandonaron el taller después de la 3era sesión, una por la distancia que implicaba el traslado al hospital y otra por presentar problemas agudos.

El grupo experimental se compuso por mujeres cuya edad promedio fue 51 años. El 43% dedicadas al comercio y 28% amas de casa. La mayoría eran casadas, mientras que dos eran divorciadas, gran parte de ellas con educación básica (43%) y el restante con preparatoria o carrera técnica. El promedio de tiempo de diagnóstico de diabetes fue de 5 años, el 57% se controlaba con metformina, mientras que el resto con insulina + un antidiabético oral.

El grupo control se conformó por siete pacientes, 57% mujeres y 43% hombres, de edad promedio de 50 años. La mayoría con escolaridad primaria o secundaria (86%), uno con preparatoria, cinco de ellos casados y dos divorciados. Todos de religión católica. Con un tiempo promedio de diagnóstico de diabetes de 5.7 años, el 71% controlándose con metformina mientras que el resto con insulina glargina+ un antidiabético oral.

Figura 1. Esquema de asignación de los participantes a los grupos control y experimental



2.1.1 Criterios de selección de la muestra.

2.1.1.1 Criterios de inclusión.

- Ser pacientes hombres o mujeres del Hospital Juárez de México
- Edad de 20 a 65 años
- Contar con expediente clínico y acudir actualmente a consulta externa con médico tratante en el servicio de Medicina Interna
- Saber leer y escribir
- Escolaridad mínima primaria completa
- Si se encuentra en tratamiento farmacológico para la diabetes deberán ser antidiabéticos orales y/o insulina

- De 2 a 15 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2
- Si padece comorbilidades se tomará en cuenta aquellos pacientes que el médico reporte estén controlados
 - Presentar niveles por encima de lo normal en los laboratorios, ya sea en HbA1c, triglicéridos o colesterol
 - Responder más de tres “Sí” en las preguntas de tamizaje (Apéndice 2)
 - Contar con estudios de laboratorios que incluyan HbA1c, colesterol y triglicéridos realizados en los meses de marzo o abril del 2015

2.1.1.2 Criterios de eliminación.

- Estar hospitalizado durante alguna de las fases del proyecto debido a alguna urgencia asociada a la enfermedad y/o comorbilidades
 - Complicaciones por enfermedades asociadas a diabetes o enfermedades agudas de acuerdo con criterio de médico tratante
 - Inasistencia al programa de más del 20% de sesiones
 - Abandonar el tratamiento con médico tratante
 - Más del 25% de registros incompletos
 - Malestar psicológico (por ejemplo depresión y/o ansiedad) clínicamente significativo durante sesiones de acuerdo a criterio de investigador
 - No contar con estudios de laboratorio en el post-test, o que estos se realicen en fechas posteriores a junio o julio del 2015

2.1.1.3 Criterios de exclusión.

- Diagnóstico de DM 2 reciente (6 meses previos a la realización del estudio)
- Contar con discapacidad física o intelectual de acuerdo a criterio clínico
- Encontrarse en tratamiento psiquiátrico o psicológico en el momento en que se aplica el taller
 - Edad menor a 20 años o mayor a 65 años
 - No encontrarse en tratamiento actual con médico tratante o no contar con expediente clínico
 - No contar con estudios de laboratorio recientes (6 meses)

- Responder más de cuatro “NO” en las preguntas de tamizaje (Apéndice 2)

2.2 Situación experimental

La presente investigación se llevó a cabo en salón del área de enseñanza ubicado dentro del Hospital Juárez de México, el espacio con el que se contó fue de aproximadamente 6x7 m². El salón contó con un escritorio y varios pupitres, iluminación y ventilación adecuada.

Debido a las condiciones del hospital, el salón no era siempre el mismo, sin embargo poseían características similares. En ocasiones existían interrupciones ya que el área era concurrida, por lo que se cerraba la puerta para evitar distracciones.

2.3 Aparatos y materiales.

En todas las sesiones se utilizaron los siguientes aparatos:

- Esfigmomanómetro de mercurio de la marca Homomedics ®
- Estetoscopio
- Báscula digital
- Glucómetro Accu-Chek de la marca Roche®
- Tiras reactivas y lancetas Accu-Chek de la marca Roche®
- Cinta métrica.

Dentro de los materiales se emplearon hojas blancas, lápices, sacapuntas, cañón y computadora, así como los materiales programados para cada sesión y que pueden revisarse en la carta descriptiva en el Apéndice 1.

2.4 Variables

2.4.1 Definición Conceptual.

2.4.1.1 Variable independiente.

Programa multicomponente de técnicas cognitivo-conductuales.

Serie de procedimientos que permiten un cambio ambiental y de la interacción social de un individuo, son una combinación de procedimientos verbales y de acción 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 de progresos (Franks, 1991).

Las definiciones conceptuales de cada técnica son las siguientes:

1. *Psicoeducación*

Albarrán y Macías (2007) ,citan a Anderson, Douglas y Hogarty (1988) quienes definen la psicoeducación como “un proceso educativo mediante el cual el facilitador detalla y resume 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” (p.2).

2. *Autocontrol*

Conjunto de técnicas dirigidas a disminuir aquellas conductas cuyas consecuencias inmediatas son reforzantes y aversivas las demoradas. Se incluye automonitoreo que consiste en observar la propia conducta de modo sistemático con el objetivo de modificarla; autoreforzamiento donde el individuo se proporciona consecuencias reforzantes que sean contingentes a la emisión de su conducta; y control de estímulos, entendida como cambio en los estímulos ambientales que funcionan como señales para incrementar la probabilidad de aparición de conductas desadaptativas (Kazdin, 2000).

3. *Solución de problemas*

Proceso cognitivo comportamental que ayuda al sujeto a: 1) hacer disponibles una variedad de alternativas de respuesta para enfrentarse con situaciones problemáticas y 2) incrementar la probabilidad de seleccionar las respuestas más eficaces de entre esas alternativas (Ramos, Catena y Trujillo, 2004).

2.4.1.2 *Variables dependientes.*

1. *Adherencia a la dieta*

Coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos sobre salud o prescripciones que ha recibido en especial en el seguimiento de la dieta (Macías, 1996). La adherencia se consideró como la concordancia entre el comportamiento, los parámetros fisiológicos y/o antropométricos, estos se definen como:

• *Parámetros fisiológicos*

Estudios de laboratorio:

La Norma Oficial Mexicana para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos (Secretaría de Salud, 2011) define los estudios de laboratorio como:

Análisis físico, químico o biológico de diversos componentes y productos del cuerpo humano, cuyas mediciones y resultados se obtienen a través del uso de diversas tecnologías, por personal facultado para ello, en un laboratorio clínico legalmente establecido. La medición y resultados del análisis de componentes y productos del cuerpo humano, a través de tiras reactivas (...), será considerado un estudio de laboratorio. (Sección definiciones, párr. 2)

En éstos, se incluyeron las siguientes medidas

1. Hemoglobina glucosilada. La NORMA Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus define este concepto como “prueba que utiliza la fracción de la hemoglobina que interacciona combinándose con la glucosa circulante, para determinar el valor promedio de la glucemia en las últimas 12 semanas” (Secretaría de Salud, 2010, Sección de definiciones, párr. 42).

2. Triglicéridos. La NORMA Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias define este concepto como “Moléculas de glicerol, esterificadas con tres ácidos grasos” (Secretaría de Salud, 2012, Sección definiciones párr. 2).

3. Colesterol. La NORMA Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias define este concepto como “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, parr. 7).

4. Glucosa Post prandial. La NORMA Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus define este concepto como medición de la glucosa en sangre dos horas después de la comida (Secretaría de Salud, 2010).

5. Presión arterial. La NORMA Oficial Mexicana, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica la definen como “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).

• *Parámetros antropométricos*

Tienen como objetivo determinar la masa corporal expresada por las dimensiones corporales para identificar estados de nutrición (Secretaría de Salud, 2002).

Se definirán los siguientes parámetros utilizados en el presente estudio a partir de 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/m²)
3. Circunferencia de cintura: Medida en centímetros de la cintura considerada arriba del ombligo

• *Parámetros Comportamentales.*

Se midieron los parámetros de topografía, frecuencia y magnitud de la conducta de comer. Para esto, midió a partir de autoregistros, entendidos como 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 internos (Fernandez, 1996).

2.4.2 Definiciones operacionales.

Adherencia a la dieta:

Se definió como el conjunto de mediciones comportamentales (parámetros de la conducta frecuencia, magnitud y topografía), fisiológicas y antropométricas que coinciden con el seguimiento de régimen alimentario.

Los parámetros fisiológicos y antropométricos se medirán mediante indicadores establecidos por las Normas Oficiales Mexicanas (Secretaria de Salud, 2012; Secretaria de Salud, 2011; Secretaria de Salud, 2010; Secretaria de Salud, 2009) y a la Secretaria de Salud, (2002) (consultar Tabla 1) y la segunda por medio de registros en escala nominal y ordinal (Apéndice 5).

Tabla 1.

Valores normales de parámetros fisiológicos y antropométricos de acuerdo a las Normas Oficiales Mexicanas

Nombre	Aparatos/ de medición y técnica	Parámetros
Peso	<p>Báscula</p> <p>La medición se realizará con la menor ropa posible y sin zapatos. Se pide a la persona que suba a la báscula colocando los pies paralelos en el centro. Debe estar erguido, con la vista hacia el frente, sin moverse y con los brazos que caigan naturalmente a los lados.</p>	En función de estatura.
Circunferencia de cintura	<p>Cinta métrica</p> <p>La medición se hace al localizar el punto inferior de la última costilla y el punto superior de la cresta iliaca, en la mitad de esta distancia se marca, en ambos costados y se coloca la cinta alrededor del abdomen a este nivel, se asegurará que la cinta no apriete y esté en paralelo con el piso. La medición se hace al final de la espiración normal</p>	<p>Mujeres < 80 cm</p> <p>Hombres < 90 cmi</p>
Índice de masa corporal	<p>Obtención a través de la fórmula:</p> $IMC = \frac{\text{Masa}}{\text{altura}^2}$	<p>Bajo peso: $IMC < 18.50$</p> <p>Peso normal: $IMC 18.5$ a 24.9</p> <p>Sobrepeso: En mujeres altura > 1. 50 m y hombres altura > a 1.60 m el IMC va de 25 a 29.9.</p> <p>- En mujeres < 1.50 m y hombres <1.60 m de 23 a 25</p> <p>Obesidad: En mujeres altura > 1. 50 m y hombres</p>

Tabla 1 Continuación...

		<p>altura > a 1.60 m IMC > 30</p> <p>En mujeres < 1.50 m y Hombres <1.60 IMC > 25</p> <p>Clasificación:</p> <p>Grado I: IMC de 30.0 a 34.9</p> <p>Grado II: IMC de 35 a 39.9</p> <p>Grado III: IMC>40.9.</p>
Hemoglobina glucosilada	Laboratorios	Normal 4 a 7%
HbA1c	Análisis de la cantidad de glucosa en sangre	Alto > 7% ⁴⁷ .
Glucosa post prandial	<p>Glucómetro</p> <p>Se limpia con alcohol la parte lateral de los dedos índice, anular o medio. Se sacan las tiras reactivas y se coloca en el dispositivo de acuerdo a las instrucciones del fabricante. Se hace una punción con una lanceta estéril, se extrae una gota y se coloca en la tira reactiva.</p> <p>Se considera la medición postprandial 2 horas después de la ingesta de alimentos,(dos horas se miden a partir de la ingesta del primer bocado).</p>	<p>Bajo < 70</p> <p>Normal 100 a 140</p> <p>Alto> 140⁴⁷.</p>
Presión arterial	<p>Baumanómetro</p> <p>La persona se sienta y con coloca el brazo derecho en una posición de 45 grados sobre una mesa. La cámara de aire (globo) debe cubrir al menos el 3/4 partes de la longitud del brazo y al menos el 80% de la circunferencia del brazo. Se utiliza un brazalete (manguito) que se coloca 2.5 cm por encima del pliegue del codo. Se coloca el estetoscopio y se procede a inflar el mango. La medida de presión sistólica es el número donde se escucha el primer ruido y la medida de presión</p>	<p>Presión arterial óptima: <120/80 mm de Hg</p> <p>Presión arterial normal: 120-129/80 - 84 mm de Hg</p> <p>Presión arterial normal alta: 130-139/ 85-89 mm de Hg</p> <p>Hipertensión arterial:</p> <p>Etapas 1: 140-159/ 90-99 mm de Hg</p>

Tabla 1 Continuación...

	diastólica donde se escucha el último.	Etapa 2: 160-179/ 100-109 mm de Hg Etapa 3: >180/ >110 mm de Hg ⁴⁶ .
Colesterol	Laboratorios	Recomendable CT < 200 Limítrofe 200-239 Alto riesgo > 240.
Triglicéridos	Laboratorios	Recomendable < 150 Limítrofe 150-200 Alto riesgo > 200 Muy alto riesgo > 1000.

2.5 Instrumentos

2.5.1 Manual de registro.

Se elaboró un manual para el paciente con la finalidad de registrar los cambios antes, durante y al término de la intervención. Los registros que se incluyeron fueron los siguientes, para más información consultar Apéndice 5:

- *Registros semanales (cada sesión)*

1. Peso. Formato para registrar los kilogramos de masa corporal
2. Glucosa. Formato para registrar la glucosa en sangre
3. Circunferencia de cintura. Formato para registrar los cm de cintura
4. Presión arterial. Formato para registrar la presión sistólica y diastólica semanal

- *Registros pretest y post test*

Laboratorios: Se registraron los niveles de HbA1c, colesterol y triglicéridos obtenidos por los exámenes de laboratorio antes y después de la intervención

- *Registros diarios (5 veces al día)*

1. Frecuencia, magnitud y topografía en el consumo de alimentos. Se registró 5 días a la semana el tipo de alimentos consumido en el desayuno, comida y cena de acuerdo con los grupos alimenticios: verduras, frutas, cereales, leguminosas o alimentos de origen animal, grasas y azúcares. Se pidió registrar la cantidad de acuerdo a un estimado de la porción de cada alimento determinado por “el método de la palma de la mano” desarrollado por Kazzim Mawji (Baumer, 1999). Se complementó el registro con una sección de “otros” donde el paciente colocaba aquellos alimentos complejos, que no se englobaban en las categorías descritas, así como las bebidas.

2. Registro de escala de adherencia autoreportada de forma semanal. Los pacientes registraron en una escala del 0 al 10 el grado en el que consideraron adherirse a la dieta durante el día. Este registro se hacía 5 veces a la semana

2.6 Diseño

La presente investigación utilizó un diseño pretest-post-test con dos grupos (control y experimental) y con seguimiento a un mes. Se realizó un diseño cuasi-experimental, ya que se contó con un grupo control, sin embargo no fue posible aleatorizar a los participantes ni igualar las muestras, por lo que se utilizarán grupos determinados (Moreno, López, Cepada, Alvarado y Plancarte, 2005).

El protocolo es un diseño longitudinal de panel ya que se hicieron varias medidas a través del tiempo en los mismos sujetos, además que se utilizó un diseño prospectivo al iniciarse el tratamiento y evaluar sus efectos en varios momentos (Kerlinger,1988). El diseño está representado de la siguiente manera:

$$\begin{array}{l} G1 \quad Y1 - X - Y2 - Y3 \\ G2 \quad Y4 \quad - \quad Y5 \quad Y6 \end{array}$$

En donde Y1 y Y4 hacen referencia a las medidas realizadas en el pretest en el grupo experimental (G1) y grupo control (G2), “X” hace hincapié en la intervención compuesta por el programa multicomponente en técnicas cognitivo conductuales; Y2 y Y5 son las medidas tomadas en el post test y finalmente Y3 y Y6 son las mediciones hechas en el seguimiento

2.7 Procedimiento

La presente investigación se llevó a cabo de Marzo a Julio del 2015, en la Tabla 2 se muestra un resumen de las fases y las fechas de aplicación

Fases del protocolo de investigación y fechas de aplicación

Fecha	Etapas	Descripción
Marzo- Abril 2015	Fase I	Promoción y selección de participantes
Abril- Mayo 2015	Fase II	Pretest
		Intervención (6 sesiones)
		Post test
Junio- Julio 2015	Fase III	Seguimiento y elaboración de resultados

Fase I

Promoción.

Una vez que se contó con el espacio y los horarios del taller, se acudió a consulta externa del servicio de Medicina Interna para promocionar el proyecto de investigación. A los participante que cumplieron con los criterios de inclusión se les explicó el objetivo del estudio y a aquellos que estaban interesados en participar se les anotó en una lista. Se solicitó la participación voluntaria de los pacientes y se proporcionó material promocional con información del taller (Apéndice 3 y Apéndice 4). Los pacientes que no cubrieron criterios de participación pero que estuvieron interesados se citaron al servicio de Medicina Conductual para atención individual.

Elección de los participantes.

Se contactó a los participantes vía telefónica, aquellos que decidieron participar fueron citados para iniciar con el proyecto. Se explicó de manera breve los objetivos de la investigación, los requisitos de participación y se pidió llevar copia de los últimos laboratorios para la fecha de inicio.

Fase II

Pretest.

Se citó a los pacientes con la finalidad de dar inicio al taller. Durante el pretest y todas las demás sesiones se tomaron medidas antes de iniciar con la programación, en éstas se incluía: peso, glucosa, presión y circunferencia de cintura. Se ingresó a cada paciente al cubículo de Medicina Conductual ubicado dentro del Hospital Juárez para la toma de medidas, posteriormente se llevaron al aula de enseñanza para dar inicio a la programación de esta sesión

En el pretest acudieron 12 pacientes de los 16 confirmados vía telefónica, se les explicaron nuevamente los objetivos y se proporcionó el manual de registros. Se describieron las características del manual, se pusieron ejemplos y resolvieron dudas. Al término se pidió firmar un consentimiento informado y una carta compromiso de asistencia al taller (Anexo 1 y 2). Esta sesión tuvo una duración de 2 horas.

A los pacientes que aceptaron participar pero que no acudieron a la sesión pretest se les intentó rescatar al contactarlos vía telefónica, sin embargo ninguno pudo continuar con el proceso.

En el pretest se recabaron los laboratorios de los participantes de HbA1c, colesterol total, HDL, LDL y triglicéridos. Estas medidas se consideraron de los últimos laboratorios con los que contaba el paciente y que fueran de menos de 3 meses. Cabe enfatizar que estas medidas se recabaron únicamente en el pretest y post-test debido al costo y disponibilidad del paciente para realizarse laboratorios, además de que en el caso de la hemoglobina glucosilada nos da un promedio de los niveles de glucosa en sangre de tres meses anteriores, por lo que es un aproximado del control de esas fechas.

Intervención

La intervención se desarrolló en formato de taller y constó de 6 sesiones donde se aplicó un programa multicomponente. Las técnicas cognitivo conductuales a utilizar fueron psicoeducación, autocontrol y solución de problemas; cada una se desarrolló en 2 sesiones en el orden mencionado.

Las sesiones se realizaron los días martes en las aulas de enseñanza del Hospital Juárez de México en el periodo que abarcó de Abril a Junio del 2015 y tuvieron una duración de 2hrs. Se pidió a los pacientes la asistencia al 80%.

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

1. *Toma de mediciones.* Conforme las participantes iban llegando se formaban para la toma de medidas. El investigador o alguno de los colaboradores del estudio tomaban las medidas de presión arterial, peso, talla y glucosa. Los datos se anotaron en una hoja de registro para el investigador mientras que el paciente lo registraba en el manual asignado. Cuando todas las participantes habían sido medidas se procedía a dar inicio de la sesión, en caso que alguien llegara tarde la medición se hacía al término de la misma

2. *Revisión de tarea.* Después de realizar las medidas se procedía a comentar la tarea, se solicitaban los registros y se aclaraban dudas en caso de ser necesario.

3. *Actividades.* En cada sesión se programaron actividades diferentes de acuerdo a las técnicas revisadas, estas pueden consultarse en el Apéndice 1. las actividades se realizaron de forma grupal y en algunos casos individual. En el Anexo 3 también se muestran ejemplos de los materiales empleados en cada actividad

4. *Cierre.* Al concluir las actividades se daba un cierre retomando los aspectos revisados, se aclaraban dudas y se pedía un resumen del aprendizaje hecho.

5. *Asignación de tareas.* Para finalizar se asignaba la tarea para la siguiente sesión se proporcionaban los materiales (formatos de registro, psicoeducativos entre otros) se puede consultar el Apéndice 1 para revisar las tareas de cada sesión

Post-test.

Las medidas del post-test se consideraron como aquellas recabadas en la sesión número 6. En ellas se incluyeron circunferencia de cintura, peso, IMC, glucosa post prandial y tensión arterial.

Al término de las actividades de la última sesión se dio una solicitud de laboratorios, en caso de no contar con ella, para asegurar que el paciente se realizara los estudios de colesterol, triglicéridos y HbA1c a más tardar un mes después de concluir con la intervención. Se pidió proporcionar una copia de los laboratorios una vez contaran con los resultados.

Para las medidas del post-test del grupo control se revisó el expediente de los participantes que contaban con medidas del pretest y se incluyó a los pacientes que contaban con medidas de IMC, glucosa post prandial, tensión arterial, peso y circunferencia de cintura (de acuerdo a consulta médica) en la misma semana que se hizo el post-test del grupo experimental, es decir, se tomaron en cuenta los datos de los participantes que tuvieran ambas medidas en fechas similares a las del grupo de intervención. En dos de los pacientes no se contaba con estos datos por los que fueron citados únicamente para la toma de medidas, a lo cual accedieron.

Fase III

Seguimiento

Un mes después de terminar el taller se citó a las participantes del grupo experimental para toma de medidas de la fase de seguimiento. Se midió glucosa, peso, circunferencia de cintura y presión arterial. Se recogieron las pruebas de laboratorios de las participantes que contaban con copias y se pidió autorización para revisar expedientes de las pacientes faltantes. En esta sesión acudieron cinco de las pacientes, por lo que se citó a dos en consulta externa la misma semana para la toma de medidas.

Para el registro de las medidas del grupo control se consultó el expediente para extraer la información de consultas médicas recientes y que coincidieran con 1 mes después de la medida del post-test. En uno de los caso no se contaba con la información necesaria, por lo que se contactó directamente al usuario para que acudiera a la toma de mediciones, sin embargo por cuestiones de tiempo no pudo presentarse por lo que se solicitó hacer las mediciones en casa y comunicarlas al investigador.

3. Resultados

El programa de intervención diseñado en formato de taller se impartió en un aula del Hospital Juárez de México en el periodo de Abril a Junio del 2015. Las sesiones se llevaron a cabo de manera semanal, a excepción de la 4ta sesión que por coincidir con día feriado se postergó a 2 semanas.

En el pretest se presentaron 12 pacientes, sin embargo en la fase de intervención el grupo se redujo a 9, es decir dos de las participantes abandonaron el tratamiento después de la tercera sesión. En total cuatro de las pacientes acudieron al 100% de las sesiones, mientras que 3 de ellas faltaron en una ocasión. Todas las pacientes se presentaron a la fase de pretest y post-test, para el seguimiento se contó con la participación de 5 pacientes, por lo que para poder obtener los datos faltantes las otras dos participante fueron citadas en la misma semana para la toma de medias.

Al inicio de todas las sesiones el investigador con ayuda de uno o dos colaboradores hacían las mediciones de peso, glucosa, presión arterial y circunferencia de cintura. Para los estudios de laboratorio, los datos del pretest fueron resultados obtenidos en el mes de marzo y abril, por lo que no fueron mayor a 2 meses, mientras que los valores de laboratorio del post-test se consideraron de los estudios realizados en junio y julio.

De forma general, la actitud de las participantes siempre fue cooperadora, la mayoría se mostraban atentas, eran puntuales y hacían preguntas de forma continua. Aquellas pacientes que llegaban una vez iniciada la sesión se les pedía incorporarse a la actividad en curso y se les hacía las mediciones al término de la misma para evitar interrupciones.

Uno de los principales contratiempos fueron las constantes interrupciones y desorganización para asignar aula, por lo que en ocasiones había que cambiarse a otro salón para continuar con el taller, a pesar de esto, fue posible realizar todas las actividades programadas. Adicionalmente, es importante comentar que en la sesión de solución de problemas dos de las pacientes comentaron conflictos personales, por lo que se les pidió permanecer al final de la sesión para ser referidas más adelante a atención psicológica si así lo requerían.

Hay que señalar que el 86% de las pacientes acudían a consulta en medicina interna con el mismo médico adscrito. Esto facilitó plantear ejemplos para el seguimiento de las indicaciones

médicas, además que permitió establecer rapport ya que tenían una percepción favorable hacia el servicio de salud por lo que fácilmente accedieron a participar en el taller y sus actividades.

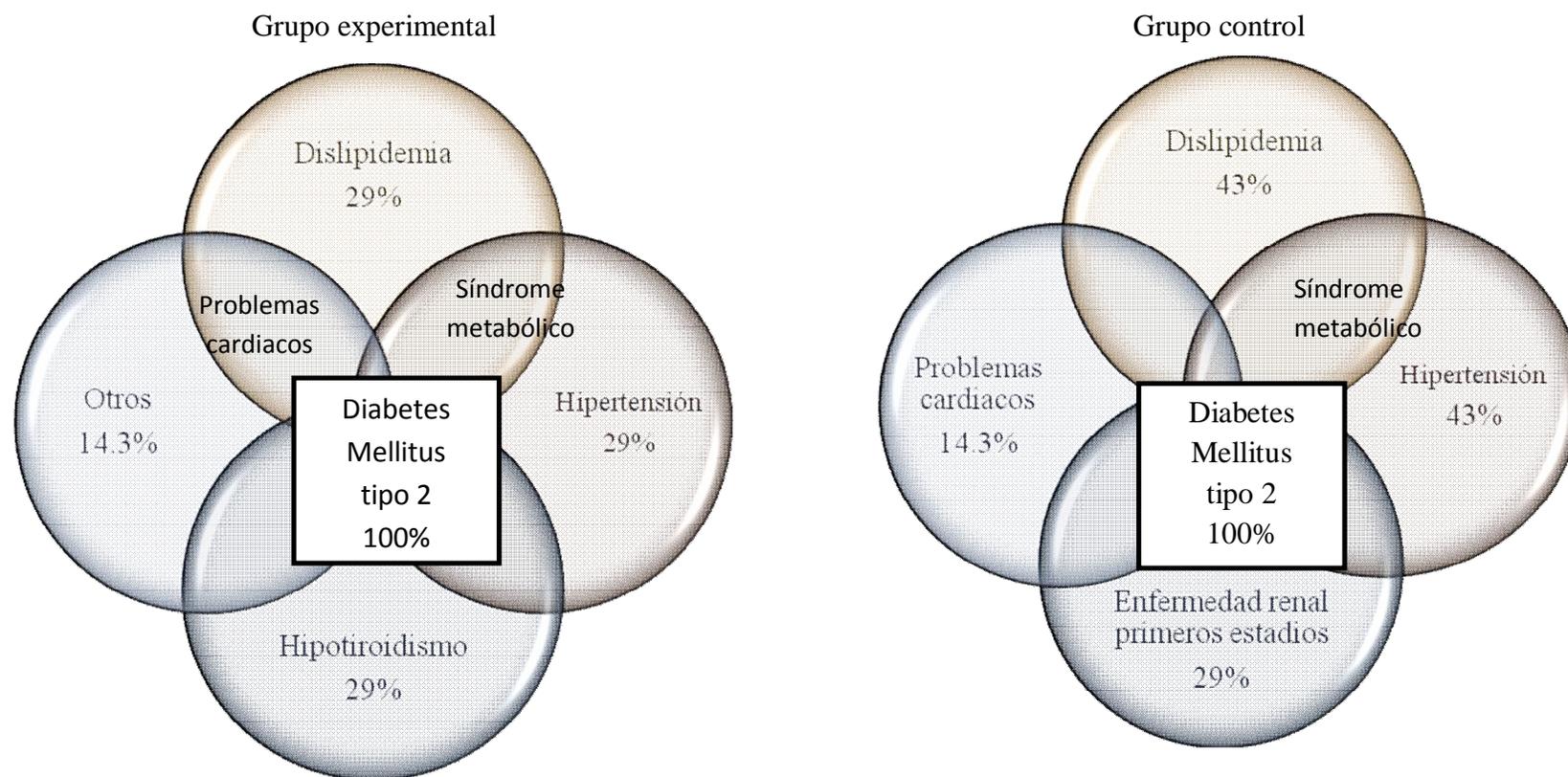
En cuanto a los datos demográficos, el grupo experimental se conformó con 7 participantes del sexo femenino donde el promedio de edad fue de 51 años, siendo la más joven de 45 años y la mayor de 64 años. La mayoría de las participantes eran de religión católica y se encontraban casadas (71%), mientras que el 29% eran divorciadas. El 43% (3 participantes) se dedicaban al comercio, el 29% al hogar y una al estilismo. Con respecto a la escolaridad de las participantes del grupo experimental, la mitad contaba con educación básica entendida como primaria o secundaria completa (58%), mientras que el resto concluyó la preparatoria (29%) y una de ellas carrera técnica. Por otro lado, el grupo control lo conformaron 7 participantes 57% mujeres y 43% hombres; con promedio de edad de 50 años, siendo el más joven de 35 años y el más grande de 57 años. Todos de religión católica, seis de ellos casados y uno divorciado. El 86% con escolaridad básica entendida como primaria o secundaria, uno con preparatoria. La mayoría de los participantes del grupo control se dedicaban al comercio o al hogar.

Referente a los datos médicos, en la Figura 2 se muestra una representación de las principales comorbilidades del grupo experimental. Cabe mencionar que todas habían sido diagnosticadas con diabetes mellitus tipo 2, tres de ellas presentaban adicionalmente síndrome metabólico caracterizado por dislipidemia o hipertensión, dos participantes habían sido diagnosticadas previamente con hipotiroidismo, otra con cáncer cérvico uterino hace 10 años, una con osteoartritis y otra con antecedentes de infarto al miocardio. Para el grupo control todos al igual habían sido diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, y presentaban comorbilidades de: síndrome metabólico caracterizado por hipertensión y dislipidemias en el 43% y que se observa en la Figura 2; problemas cardiacos y enfermedad renal KDIGO 3 en el 29%.

En el grupo experimental el tiempo promedio desde el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 fue de 5.4 años, la más reciente fue diagnosticada hace 2 años y la que presentó mayor antigüedad hace 10 años. Los medicamentos que utilizaban de acuerdo a prescripción médica para el control de glucosa en sangre fue en el 71% metformina de 850 mg, mientras que el 29% restante se controlaba con insulina (glargina o NPH)+un antidiabético oral (metformina, glibenclamida o glimepirida). Con respecto al grupo control el tiempo promedio desde el

diagnóstico de diabetes fue de 5.7 años, el 58% se controlaba con metformina 850 mg, 14.3% con otro antidiabético oral y 29% con insulina (glargina, acción rápida o NPH) +un antidiabético.

Figura 2. Principales comorbilidades de las participantes en el grupo control y experimental



En cuanto a la comparación de las medias entre el grupo control y experimental, las Tablas 3, 4 y 5 muestran los promedios de las variables medidas de forma semanal: circunferencia de cintura, peso, presión arterial y glucosa; y en el pretest y post-test: hemoglobina glucosilada, colesterol total, HDL, LDL y triglicéridos. Estas tablas también describen la desviación típica, el puntaje mínimo, máximo y el rango de los datos.

Como se observa, en el grupo experimental existió un cambio en todas las medidas entre las fases de pretest-post-test y seguimiento. Estos cambios fueron más notorios en las medidas de circunferencia cintura y peso, en donde existió una disminución de aproximadamente 2 kg y 5cm respectivamente. Si se comparan estas variables con el grupo control, se observa que en estas variables el promedio del grupo se mantuvo similares en los tres momentos, resaltando un incremento en el peso de 1 kg desde el inicio al término del proceso de intervención.

En el grupo experimental el cambio en el peso también refleja modificaciones en el promedio de índice corporal de las participantes quienes iniciaron en 34.1 kg/m² y concluyeron en 33.3 kg/m. Con respecto a la glucosa el grupo experimental se mantuvo en niveles de entre 120 a 132 mg/dl, mientras que el grupo control inició con niveles de 237 mg/dl, cifra que incrementó en el post-test hasta llegar a 273mg/dl y que disminuyó en el seguimiento. La presión arterial para los grupos experimental se mantuvo similar en todas las etapas, sin embargo en el grupo control disminuyeron los niveles de presión sistólica del pretest al post-test.

Referente a las medidas realizadas en los estudios de laboratorio, se observa que el grupo experimental en promedio disminuyó la hemoglobina glucosilada de 8.8% a 7.9%, es decir cerca de 1 unidad del inicio al término del programa de intervención. Por su parte el grupo control se mantuvo en niveles similares. Con respecto a las medidas de colesterol y triglicéridos, en ambos grupos fueron similares en todas las etapas, existiendo cambios de entre 10 a 20 mg/dl.

Para calcular si existieron diferencias significativas intragrupo entre las medidas del pretest, post-test y seguimiento para el grupo control y experimental, se realizó un análisis estadístico para grupos relacionados de Wilcoxon. Se obtuvo que no existieron cambios estadísticamente significativos ($p > 0.05$) para ninguno de los grupos, en las medidas de glucosa, circunferencia de cintura, presión arterial, colesterol (total, HDL y LDL) y triglicéridos. Sin embargo, si existieron diferencias significativas para el grupo experimental entre el pretest, post-test y seguimiento en las mediciones de hemoglobina glucosilada ($Z=0.018$; $p<005$), peso

($Z=0.018$; $p<0.005$) e índice de masa corporal ($Z=0.013$; $p<0.005$), y que no fue significativo para el grupo control.

Para comparar las diferencias intergrupales se aplicó una prueba no paramétrica U de Mann-Whitney de muestras independientes. Los resultados indicaron que hay diferencia significativa entre el grupo control y experimental en las medidas de glucosa en el post-test ($U=0.007$; $p<0.05$) y seguimiento ($U=0.004$; $p<0.05$), así como en presión sistólica en seguimiento ($U=0.026$; $p<0.05$), y peso en el post-test y seguimiento ($U=0.017$; $p<0.05$). También existieron diferencias significativas en los niveles de colesterol HDL en el post-test ($U=0.002$; $p<0.05$), para las demás mediciones no hubo diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 3.

Estadística descriptiva para parámetros fisiológicos de laboratorio en el pretest y post-test

Grupo		Triglicéridos		Colesterol		HDL		LDL		HbA1c	
		Pretest	Post-test	Pretest	Post-test	Pretest	Post-test	Pretest	Post-test	Pretest	Post-test
Experimental	Media	192,5	175,4	208,6	202,8	52,2	49,4	145,5	135,6	8,8	8,0
	Mínimo	135,0	120,5	144,0	178,0	37,0	43,0	107,5	111,7	7,0	6,8
	Máximo	359,0	297,0	287,0	289,0	67,7	59,1	199,6	198,7	11,0	9,4
	Desv. típ.	82,3	64,9	46,1	38,9	10,5	6,2	35,1	30,2	1,8	1,1
	Rango	224,0	176,5	143,0	111,0	30,7	16,1	92,1	87,0	4,0	2,6
Control	Media	150,1	141,0	195,7	204,3	42,2	41,0	134,4	141,1	8,7	8,4
	Mínimo	92,0	100,0	157,0	157,0	38,0	32,0	102,0	96,0	7,8	7,6
	Máximo	220,0	214,0	268,0	240,0	52,5	45,0	168,0	175,0	11,3	10,0
	Desv. típ.	53,0	40,9	36,9	34,1	5,1	4,2	23,8	26,3	1,3	,8
	Rango	128,0	114,0	111,0	83,0	14,5	13,0	66,0	79,0	3,5	2,4
Total	Media	171,3	158,2	202,1	203,5	47,2	45,2	140,0	138,4	8,8	8,2
	Mínimo	92,0	100,0	144,0	157,0	37,0	32,0	102,0	96,0	7,0	6,8
	Máximo	359,0	297,0	287,0	289,0	67,7	59,1	199,6	198,7	11,3	10,0
	Desv. típ.	70,1	55,1	40,6	35,1	9,5	6,7	29,4	27,4	1,5	,9
	Rango	267,0	197,0	143,0	132,0	30,7	27,1	97,6	102,7	4,3	3,2

Tabla 4.

Estadísticas descriptivas de medidas fisiológicas glucosa y presión arterial en el pretest, post-test y seguimiento

Grupo		Glucosa			Presión arterial sistólica			Presión arterial diastólica		
		Pretest	Post-test	Seguimiento	Pretest	Post-test	Seguimiento	Pretest	Post-test	Seguimiento
Experimental	Media	132,4	126,6	123,4	112,9	111,4	111,4	80,0	72,1	75,7
	Mínimo	78,0	84,0	78,0	100,0	70,0	100,0	70,0	40,0	60,0
	Máximo	198,0	192,0	185,0	130,0	130,0	120,0	100,0	85,0	80,0
	Desv. típ.	42,8	45,1	40,8	13,8	19,5	9,0	10,0	15,2	7,9
	Rango	120,0	108,0	107,0	30,0	60,0	20,0	30,0	45,0	20,0
Control	Media	237,0	273,3	211,7	124,3	124,3	128,6	86,7	85,7	87,1
	Mínimo	159,0	164,0	158,0	110,0	110,0	110,0	77,0	80,0	80,0
	Máximo	425,0	420,0	320,0	139,0	140,0	150,0	90,0	100,0	100,0
	Desv. típ.	109,1	94,8	52,5	11,1	11,3	13,5	5,7	7,9	9,1
	Rango	266,0	256,0	162,0	29,0	30,0	40,0	13,0	20,0	20,0
Total	Media	184,7	199,9	167,6	118,6	117,9	120,0	83,4	78,9	81,4
	Mínimo	78,0	84,0	78,0	100,0	70,0	100,0	70,0	40,0	60,0
	Máximo	425,0	420,0	320,0	139,0	140,0	150,0	100,0	100,0	100,0
	Desv. típ.	96,3	104,3	64,3	13,4	16,7	14,1	8,6	13,6	10,1
	Rango	347,0	336,0	242,0	39,0	70,0	50,0	30,0	60,0	40,0

Tabla 5.

Estadísticas descriptivas de las medidas antropométricas en el pretest, post-test y seguimiento

Grupo		Peso			Circunferencia de cintura			IMC		
		Pretest	Post-test	Seguimiento	Pretest	Post-test	Seguimiento	Pretest	Post-test	Seguimiento
Experimental	Media	76,0	74,1	74,2	105,6	103,3	102,9	34,1	33,2	33,3
	Desv. típ.	13,7	13,1	13,5	12,8	11,7	11,3	4,1	3,9	3,9
	Mínimo	56,7	55,7	55,6	91,0	92,0	92,0	28,1	27,6	27,6
	Máximo	93,5	92,0	92,0	130,0	125,0	124,0	39,5	38,8	38,8
	Rango	36,8	36,3	36,4	39,0	33,0	32,0	11,4	11,2	11,2
Control	Media	191,5	89,5	89,9	107,6	108,0	107,4	34,1	35,3	34,8
	Desv. típ.	270,2	5,1	5,8	14,0	13,7	13,9	4,4	4,1	4,3
	Mínimo	80,0	83,2	82,5	89,0	91,0	90,0	28,1	28,7	29,0
	Máximo	804,0	95,0	95,9	130,0	130,0	130,0	40,7	40,3	40,9
	Rango	724,0	11,8	13,4	41,0	39,0	40,0	12,6	11,6	11,9
Total	Media	133,7	81,8	82,1	106,6	105,6	105,1	34,1	34,3	34,0
	Desv. típ.	193,3	12,5	12,9	12,9	12,5	12,4	4,1	4,0	4,0
	Mínimo	56,7	55,7	55,6	89,0	91,0	90,0	28,1	27,6	27,6
	Máximo	804,0	95,0	95,9	130,0	130,0	130,0	40,7	40,3	40,9
	Rango	747,3	39,3	40,3	41,0	39,0	40,0	12,6	12,7	13,3

Hay que recordar que en cada sesión se tomaron mediciones de peso, glucosa, presión arterial y circunferencia de cintura. En las Tablas 6, 7, 8, 9,10, 11 y 12 se muestra un análisis de estas medidas sesión a sesión para cada participante.

Se observa que la paciente 1 en el pretest presentó las medidas más altas de circunferencia de cintura, peso y glucosa comparada con ella misma. Conforme transcurrieron las sesiones estas medidas fueron disminuyendo, por ejemplo se observa que bajó 1.5 kg y 6 cm., de circunferencia de cintura, además de que logró mantenerse en un rango aproximado a estos valores en el seguimiento (Tabla 6)

Esta misma tendencia se observa en la paciente 2 (Tabla 7), quien inició con los niveles más altos de peso y circunferencia de cintura, y que fue disminuyendo conforme transcurrieron las sesiones. Referente a los niveles de glucosa, presentó un pico de 172 mg/dl en segunda sesión, manteniendo rangos de entre 78-142 durante las demás semanas.

En la Tabla 8 correspondiente a la Participante 3 se observa que disminuyó centímetros de cintura y glucosa a lo largo de las sesiones, manteniéndose estos cambios en el seguimiento.

La Paciente 4 se mantuvo similar del inicio al término del programa en cuanto a peso y cintura. Con respecto a sus niveles de glucosa cabe resaltar que estos estuvieron por encima de los niveles recomendados en el pretest (mayor a 140 mg/dl), disminuyendo en sesiones posteriores y aumentando ligeramente en las últimas sesiones (Tabla 9). Hay que señalar que esto coincidió con una infección que la paciente presentó en vías respiratorias.

En la participante 5 se observaron cambios en cuanto al peso y la circunferencia de cintura logrando disminuir 4 kg y 5 cm del pre-test al post-test, manteniendo los valores alcanzados en el seguimiento. Los niveles de glucosa también siguieron esta tendencia al igual que la presión arterial que se mantuvo en rangos normales durante todas las sesiones (Tabla 10).

Al observar la Tabla 11 referente a la Paciente 6 destaca un en principio una disminución del peso y la circunferencia de cintura, sin embargo en el post-test y seguimiento la paciente regresa a las condiciones iniciales. Adicionalmente presenta niveles de glucosa elevados en la sesión 3 y 4, y que ella relacionó con eventos estresantes.

En la participante 7 se nota que los niveles de glucosa fueron disminuyendo a lo largo de las sesiones, al igual que el peso corporal. Además que estos cambios se mantuvieron en la sesión de seguimiento (Tabla 12)

Al analizar las medidas de laboratorio de forma individual podemos destacar que todas las participantes redujeron el porcentaje de hemoglobina glucosilada del pretest al post-test. En algunas estos cambios van desde 0.1 a 0.5% (Participante 1, 3, 7 y 5) mientras que en otras hay una disminución mayor al 2% (Participante 2, 4, y 6). Cabe mencionar que los casos con mayor disminución en el porcentaje de hemoglobina glucosilada fueron las participantes quienes presentaban niveles mas altos en el pretest (ver Figura 4)

En cuanto a los niveles de colesterol la Tabla 13 presenta las medidas de cada paciente al inicio y al término de la investigación, se observa que algunas de las participantes mantuvieron los niveles similares (4, 6 y 7), mientras que otras disminuyeron el colesterol total (paciente 2, 5). Para la Paciente 1 los niveles de colesterol continúan aún por encima de los recomendados, mientras las demás se encuentran por debajo de estos parámetros. Con respecto a los triglicéridos se observa que las Pacientes 1, 3, 4 y 5 disminuyeron los niveles del pretest al post-test, mientras que la paciente 3 aumentó hasta un valor por encima del parámetro recomendado (más de 200). Al término del programa el 57% presentan triglicéridos en parámetros normales, el 29% por encima del valor normal y el 14% en valor limítrofe.

Tabla 6.

Valores de glucosa, circunferencia de cintura, peso y presión arterial de la Participante 1 que formó parte del grupo experimental

		Sesiones								
		Pretest	1	2	3	4	5	6/Posttest	Seguimiento	Tendencia
Medidas	Circunferencia de cintura (cm)	130	128	N/A	128	129	124	125	124	
	Peso (kg)	93.5	93.5	N/A	91.8	92.1	92.6	92	92	
	Glucosa (mg/dl)	132	99	N/A	88	89	117	112	121	
	Presión arterial (mmHg)	130/80	120/80	N/A	120/80	130/90	120/80	120/70	120/80	

Tabla 7.

Valores de glucosa, circunferencia de cintura, peso y presión arterial de la Participante 2 que formó parte del grupo experimental

		Sesiones								
		Pretest	1	2	3	4	5	6 Posttest	Seguimiento	Tendencia
Medidas	Circunferencia de cintura (cm)	106	106	104	103	N/A	100	100	100	
	Peso (kg)	90	88.8	88.6	88	N/A	87.2	87	88	
	Glucosa (mg/dl)	78	172	151	156	N/A	132	142	123	
	Presión arterial (mmHg)	130/100	120/80	140/90	130/90	N/A	130/90	120/85	120/80	

Tabla 8.

Valores de glucosa, circunferencia de cintura, peso y presión arterial de la Participante 3 que formó parte del grupo experimental

		Sesiones								
		Pretest	1	2	3	4	5	6	Seguimiento	Tendencia
								Posttest		
Medidas	Circunferencia de cintura (cm)	96	96	92	92	91	91	93	93	
	Peso (kg)	56.7	55.6	56.3	55.7	55.2	55.8	55.7	55.6	
	Glucosa (mg/dl)	100	121	94	119	119	106	90	78	
	Presión arterial (mmHg)	100/70	110/70	110/70	80/50	80/50	80/50	70/40	100/60	

Tabla 9.

Valores de glucosa, circunferencia de cintura, peso y presión arterial de la Participante 4 que formó parte del grupo experimental

		Sesiones								
		Pretest	1	2	3	4	5	6	Seguimiento	Tendencia
								Posttest		
Medidas	Circunferencia de cintura (cm)	98	98	98	97	N/A	98	98	98	
	Peso (kg)	64.6	64.4	64.3	63	N/A	63.5	64	63.5	
	Glucosa (mg/dl)	198	111	116	120	N/A	264	192	171	
	Presión arterial (mmHg)	120/80	130/80	140/80	140/80	N/A	120/80	110/80	110/80	

Tabla 10.

Valores de glucosa, circunferencia de cintura, peso y presión arterial de la Participante 5 que formó parte del grupo experimental

		Sesiones								
		Pretest	1	2	3	4	5	6 Postest	Seguimiento	Tendencia
Medidas	Circunferencia de cintura (cm)	107	105	103	105	105	99	103	102	
	Peso (kg)	83	81.8	82.3	79.9	77.5	79.4	79.1	79	
	Glucosa (mg/dl)	100	122	93	100	91	86	87	94	
	Presión arterial (mmHg)	100/70	100/70	130/70	110/70	120/70	120/70	110/70	110/70	

Tabla 11.

Valores de glucosa, circunferencia de cintura, peso y presión arterial de la Participante 6 que formó parte del grupo experimental

		Sesiones								
		Pretest	1	2	3	4	5	6 Postest	Seguimiento	Tendencia
Medidas	Circunferencia de cintura (cm)	111	111	107	105	105	109	112	111	
	Peso (kg)	76.9	78.7	77.5	77.5	77.5	75.8	76	77	
	Glucosa (mg/dl)	169	126	117	267	268	208	179	185	
	Presión arterial (mmHg)	110/80	110/80	110/80	120/70	120/70	110/70	120/80	120/80	

Tabla 12

Valores de glucosa, circunferencia de cintura, peso y presión arterial de la Participante 7 que formó parte del grupo experimental

		Sesiones								
		Pretest	1	2	3	4	5	6	Seguimiento	Tendencia
								Postest		
Medidas	Circunferencia de cintura (cm)	91	90.5	101	101	N/A	92	92	92	
	Peso (kg)	67.3	67.3	65.3	65.4	N/A	64.7	65.2	64.5	
	Glucosa (mg/dl)	150	166	99	110	N/A	87	84	92	
	Presión arterial (mmHg)	100/80	100/60	139/90	120/70	N/A	120/80	130/80	100/80	

Nota: En la tabla se presentan los datos de diferente medidas, la unidad de medición se encuentra descrita entre paréntesis en la primera columna. Hay que recordar que la sesión 6 fue de intervención y de toma de medidas del post test, la columna de tendencia es un mini gráfico para observar la tendencia de cada variable; cada punto en negro representa una sesión, los puntos en rojo son los niveles más altos de todas las sesiones mientras que los verdes son los niveles más bajos.

Figura 4.

Porcentaje de hemoglobina glucosilada en el pretest y post-test por participante

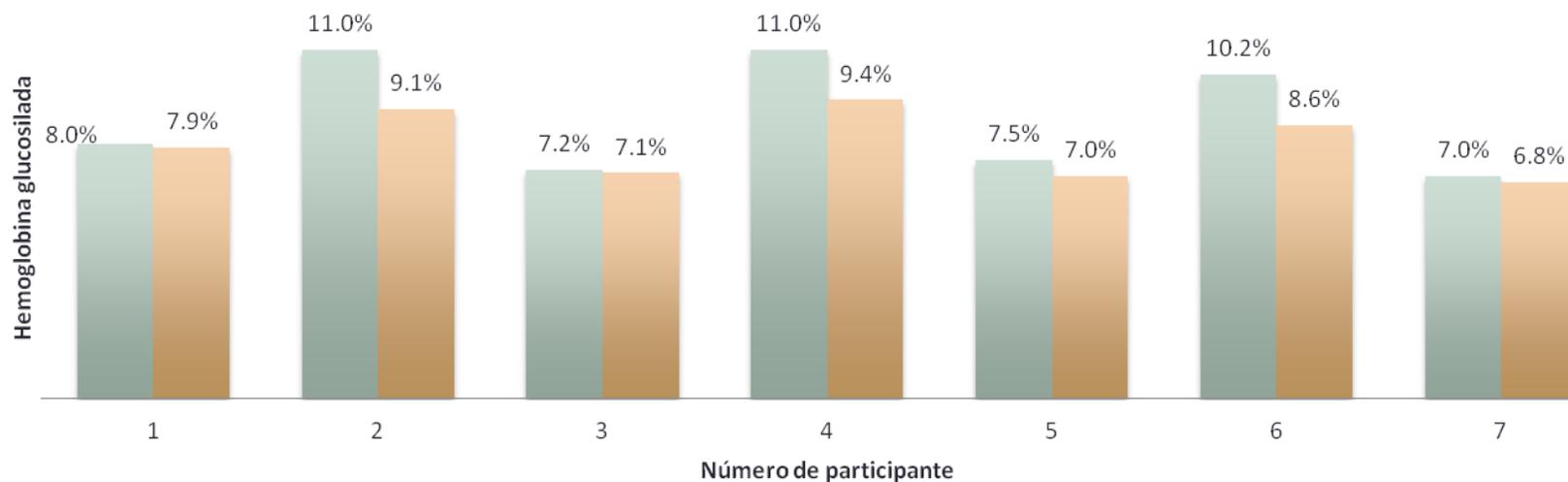


Tabla 13

Niveles de colesterol y triglicéridos en pretest y post-test por cada participante

Participante	Colesterol (mg/dl)		Triglicéridos (mg/dl)	
	Pretest	Post-test	Pretest	Post-test
1	287	289	359	297
2	234	191.4	137.4	120.5
3	144	178	194	226
4	182	194	142	129
5	224	189	235	176
6	209	200	145	149
7	180	178	135	130

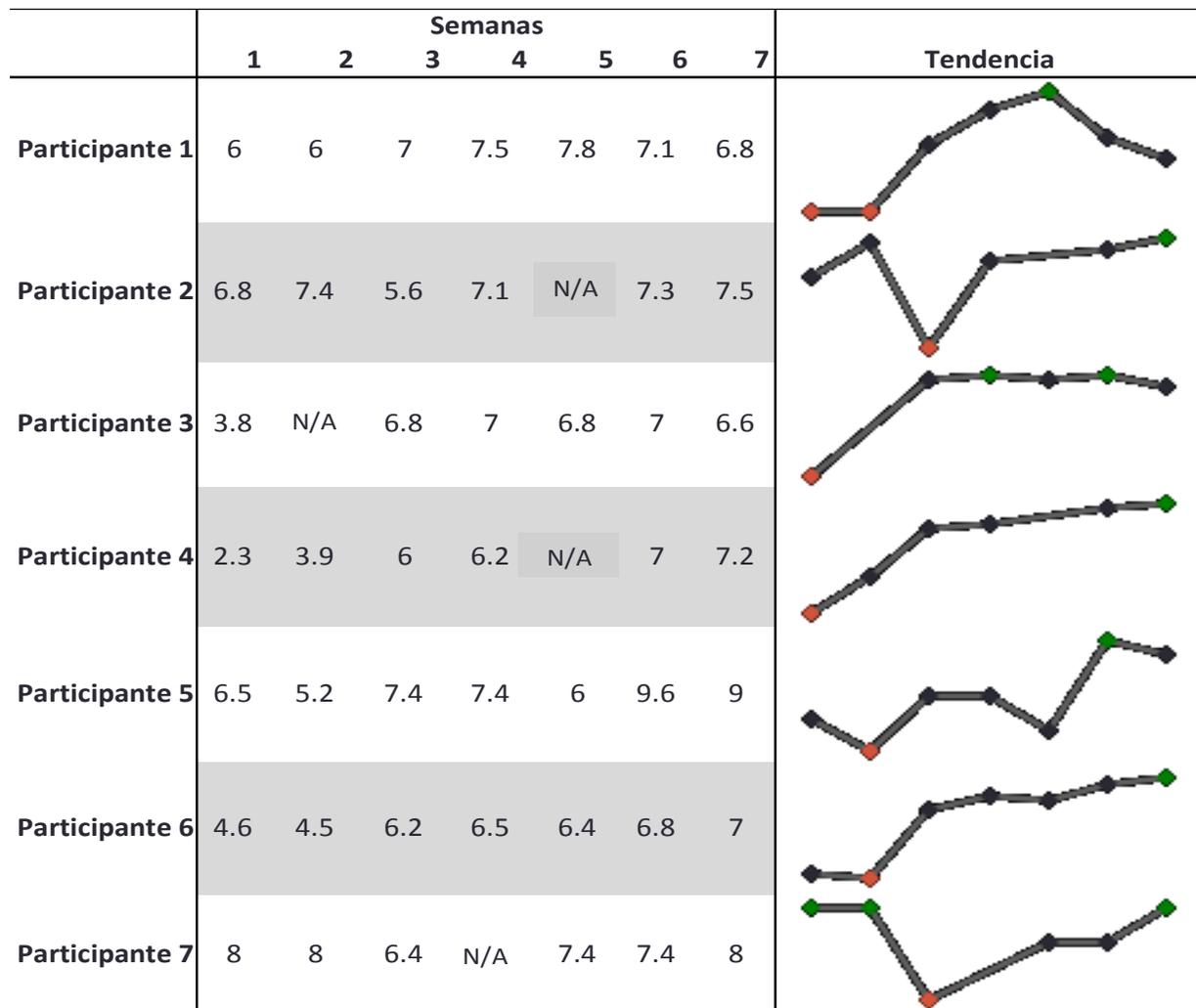
En la Figura 5 se presentan los promedios de la escala de adherencia autoreportada por cada una de las pacientes. La escala se puntuó del 0 al 10, en rangos de 2 donde las puntuaciones de 0-2 significaron “adherencia muy baja”, de 2-4 “adherencia baja”, de 4-6 “adherencia regular”, de 6-8 “Buena adherencia” y de 8-10 “excelente adherencia”. Cada semana las pacientes llenaron un registro de 5 días donde se autocalificaban de acuerdo a estos criterios, para realizar esta tabla se consideró el promedio de esas puntuaciones.

La Figura 5 muestra que las participantes 3, 4 y 6 presentaron puntajes bajos de adherencia autoreportada en las primeras semanas y conforme transcurrieron las sesiones estas puntuaciones incrementaron; algunas de estas pacientes iniciaron con niveles de 2 o 3 puntos considerado como “poca adherencia” que aumentó hasta 7 considerado como “buena adherencia”. Otras participantes iniciaron con niveles de “adherencia regular” o “buena adherencia” al puntuar por encima de 6 desde el pretest, y se mantuvieron en puntajes similares a lo largo del programa (Pacientes 7 y 2). Por otro lado, en la Participante 5 las puntuaciones incrementaron de 6 considerado como “adherencia regular” a 9 “excelente adherencia”. Algunas participantes que presentaron disminución en las puntuaciones de una semana a otra comentaron que esto se debió a días festivos, vacaciones o cambios en las actividades cotidianas que modificaron sus hábitos alimenticios. Cabe señalar que las medidas autoreportadas de las Pacientes 2, 4 y 6 coinciden con los valores obtenidos en los laboratorios de hemoglobina glucosilada, es decir percibieron una mejora en la calidad de alimentación y en los estudios se reflejó una disminución del porcentaje de glucosa en sangre.

Adicionalmente, cada semana las pacientes registraron durante 5 días el tipo de alimento consumido y la cantidad de los mismos de acuerdo al método de la mano, el registro se hizo por grupo alimenticio. Con respecto a los alimentos incluidos en cada grupo, “Cereales” hace referencia a granos y cereales, así como tubérculos y vegetales con almidón; en el grupo de “Frutas” se consideraron a todas las frutas; “Origen animal” incluyó las proteínas derivadas de la carne o sustitutos; “Grasas” incluyó las grasas moninsaturadas, poliinsaturadas y saturadas; “Azúcar” se consideró como azúcares simples y complejas, así como jugos o concentrados; “Verduras” incluyó todas las verduras que no tuvieran almidón. La Figura 6, 7, 8, 9, 10 y 11 presentan el porcentaje de los alimentos consumidos por cada paciente en el pretest y post-test. Para realizar el cálculo se estimó el promedio de la cantidad de alimentos registrados en la primera semana (pretest) y última (post-test).

Se observa que las pacientes presentaron cambios en la cantidad de los alimentos consumidos. De forma general el 100% aumentó el consumo de verduras y el 71.5% disminuyó el consumo de los grupos de grasas, azúcares o cereales. Respecto al grupo de origen animal la mayoría mantuvo el mismo consumo antes y después del pretest. Además hubo un cambio en el tipo de alimentos consumidos, por ejemplo incrementó el consumo de cereales integrales y se modificó el consumo de grasas saturadas por alimentos con grasas monoinsaturadas y poliinsaturadas. También existieron cambios en las bebidas consumidas, por ejemplo la paciente 6, disminuyó la ingesta de refresco de una lata de 355 ml. al día a una lata a la semana.

Figura 5. Promedio por semana de escala de adherencia autoreportada



Nota . La escala de adherencia auto reportada puntuaba del 0 al 10 el nivel de adherencia que las pacientes considerado tener en el día, se calculó el promedio por semana para poder hacer el análisis.

Figura 6. Promedio de los principales macronutrientes consumidos por la participante 1 de acuerdo al registro semanal

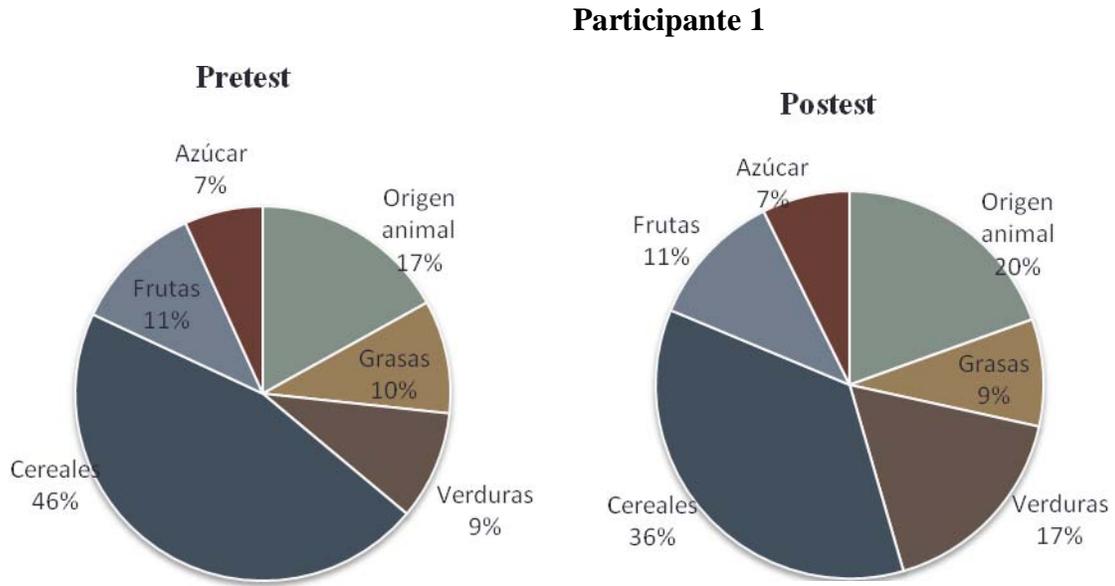


Figura 7. Promedio de los principales macronutrientes consumidos por la participante 2 de acuerdo al registro semanal

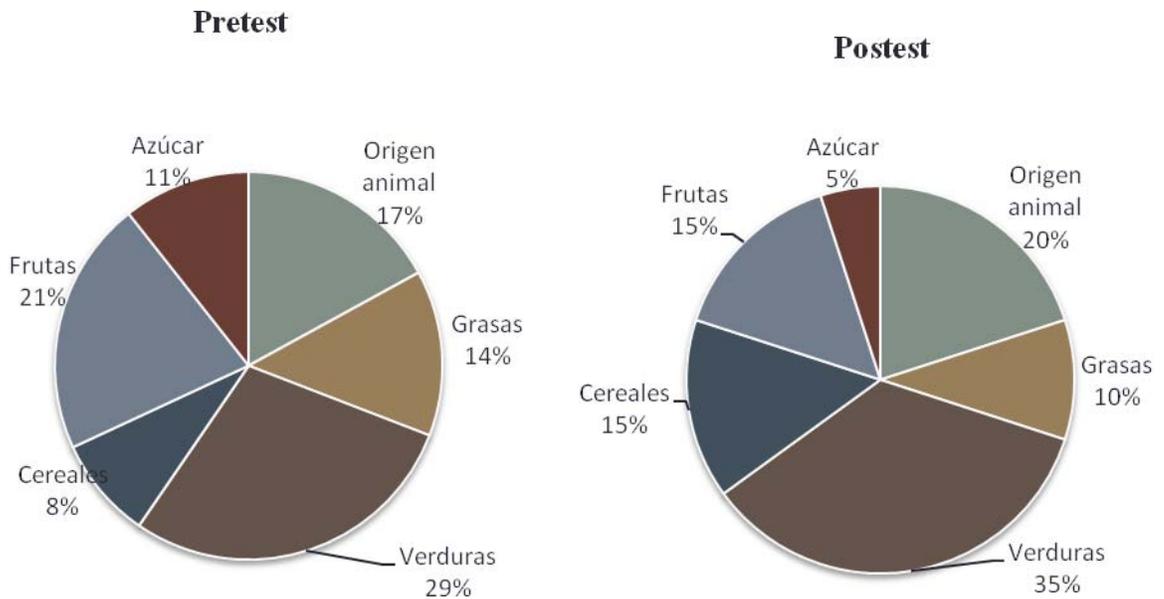


Figura 8. Promedio de los principales macronutrientes consumidos por la participante 3 de acuerdo al registro semanal

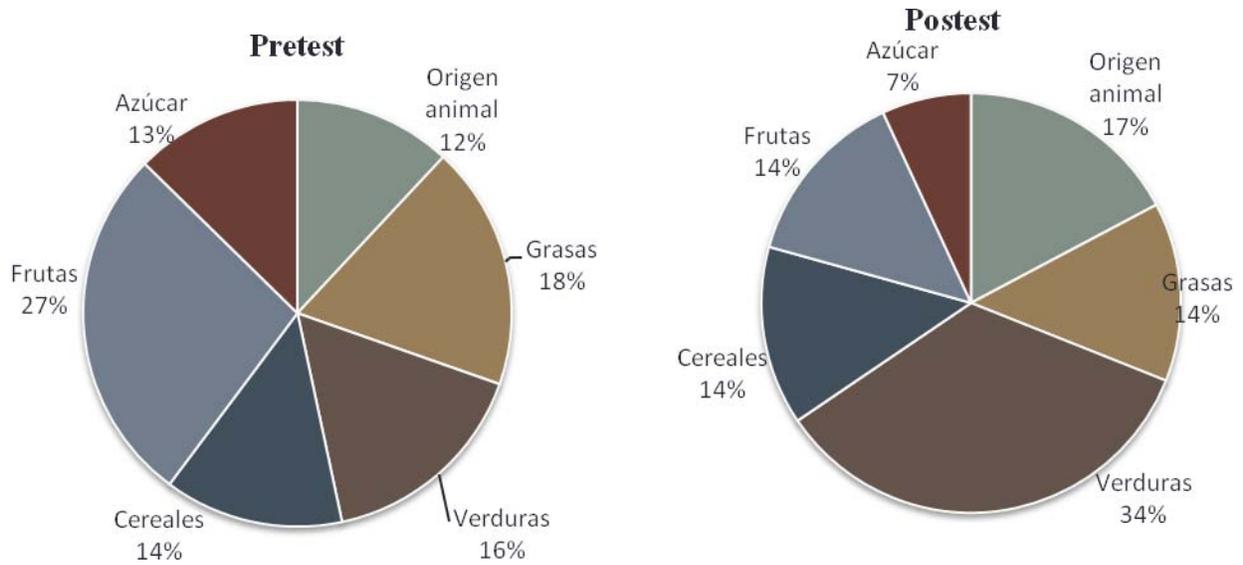


Figura 9. Promedio de los principales macronutrientes consumidos por la participante 4 de acuerdo al registro semanal

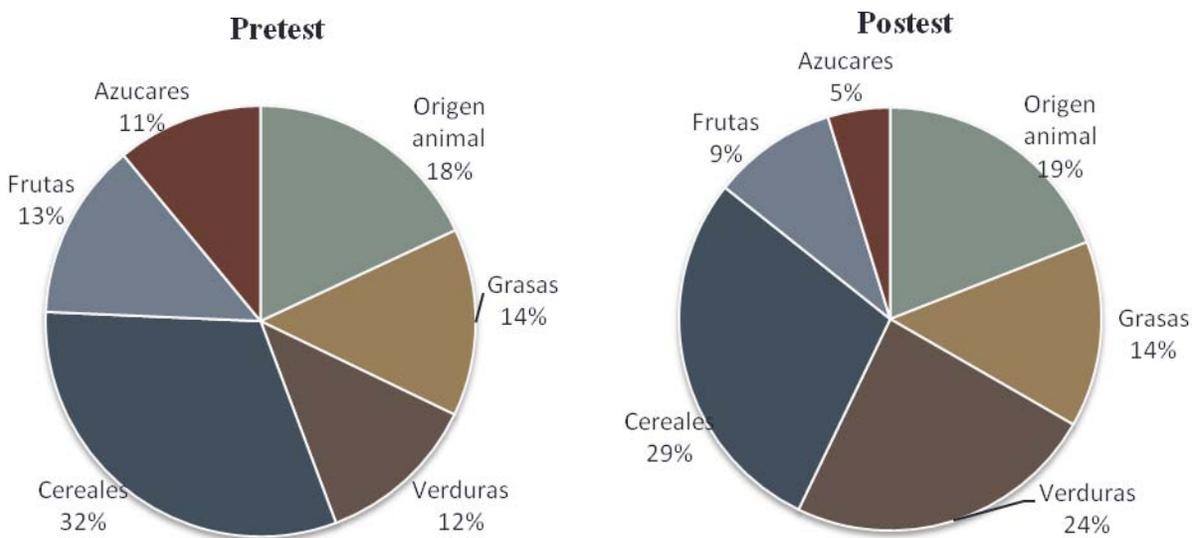


Figura 10. Promedio de los principales macronutrientes consumidos por la participante 5 de acuerdo al registro semanal

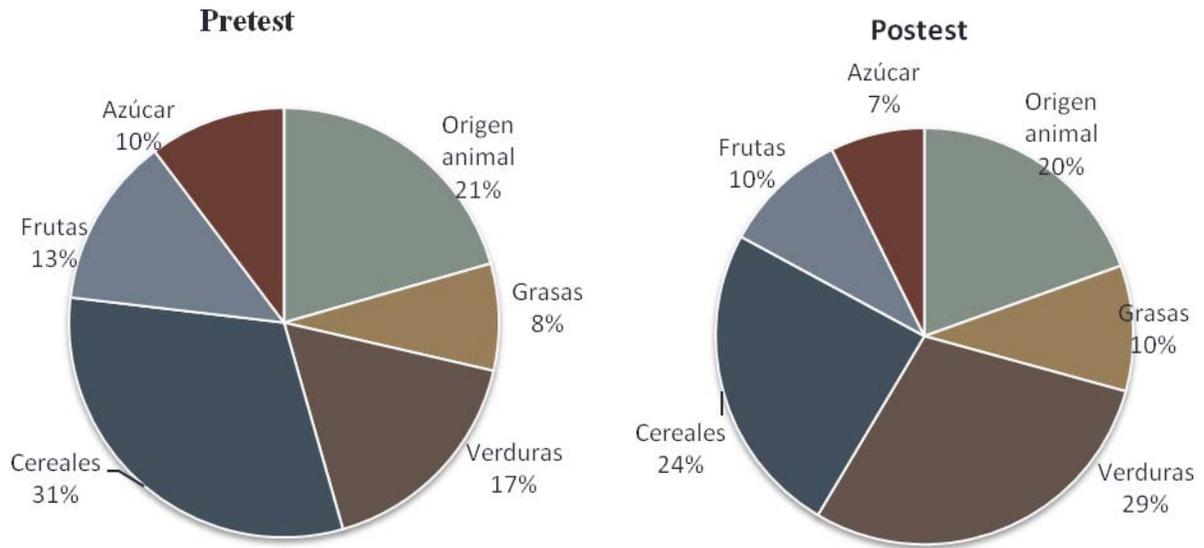


Figura 11. Promedio de los principales macronutrientes consumidos por la participante 6 de acuerdo al registro semanal

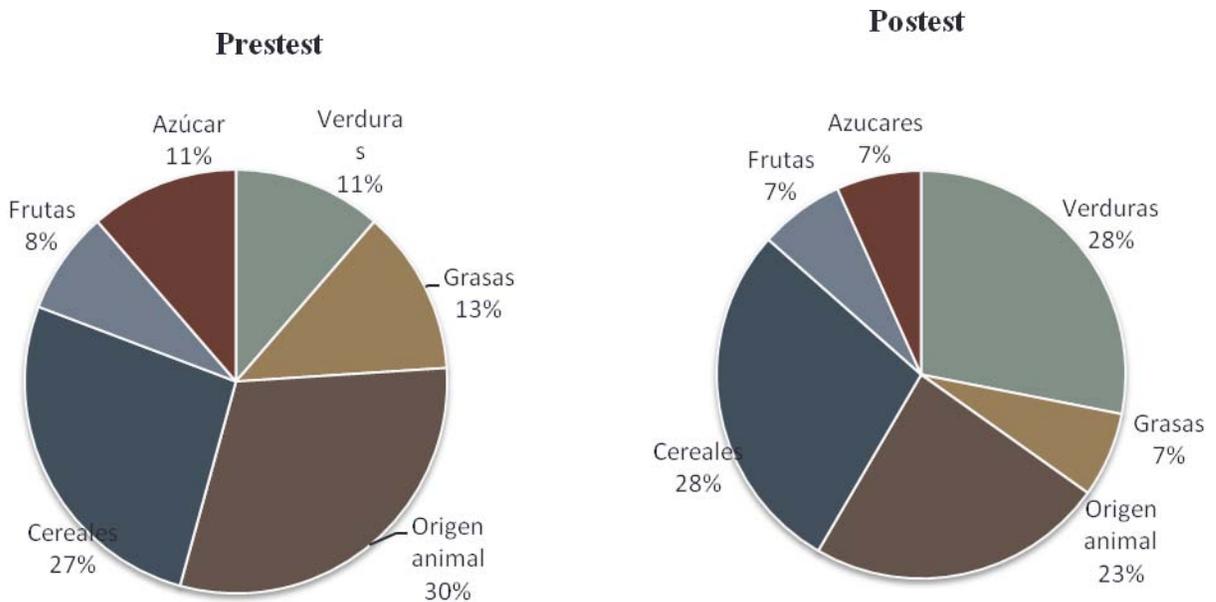
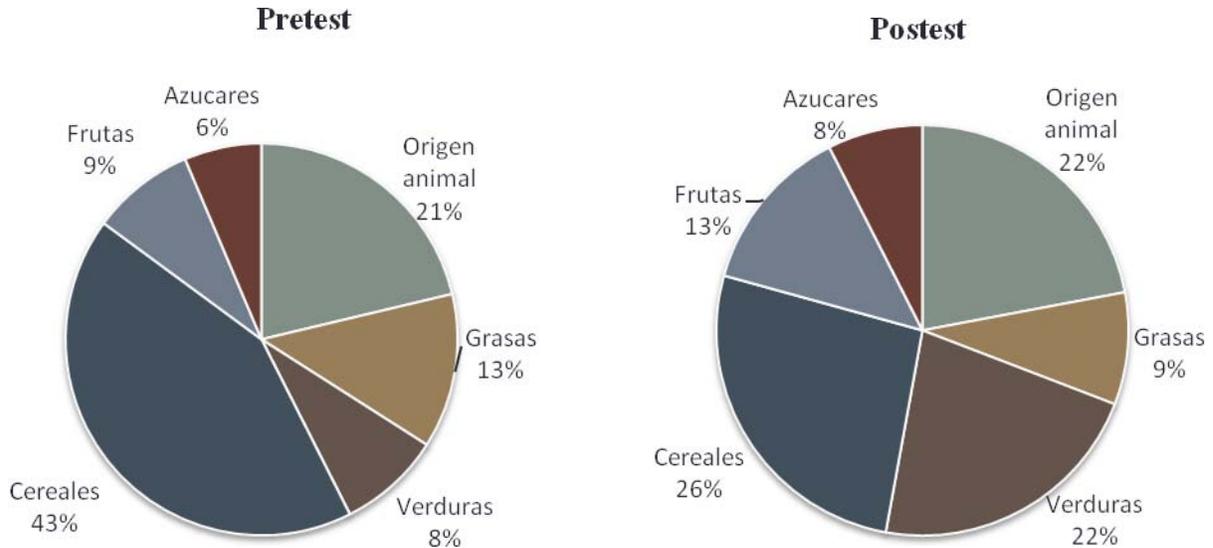


Figura 12. Promedio de los principales macronutrientes consumidos por la participante 7 de acuerdo al registro semanal



Al aplicar una prueba no paramétrica para el análisis de los porcentajes en los registros de alimentación (Wilcoxon para muestras relacionadas), se corroboraron las diferencias observadas tanto en los registros como en el reporte de los pacientes, ya que existieron diferencias significativas en el consumo de verduras ($Z= 0.018$; $p< 0.05$) y azúcares ($Z= 0.044$; $p< 0.05$). Esto implica que las paciente aumentaron la ingesta de verduras del inicio del taller al término y disminuyeron el consumo de azúcares que incluía refrescos, miel, azúcar refinada, jugos concentrados entre otros. Para las demás categorías no existieron diferencias estadísticamente significativas

4. Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo evaluar los efectos de un programa de intervención elaborado a partir de técnicas cognitivo-conductuales para favorecer conductas adherentes a la alimentación en un grupo de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2. Para este fin se desarrolló un programa multicomponente centrado en la aplicación de tres técnicas: psicoeducación, solución de problemas y autocontrol. El tratamiento se aplicó a un grupo de siete pacientes del sexo femenino que fueron designadas como el grupo experimental, mientras que los resultados se compararon contra un grupo control integrado al igual por siete participantes. Esto se hizo con la finalidad de comparar las medidas de ambos grupos en cuanto a: glucosa, presión arterial, circunferencia de cintura, peso, IMC, HbA1c, colesterol (total, HDL, LDL) y triglicéridos. Adicionalmente en el grupo experimental se midieron parámetros conductuales en cuanto a la alimentación, registrándose la frecuencia, magnitud y topografía del consumo de alimentos.

Los resultados se analizaron de forma intra y inter grupales para comprar las diferencias del grupo en tres momentos (pretest, post-test y seguimiento) y para determinar diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y experimental en las medidas mencionadas.

De forma intragrupal se encontraron diferencias significativas en peso y niveles de hemoglobina glucosilada (HbA1c), existiendo una disminución en las medidas del inicio y término del taller para el grupo experimental. Es posible que estas diferencias se deban a la variable independiente (programa de técnicas multicomponentes) que favoreció la modificación en la alimentación y por consiguiente en el control metabólico. Sin embargo, aunque existieron diferencias en las medidas de las participantes en el pretest y post-test, no se observaron diferencias significativas para HbA1c entre el grupo control y experimental, lo cual puede deberse a: 1) tiempo destinado a la intervención y que quizá es muy breve para observar cambios entre ambos grupos y 2) a la medición de la hemoglobina glucosilada, ya que este estudio nos da un promedio del nivel de control en los últimos 3 meses, es decir en el post-test nos dio un aproximado del control de Abril-Junio momento de aplicación del taller, pero no para los meses posteriores a su conclusión. Sería interesante repetir este estudio de laboratorio 3 meses después

para determinar si hay cambios una vez concluido el programa y así comparar su efectos en los meses posteriores.

Se consideró que el tiempo de medición fue una de las razones por las que no existieron diferencias en cuanto a HbA1c entre los grupos, ya que se observó que si hubo diferencias significativas en los niveles de glucosa (nivel postprandial), colesterol HDL y presión arterial sistólica para el grupo experimental en la fase de seguimiento. Esto haría referencia a que el grupo sometido a la intervención está presentando cambios en cuanto al control metabólico que apenas se están viendo reflejados en las medidas realizadas.

Por otro lado, las diferencias intergrupales si fueron significativa para las medidas de peso en el post-test y seguimiento. Esto quiere decir el programa favoreció la reducción de masa corporal en el grupo experimental y por consiguiente pudo mejorar el control de glucosa en sangre. Lo anterior se fundamenta en que existe una relación entre obesidad y resistencia a la insulina, donde el exceso en tejido adiposo produce una menor captación de glucosa por las células y menor producción pancreática de insulina (Gómez et al. 2010; Chan et al., 1994; Mantzoros, 2005), por lo que a menor tejido adiposo incrementa la sensibilidad de las células a la acción insulínica.

A partir del supuesto anterior, es importante mencionar que todos los participantes tanto del grupo control como experimental presentaban un IMC mayor a 34 kg/m² lo cual se categoriza como obesidad grado I y que pudiera conllevar al difícil control metabólico de estas pacientes.

Hay que recapitular que para pacientes con obesidad, una de las premisas en el tratamiento en diabetes se centra en disminuir a índice de masa corporal para alcanzar niveles normales (IDF, 2014; OMS, 2012). En esta investigación el grupo experimental alcanzo niveles de 33.3 kg/m² cuya diferencia entre pretest y post-test fue significativa, lo cual indica un acercamiento a la meta de control. Si se considera que el IMC se calcula a partir de la relación entre peso y altura, la variación en la masa corporal de las pacientes fue lo que permitió esta disminución. De acuerdo a los resultados, el peso promedio del grupo experimental disminuyó de 76 kg a 74 kg, representando el 2.6%, del peso inicial. La evidencia de estudios como *Diabetes Prevention Study (DPS)* y *the Diabetes Prevention Program (DPP)* señalan que una reducción del 5% al 10% en 1 año permite favorecer el control glucémico y prevenir complicaciones micro y

vasculares (Mantzoros, 2005; Lau & Teoh, 2013). Al considerar que el presente estudio tuvo una duración de aproximadamente 4 meses y que las pacientes en promedio redujeron el 2.6% de su peso queda observar qué pasaría en un tiempo mayor y si esta tendencia se mantendrá por periodos más largos, por ejemplo en 6 meses o un año.

Lau y Teoh (2013) señalan la evidencia que una reducción mínima de peso favorece el control metabólico, siempre y cuando este cambio se mantenga a lo largo del tiempo y no se recupere el mismo. Además *The American Association of Clinical Endocrinologists* y *The American Diabetes Association* (2013) sugieren que es preferible una reducción de peso que se mantenga a largo plazo que una reducción drástica que dure poco tiempo. Con base en los resultados discutidos, esto implicaría que los cambios conductuales deben mantenerse a largo plazo, para constatar que el programa fue efectivo. Por ahora, se puede mencionar que la mayoría de las pacientes del grupo experimental han mantenido los cambios en medidas fisiológicas, antropométricas y conductuales en la fase de seguimiento.

Como es sabido hasta ahora uno de los principales retos de la medicina conductual en cuanto a la adherencia al tratamiento y del mismo enfoque es alcanzar el mantenimiento de conductas, para alcanzarlo Allegrante, Peterson, Boutin, Ogedegbe y Charlson (2008) sugieren implementar sesiones cada 3 meses a modo de control de estímulos y que quizás podría funcionar en el grupo experimental de la presente investigación

Es de suponerse que dado el tiempo con el que se contó es difícil que las pacientes alcancen parámetros normales en las medidas fisiológicas. Tal es el caso del colesterol y triglicéridos que continuaron por encima del rango normal en muchos de los pacientes. Aún así los resultados fueron favorables en cuanto a la reducción de HbA1c, llegando en promedio hasta casi 1%. De modo que si las pacientes disminuyen un 1% de HbA1c logran reducir los riesgos de complicaciones micro y macro vasculares hasta en un 35% (*UKPDS Group*, 1998).

Hay que tener en cuenta que desde un análisis particular no todas las pacientes alcanzaron estas metas de reducción en HbA1c, ya que algunas estaban mejor controladas que otras, sin embargo aquellas que presentaban los niveles más elevados de HbA1c alcanzaron reducir incluso hasta 2 unidades, implicando por consiguiente un beneficio para su salud.

En esta misma línea y con respecto a los cambios individuales existieron pacientes que fueron más adherentes al programa de intervención y que fue evaluado en la entrega de los

registros, el formato de llenado, la asistencia al taller, la participación, la modificación en el tipo de alimentos y las cantidades. Los registros fueron una forma de evaluar el progreso entre sesión y que sirvieron como método de evaluación y como medida de autocontrol para las pacientes. A pesar que no se presenta la información detallada, de cada sesión se observaron modificaciones semana a semana sobre todo en el aumento en consumo de verduras y la disminución en carbohidratos. Es importante señalar que estos registros coincidieron con los niveles de glucosa y de hemoglobina glucosilada para cuatro pacientes, por lo que hay correspondencia entre la conducta autoreportada y el parámetro físico.

Cabe mencionar que este programa estuvo enfocado en favorecer la adherencia a la dieta del paciente con diabetes tipo 2, ya que se consideró como una conducta compleja que a los pacientes se les dificulta modificar (Allegrante et al., 2008). Hacer un programa específico tiene ventajas y desventajas, entre las primeras es que está enfocado en la aplicación de técnicas para una conducta particular, mientras que en las desventajas se observa que se deja de lado otras premisas para favorecer la adherencia. Por ejemplo, al partir del supuesto de que tratamiento farmacológico de diabetes mas la modificación en estilos de vida centrado en la alimentación e incremento de actividad física son la opción mas efectiva para el control de la glucosa en sangre, se podría añadir a la intervención el incremento en actividad física como una meta para el tratamiento. Como alternativa se sugiere diseñar programas con un mayor número de sesiones para garantizar la atención a ambas necesidades (alimentación y actividad física).

A su vez, es importante resaltar que dado el tipo de investigación existieron variables extrañas que no pudieron controlarse y que sería pertinente contemplar en futuras investigaciones. Entre estas hay que tener presente el tipo de tratamiento médico ya que algunas de las pacientes recibían insulina, lo cual podría influir en la reducción de HbA1c, pero cuyo efecto no puede determinarse al no medirse dicha variable. Además no se determinó si se hicieron cambios reciente en el tratamiento, por lo que se desconoce ajustes específicos.

En un inicio para controlar estas variable se buscó que las pacientes se estuvieran tratando únicamente con metformina, sin embargo por las mismas características de la enfermedad se ha demostrado que el reajuste en tratamiento farmacológico es necesario y es un proceso constante (UKPDS Group, 1998). En suma, las guías recientes para el tratamiento de diabetes publicadas por *American Association of Clinical Endocrinologists/ American College of Endocrinology*

(2015) señalan la necesidad del inicio temprano con insulina, por lo que cada vez se receta esta hormona ante etapas más tempranas de la enfermedad. Esto hace que encontrar pacientes con un solo tratamiento sea complicado, además es necesario tener presentes las condiciones de un hospital de tercer nivel, pues las pacientes tienen mayor complicación para el control glucémico, ya que sino serían tratadas en un primer nivel de atención a la salud.

Queda mencionar que el grupo experimental se conformó por 7 participantes del sexo femenino, por lo que es una muestra pequeña y poco variada. Contar con más participantes hubiera permitido obtener mayor información y hacer análisis que incluyeran, por ejemplo comorbilidades, tiempo de diagnóstico, sexo, escolaridad, tipo de tratamiento, entre otros; y que permitiría enriquecer más los datos.

Se observó que las pacientes que abandonaron el tratamiento lo hicieron por cuestiones de accesibilidad al lugar donde se llevaron a cabo las sesiones o bien por complicaciones agudas de la enfermedad. Mientras que en el caso de los hombres, en el pretest acudieron 2 participantes que no se presentaron a la fase de intervención. Esto podría estar relacionado con el rol de género, ya que al abordarse temas sobre alimentación se pudo confundir el tipo de actividades, tal como comentó una participante “estamos puras mujeres las que somos dueñas de la casa y cocinamos”.

Con respecto a los imprevistos, existieron varios contratiempos en la realización de la investigación, uno de ellos fue al momento de hacer el reclutamiento, ya que algunos pacientes no pudieron volverse a contactar a pesar de estar en la lista para iniciar el taller. Asimismo, la asignación del aula y las constantes interrupciones hicieron que algunos de los pacientes no encontraran el salón, o se desconcentraran de las actividades. También es importante comentar que la toma de medidas la realizaba el investigador y uno o dos colaboradores, por lo que pudieron existir diferencias en cuanto a la toma de las mediciones de acuerdo al observador, además que en un caso del seguimiento fue el paciente quien hizo sus propias mediciones, cuestión que pudo alterar los datos. El hecho que algunas pacientes llegaran retrasadas implica que no estuvieran presentes al inicio de las sesiones, y por último, que 2 de las pacientes no acudieran a la sesión de seguimiento implicó citar a 2 de ellas en consulta externa, lo cual fue una condición diferente que intentó igualarse al tomarse las medidas la misma semana en que se midió a las demás participantes.

Finalmente puede concluirse que la presente investigación pretendió contestar varias preguntas de investigación, entre ellas si a través de un programa multicomponente era posible favorecer las conductas relacionadas con el seguimiento de un régimen alimenticio, si existirían diferencias en las medidas fisiológicas, antropométricas y en parámetros conductuales antes y después recibir la intervención, y si existirían diferencias entre el grupo control y experimental. A modo de conclusión los datos obtenidos pueden considerarse como un primer acercamiento para resolver estas interrogantes, por ahora la evidencia indica que si existieron diferencias entre las participantes que recibieron el tratamiento y aquellas que no; además de que también existieron diferencias entre la comparación del grupo al inicio y al final sobre todo en HbA1c, peso e IMC. Estos datos hacen referencia a que efectivamente el programa permitió favorecer la adherencia a la alimentación, pero que los efectos del mismo requieren medirse en un periodo mayor para comprobar el mantenimiento de los cambios observados.

Capítulo 2

Reporte de experiencia profesional

2.1 Marco teórico

2.1.1 Psicología de la salud y medicina conductual

Es necesario hacer una breve introducción sobre el por qué de la psicología en el campo de la salud. Primero se definirá qué es la psicología de la salud para después ahondar en un área específica de la que ya se ha comentado en este trabajo y que es la medicina conductual,

De acuerdo con Stone (1988), la psicología de la salud es la aplicación del conocimiento o técnicas psicológicas a las problemáticas derivadas del proceso de salud-enfermedad y que engloba desde el individuo hasta el sistema social. También se considera que esta especialidad de la psicología es el “aporte profesional de diferentes áreas de la ciencia psicológica a la promoción, fortalecimiento y mantenimiento de la salud integral, así como para el diagnóstico, prevención y tratamiento de la enfermedad (Oblitas y Becoña, 2000, p. 11).

Esta definición hace referencia a las funciones del psicólogo dentro del campo de salud y que se basa desde la prevención hasta el mantenimiento. Además, es importante agregar que la psicología de la salud incorpora los conocimientos derivados del campo de psicología de forma general, ya que su campo de interés es amplio y está relacionado con la prevención, factores psicoafectivos, comportamentales, el tratamiento, aspectos etiológicos, políticas de salud, promoción, mantenimiento de la salud entre otros (Florez, 1991). Estas conceptualizaciones describen la psicología de la salud como un área que puede abarcar cualquier aplicación de la psicología al campo de atención sanitaria y la relación psicológica del individuo en el proceso de salud-enfermedad.

Por otro lado, un campo específico dentro de la psicología de la salud es la Medicina Conductual, la cual de acuerdo con Florez (1991) se distingue de la psicología de la salud al ser un campo interdisciplinario especializado que utiliza la metodología conductual (análisis experimental de la conducta) para intervenir en las variables que interfieren en el proceso de salud- enfermedad. Es decir, la Medicina

Conductual utiliza específicamente la tecnología del modelo conductual para el desarrollo de intervenciones contrario a la utilización de todo un bagaje psicológico que caracteriza la psicología de la salud.

2.1.2 Medicina conductual

Uno de los objetivos de la medicina conductual es promover cambios en conductas que favorezcan la salud del paciente y así prevenir complicaciones del proceso de enfermedad a través del uso de técnicas cognitivo-conductuales (Borda et al., 2000). Schwartz y Weiss (1978) definieron la medicina comportamental en la conferencia llevada a cabo en Yale en 1977, en ésta mencionan que es un “campo interdisciplinar que integra la psicología conductual y la medicina, así como conocimiento y técnicas relevantes para la comprensión de la salud y enfermedad, además de la aplicación de este conocimiento y técnicas para la prevención, evaluación y rehabilitación” (p.53). Esta definición fue una de las primeras formalizaciones que se dio a la disciplina y a partir de la cual se inició el trabajo en el área.

Retomando a Reynoso (2014), quien escribe sobre los antecedentes de la medicina conductual, es interesante destacar el cambio de modelo médico tradicional a una concepción de la salud como un proceso biopsicosocial donde existen múltiples variables que interactúan para explicar el proceso de enfermedad y que van desde el ámbito social al individual. Además que desde esta perspectiva se permitió incluir diferentes disciplinas para la atención de la salud por lo que se justifica el surgimiento de esta especialidad, Reynoso propone que la medicina conductual puede entenderse como un campo interdisciplinario donde se integra “el conocimiento de las ciencias biomédicas y conductuales para entender el proceso salud-enfermedad” (p. 15) y que los cambios en las conductas pueden modificar la sintomatología en las personas con alguna enfermedad. Por tanto, intervenir en el cambio de conductas es una de las piedras angulares como especialistas en medicina conductual.

Complementando la definición anterior, Arroyo et al., (2014) mencionan que esta área se interesa en modificar comportamientos de las personas enfermas en

contexto hospitalario; tomando en cuenta sus creencias, sentimientos y pensamientos; además de las variables relacionadas con la enfermedad, su curación, el personal de salud, la familia, etc. Partiendo de los supuestos anteriores, el papel del especialista en esta área es modificar conductas y/o cogniciones que interfieren en el proceso de enfermedad, considerando las variables del propio individuo y del medio en el que se desarrolla.

Por otro lado, analizando los campos de intervención de esta disciplina, Borda et al., (2000) proponen los siguientes:

- La promoción y mantenimiento de la salud, entendido como el desarrollo de hábitos saludables en las personas, la modificación de comportamientos patógenos o peligrosos para la salud, la promoción para modificar los factores externos que incluyen de forma negativa en la salud entre otros
- La prevención y tratamiento de la enfermedad que puede considerarse como programas específicos para tratar padecimientos o a situaciones relacionadas con el contexto hospitalario
- La mejora de los sistemas de asistencia o políticas para la salud
- Identificación de factores etiológicos que afectan el proceso salud-enfermedad, entendido como determinar las conductas asociadas con un riesgo de salud.

De forma específica, cabe mencionar que la medicina conductual puede proporcionar asistencia para mejorar las relaciones profesional-paciente, preparación del paciente para los tratamientos médicos, favorecer la adherencia al tratamiento y las prescripciones médicas, generar cambios en el estilo de vida y disminuir factores de riesgo como son tabaquismo, alcoholismo, alimentación inadecuada, sedentarismo, falta de higiene, etc. (Borda et al., 2000).

Shapiro (1988) explica algunos de los padecimientos donde se observa la relación que hay entre la conducta y el proceso de enfermedad como son la hipertensión o padecimientos cardiovasculares, el autor describe algunas

intervenciones diseñadas para abordar el estrés y modificar patrones de conducta tipo A, con el fin de modificar los factores de riesgo y así reducir o alterar el curso de la enfermedad. En la actualidad el campo de acción de la medicina conductual se ha ampliado, incluyéndose en padecimientos oncológicos, diabetes, geriátricos, renales, asma, VIH, hematología entre otros, además de que se han incluido la intervención no sólo en hospitalización sino también en contextos de salud como son con pacientes dentales (Reynoso, 2014).

2.1.3 Medicina Interna y medicina conductual

De manera coloquial la medicina interna es una especialidad médica encargada del estudio de los “órganos internos”, de forma detallada y de acuerdo con Reyes (2005) medicina interna es una

Especialidad clínica dedicada a la atención integral del adulto, desde la adolescencia hasta la senectud, con énfasis en el diagnóstico y tratamiento no quirúrgico de sus patologías y en la prevención primaria y secundaria de éstas, tanto en ambiente hospitalario como ambulatorio (p. 1085).

No es objeto del presente trabajo detallar y entrar en discusión de las diferentes definiciones que se han dado a esta especialidad, pero es crucial subrayar de la definición anterior que el internista tiene como funciones realizar diagnósticos y ofrecer tratamientos para estabilizar al paciente y a partir de esto hacer una derivación a otra especialidad. Además de las funciones anteriores, Letelier, Valdivieso, Gazitua, Echavarri y Armas (2011) comentan que el internista atiende a personas con uno o varios padecimientos ya sean crónicos y/o agudos y que su papel va desde intervenciones ambulatorias hasta en unidades intensivas.

Si bien, se describió qué es medicina interna, queda analizar las funciones que puede tener un especialista en medicina conductual en esta área y que al ser un punto de referencia (diagnóstico) o de tratamiento de enfermedades crónicas, la

intervención conductual va desde el nivel preventivo hasta la rehabilitación. Borda et al., (2000) comentan que el trabajo puede desarrollarse con pacientes con diabetes e hipertensos al modificar estilos de vida y prevenir complicaciones agudas o crónicas, o bien ante la espera del diagnóstico y las consecuencias psicológicas derivadas de la misma, la comunicación de malas noticias o las largas estancias hospitalarias.

2.1.4 Programa de maestría UNAM

Dentro de los programas de formación de profesionales a nivel de posgrado en el área de psicología, la UNAM brinda preparación para formar maestros y doctores en esta disciplina. La misión programa de maestría y doctorado en psicología es

Preparar para la investigación, la docencia y la práctica profesional de alto nivel a hombres y mujeres que desarrollen capacidades de pensamiento complejo y crítico, para la creación y recreación de conocimiento. Así, formar profesionales en psicología con sentido ético y compromiso con la realidad social, que contribuyen al desarrollo de la psicología como ciencia, y coadyuvan en la identificación y solución de problemas nacionales (Universidad Nacional Autónoma de México Posgrado Psicología, 2014, párr. 1.)

Esa misión hace referencia a que el profesional con estudios de posgrado debe estar preparado para enfrentar problemas de relevancia social y proponer soluciones. Especificando en la formación de maestros en psicología, en el programa de estudios de la UNAM (Universidad Nacional Autónoma de México Posgrado Psicología, 2014) se establece que los objetivos de la maestría son:

Desarrollar capacidades para el ejercicio profesional de la psicología con alta calidad en áreas de salud, educación social, organizacional y ambiental. Esto a partir de dotar de habilidades teórico-prácticas y supervisión en escenarios (párr. 2).

Estos objetivos hacen que el posgrado en psicología sea formativo y esté pensado en el desarrollo del profesional en el área práctica a partir de la formación teórico.

Cabe señalar que este programa tiene una duración de cuatro semestres en los cuales el alumno recibe materias correspondientes a tronco común Teórico- Metodológico (336 horas en total) y un mínimo de 1656 horas de entrenamiento práctico bajo supervisión (UNAM, Posgrado en Psicología, 2014).

Reynoso (2014) señala que el plan de estudios de la maestría se conforma en un programa de formación profesional que certifica la adquisición de competencias de alta calidad en las áreas de aplicación de la psicología. En estos programas se incorpora la investigación aplicada a través de programas de residencia, entre las que se encuentra Medicina Conductual. Las sedes participantes que incluyen la Facultad de Psicología, Facultad de Estudios Superiores Iztacala y Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Además que cada sede establece lineamientos específicos para sus alumnos de acuerdo a la realización de las prácticas. Actualmente en medicina conductual el programa se ha dividido en tres etapas:

1. Entrenamiento dentro de las instalaciones universitarias
2. Residencia en un hospital de sector salud

De acuerdo con Reynoso (2014), la maestría en Medicina Conductual inicia sus actividades en 1999 a la par que se establecen convenios con la Secretaria de Salud para que los residentes realizaran sus prácticas en diferentes Institutos y hospitales públicos. La maestría se conformó a partir del trabajo en conjunto entre la Facultad de Psicología y la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, sin embargo en 2013 se

separan estas instancias al tener objetivos diferentes de formación en los alumnos. Dentro de la FES Iztacala el programa pretende proporcionar supervisión académica en dos sedes del noreste de la ciudad: Hospital General de Atizapán y el Hospital Juárez de México, donde los alumnos realizan sus prácticas de preparación profesional.

Entrando más a detalle, los objetivos que se establecen en el programa operativo de la residencia en Medicina Conductual son:

- Desarrollar programas de intervención en pacientes con enfermedad crónica a nivel individual
- Desarrollar estrategias de intervención que ayuden a resolver problemas psicológicos de los pacientes, generando por su problema orgánico
- ofrecer alternativas educativas de cambio de estilo de vida para prevenir problemas y/o complicaciones médicas
- Favorecer en los pacientes técnicas de manejo de problemas, tales como ansiedad, depresión, estrés, habilidades de afrontamiento inadecuadas, etc.
- Entrenar a los pacientes en técnicas de manejo de problemas tales como ansiedad, depresión, estrés, habilidades de afrontamiento inadecuadas, etc. (Universidad Nacional Autónoma de México, 2015, p. 2).

Se observa que las funciones dentro de este programa coinciden con las descritas en las actividades del especialista en medicina conductual, por lo que se complementa la formación a partir de la base teórica

2.1.4.1 Organización general de Programa de Maestría con Residencia en Medicina Conductual: la supervisión.

De acuerdo con el programa de maestría de la UNAM (UNAM Posgrado Psicología, 2014) el alumno de posgrado recibe horas de supervisión de acuerdo a la práctica realizada.

Dentro de la FES Iztacala se establecen los tipos de supervisión y las funciones que cada uno desempeña en la formación del alumno. Los tipos de supervisión dentro de este programa de maestría de acuerdo con la Normatividad (Universidad Nacional Autónoma de México FES Iztacala, 2014 p. 11) son:

- *Tutor*: Especialista que planea, dirige y evalúa el producto final (reporte de productividad, tesis y/o reporte de caso único), así como el aprendizaje de los residentes, de acuerdo con los programas académico y operativo correspondientes.
- *In Situ*: Responsable de la evaluación del residente dentro de la unidad médica siguiendo los lineamientos de la institución de salud y de la institución de educación superior
- Académico: especialista contratado por la UNAM con experiencia docente, que acude a la institución sede mediante visitas programadas

La función de cada uno de los supervisores permite conocer la formación y organización de los alumnos dentro del posgrado, además de parte de las actividades que tendrán en una sede hospitalaria. Cada alumno realiza sus prácticas formativas

en una institución del sector salud, a continuación se describe una de ellas, el Hospital Juárez de México.

2.2 Descripción de la Sede

2.2.1 Historia

De acuerdo con el Manual de Organización específico del Hospital Juárez de México (Secretaría de Salud, 2003), éste se funda para atender a pacientes que requerían atención durante la invasión Estadounidense en 1847. En un oficio de fecha 16 de agosto de 1847 el Gral. Manuel María Lombardini ordena que se disponga del edificio del Colegio de los Agustinos de San Pablo para ubicarlo como hospital esperando atender a los heridos más graves. El 23 de Agosto del mismo año se funda como el Hospital San Pablo. El hospital fue pionero de distintas disciplinas médicas en México, por ejemplo se realizó la primera radiografía en 1896, así como el primer banco de sangre en el país en los 90s. En 1876 tras la muerte de Benito Juárez, se cambia el nombre del hospital a Hospital Juárez de México (HJM). Tras el sismo de 1985 el hospital se derrumba, por lo que fue necesario reubicar la institución (Secretaría de Salud, 2003).

En 1989 (Secretaría de Salud, 2014) se abre el nuevo Hospital Juárez de México ubicado en la colonia Magdalena de las Salinas, ocupando un área de casi 80 mil metros cuadrados, con construcciones que representan el 90% de su superficie. Actualmente operan en el hospital 44 servicios médicos y 3 unidades clínicas haciendo en total son 47 especialidades.

2.2.2 Ubicación y Estructura

De acuerdo al portal de internet (Secretaría de Salud, 2014) el HJM se encuentra ubicado en: Av. Instituto Politécnico Nacional 5160, Col. Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A. Madero, C.P. 07760, México D. F.

Adicionalmente, la Secretaria de Salud, (2014) en su página de internet menciona la organización física de las áreas del hospital, donde los edificios más importantes dentro del recinto son los siguientes:

EDIFICIO "A", CONSULTA EXTERNA. Compuesto por veinticinco consultorios en el primer nivel y veinticinco en el segundo

EDIFICIO "C" Esta edificación consta de una planta baja y un nivel superior, donde se ubican en la planta baja: urgencias, oncología (radioterapia y quimioterapia), medicina física y rehabilitación y anatomía patológica, mientras que en la parte alta se encuentran los servicios de quirófanos

EDIFICIO "D", HOSPITALIZACIÓN. Formado por una planta baja y cuatro niveles superiores, todo ello construido en dos alas con cuatro niveles de hospitalización. En el primer piso se encuentra la hospitalización de los servicios de oncología y cirugía general, en el segundo piso urología y neurología, en el tercer piso se destina al servicio de Medicina Interna, hematología, cardiología, nefrología, neumología, entre otros

EDIFICIO "E", INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA Esta edificación está diseñada en dos plantas. La unidad de investigación en planta baja y la unidad de docencia en la parte superior.

Los recursos materiales con los que cuenta el hospital para la atención son:

- 400 camas censables y 135 no censables.
- 69 consultorios distribuidos en los diferentes servicios.
- 2 comedores y 1 cocina

Se han descrito las principales instalaciones con el fin de ubicar las dimensiones del hospital y la inserción de los residentes en medicina conductual.

2.2.2.1 Servicios Médicos

La página del hospital Juárez de México menciona que los servicios médicos con los que se cuenta son (Secretaría de Salud, 2014):

División Médica

- Alergia e Inmunología
- Geriátría
- Gastroenterología
- Cardiología
- Dermatología
- Endocrinología
- Neurofisiología
- Hematología
- Medicina Interna
- Neumología e Inhaloterapia
- Nefrología
- Psicología y Psiquiatría
- Reumatología

División de cirugía

- Cirugía General
- Cirugía Cardiorácica
- Oftalmología
- Oncología
- Ortopedia y Traumatología
- Otorrinolaringología
- Urología
- Cirugía Maxilofacial
- Trasplantes
- Neurocirugía
- Angiología
- Medicina Física y Rehabilitación
- Quirófanos
- Cirugía Plástica y Reconstructiva
- Endoscopía

División de Gineco-obstetricia

- Ginecología
- Obstetricia
- Biología de la Reproducción

División de Pediatría

- Neonatología
- Pediatría Médica
- Terapia Intensiva Pediatría
- Cirugía Pediátrica
- Urgencias Pediátricas

División de Medicina Crítica

- Urgencias Adultos
- Unidad de Cuidados Coronarios
- Unidad de Cuidados Intensivos
- Unidad de Hemodinámica

Las especialidades se encuentran en diferentes áreas y ubican al hospital como de alta especialidad por el tipo de servicios que ofrecen.

2.3 Ubicación del residente Medicina Conductual dentro de la sede

Dentro del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología con residencia en Medicina Conductual, los alumnos del posgrado cubren más de 2400 horas de prácticas dentro de una sede hospitalaria (UNAM Posgrado Psicología, 2014). De acuerdo con Reynoso (2014) en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala existe un convenio entre el HJM y la UNAM para la realización de estas prácticas como parte de la formación de los estudiantes. Los servicios donde los Residentes de Medicina Conductual pueden rotar son: Oncología, Geriátría, Hematología, Clínica del Dolor y Medicina Interna. En este último servicio se insertan de 1 o 2 residentes para cubrir con las demandas del servicio. En el periodo 2013-2014 el servicio contaba con 2 residentes y en el 2014-2015 con uno. El residente en esta especialidad permanece en el servicio durante 1 año y medio, tiempo en el cual rota con cada uno de los médicos adscritos al servicio de Medicina Interna.

2.3.1 Medicina Interna.

2.3.1.1 Composición del servicio.

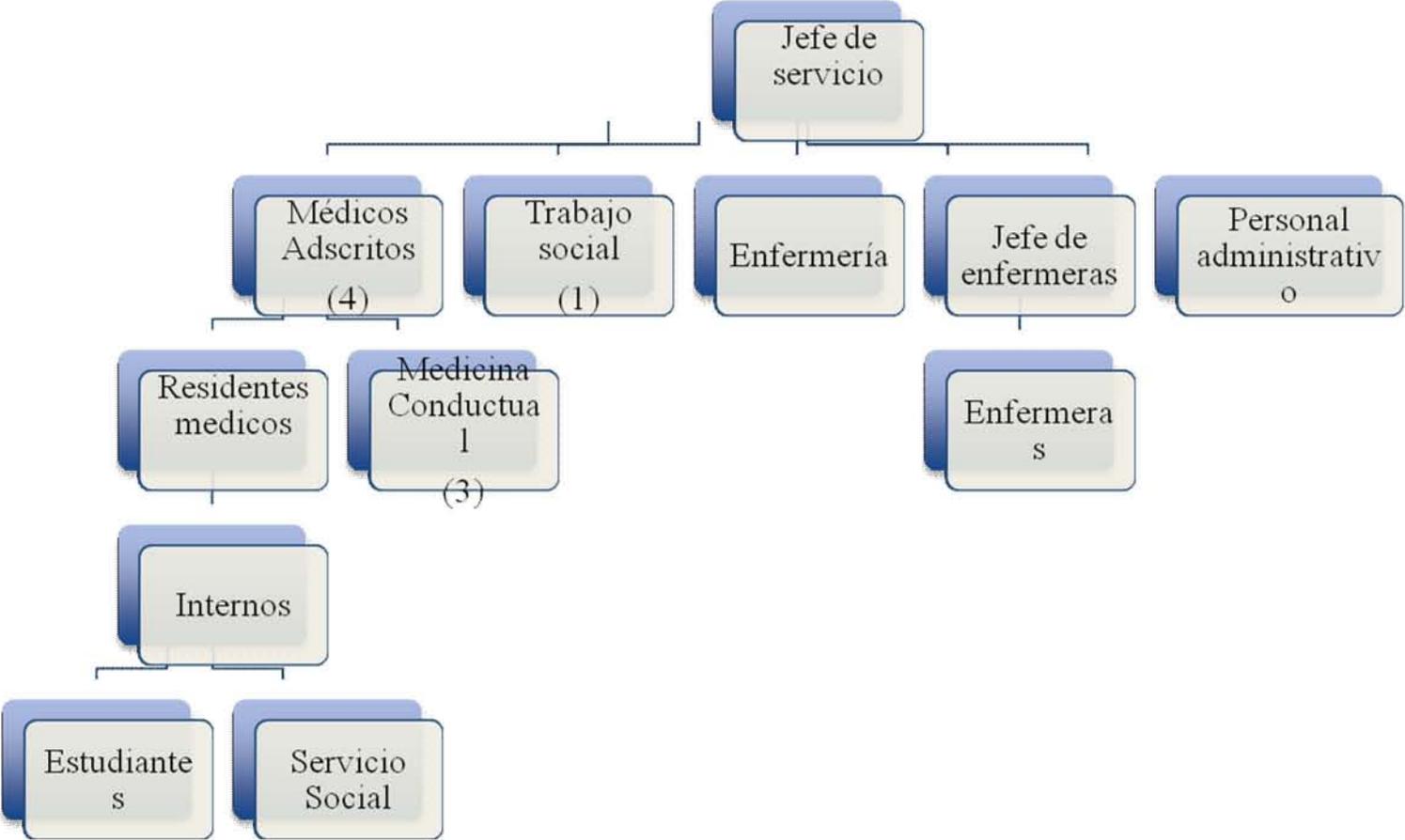
Medicina interna pertenece a la dirección de medicina general y está conformada por los servicios de gastroenterología, cardiología, infectología, reumatología, endocrinología, geriatría y nefrología.

El servicio de Medicina Interna 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 y consta de dos alas norte y sur. En este servicio se encuentran 36 camas designadas para la atención de pacientes, más aquellas que se pueden utilizar de otros servicios cuando la demanda de pacientes así lo amerita. La consulta externa se

realiza en el consultorio 45 del 2do piso. (M. Herrera, 2015, comunicación personal, 30 enero 2015).

El organigrama del servicio está conformado por el Jefe de Servicio, Médicos adscritos, residentes, médicos internos, enfermeras, trabajadoras sociales y personal administrativo como se muestra en la Figura 13.

Figura 13. Organigrama del servicio de medicina interna dentro del Hospital Juárez de México



El Jefe de Servicio es el Dr. Martin Alberto Herrera Cornejo quien es el responsable del área, es médico internista egresado de la UAM, cuenta con maestría en Ciencias de la investigación Clínicas y diversos cursos de formación. Como se observa en la Figura 13 a continuación se encuentran los médicos adscritos al servicio: Dra. Edith Flores, Dra. Velia Martínez, Dra. Claudia García y Dr. Fausto González. Cada adscrito se encarga de formar a los médicos residentes de la especialidad en Medicina Interna, quienes permanecen en formación durante 4 años rotando por cada una de las divisiones del servicio, cabe mencionar estas rotaciones se realizan cada 2 meses. Posterior a los residentes se encuentran los internos, quienes se ocupan de cuestiones administrativas/médicas y rotan cada 2 semanas. Por último, se ubican los estudiantes y realizadores de servicio social.

2.3.1. 2 Principales padecimientos médicos.

En la Tabla 14 se observa una estadística proporcionadas por el Jefe de Servicio (M.Herrera, 2015, comunicación personal, 30 enero 2015) de algunas de las enfermedades médicas que se atendieron con mayor frecuencia en el servicio de Medicina Interna, tanto en consulta externa como en hospitalización. Como se observa los casos de diabetes representaron del 40 al 50% del 2008 al 2013, en estas estadísticas se incluían complicaciones derivadas de la enfermedad como son pie diabético, hipoglucemias, hiperglucemias, infecciones en tejidos blandos entre otras. En segundo lugar se encuentran padecimientos agudos tales como neumonías o infecciones en vías respiratorias, urinarias o gastrointestinales. A su vez, cabe mencionar el aumento en padecimientos como son las dislipidemias o síndrome metabólico estuvieron presentes en los últimos años.

Tabla 14.

Enfermedades más frecuentes de pacientes atendidos en el servicio de Medicina Interna

Enfermedad	Porcentaje de pacientes atendidos por año		
	2008	2011	2013
DM2	52%	39%	39%
Diversos padecimiento agudos	18%	22	21%
Síndrome metabólico	14%	23%	22%
HAS	8%	9%	8%
Dislipidemias	8%	6%	9%

Es importante también comentar que el servicio de Medicina Interna es un servicio de referencia primaria, lo que implica que los pacientes pueden ser derivados a otras especialidades. Esto hace que existan casos de pacientes sin diagnóstico o en protocolo de estudios, además de que las enfermedades son muy variadas..

2.3.1.3 Padecimientos psicológicos.

Dentro de hospitalización Medicina Interna es un servicio de derivación, en el cual se da atención a pacientes con diversas enfermedades crónico degenerativas y agudas.

Con respecto a la parte psicológica los padecimientos observados no son distantes a los presentados en contextos hospitalarios y que están relacionados en su mayor parte con el ambiente y no con el padecimiento. Dentro de estos problemas psicológicos, se incluyen las respuestas de estrés por estancias hospitalarias prolongadas, síntomas de depresión, ansiedad, trastornos de ansiedad , incumplimiento terapéutico entre otros.

Gómez, Monsalve, Soriano y De Andrés (2007) hacen un análisis de los principales padecimientos psicológicos en unidades de cuidados intensivos, concluyendo que principalmente pueden observarse problemas ansiedad, por ejemplo ante procedimientos quirúrgicos, estancias prolongadas o el desarrollo de estrés post trauma tras el alta. Los

autores indican que este tipo de patologías se relacionan con activación fisiológica que dificulta la misma intervención o complejiza incluso más la estancia, por lo que las principales técnicas usadas para este tipo de padecimientos dentro del marco cognitivo conductual son informativas, psicoeducativas, de relajación o exposición. En el caso de medicina interna, los procedimientos más frecuentes que presentan estas características y que requieren de atención por parte del especialista en medicina conductual están relacionados con cirugías por amputación, por ejemplo por pie diabético, punciones, sondas endopleurales, diálisis o hemodiálisis entre otros.

En cuanto a los niveles de depresión, en el servicio de Medicina Interna es frecuente encontrar pacientes con síntomas depresivos o con trastornos de este espectro a consecuencia de la enfermedad. En un estudio hecho por Inagaki et al., (2013) se evaluó a través de la entrevista mini psiquiátrica el porcentaje de paciente con trastornos depresivos dentro de un servicio de medicina interna en Japón. Se concluyó que más del 7.8% de los pacientes atendidos presentaban este padecimiento, mientras que el 14.8% mostraba síntomas depresivos menores. Por lo que se concluyó que el trabajo en conjunto con el personal de salud mental es fundamental en estos casos. A pesar de que estos resultados de este estudio se analizan en Japón, existe una tendencia similar en México a presentar síntomas depresivos relacionados al padecimiento.

Por otro lado, hay que enfatizar que una de las funciones del personal médico es proporcionar un diagnóstico al paciente, es decir dentro de medicina interna las personas se encuentran en diferentes estadios de la enfermedad y del tratamiento. Esto hace que una de las principales necesidades de atención psicológica sea ante la comunicación del diagnóstico y que puede relacionarse con patologías oncológicas, endocrinológicas, infecciosas, psiquiátricas, cardiológicas entre otras. En estos casos, los pacientes pueden presentar problemas de ansiedad o depresión y que está ligado al periodo de adaptación. La atención ante estas respuestas de acuerdo con Slaikeu (1996), se centra en proporcionar primero auxilios psicológicos y/o intervención en crisis en caso de que se rompa el estado de homeostasis del paciente o mejor dicho que exista una alteración en las funciones psicológicas del individuo.

Por su parte, García, Calderón y Serrano (2010) hacen un análisis de los principales problemas psicológicos en una unidad de urgencia en México, a través de una entrevista semiestructurada identificaron que de 86 pacientes entrevistados, 66 presentaban necesidad de atención psicológica. Entre las razones encontraron: una crisis; incumplimiento terapéutico o del seguimiento de indicaciones médicas; componentes agudos de estrés psicológico; y/o detección de factores de riesgo conductuales, cognitivos o fisiológicos que probabilizan las complicaciones de la enfermedad. Concluyéndose que si bien la atención en crisis es parte fundamental del especialista en medicina conductual, como señalan los autores no se limita a esta área ya que el campo del especialista es más amplio.

Esto corrobora lo observado en Medicina Interna donde una principales necesidades de atención del especialista en medicina conductual es la modificación de estilos de vida para facilitar el seguimiento de indicaciones médicas o adherencia al tratamiento. Este tipo de problemáticas son frecuentes en pacientes hospitalizados y en consulta externa, por lo que la atención se centra en la prevención y rehabilitación.

2.4 Actividades desarrolladas en la sede.

Las actividades del residente en Medicina Conductual incluyen dos tipos:

1. Académicas, entendidas como las actividades de formación teórica
2. Asistenciales (prácticas) entendidas como las actividades de atención psicológica a pacientes

Por otro lado, el Programa Operativo (UNAM, 2015, p. 2) de la residencia en Medicina Conductual menciona que las tareas del residente son:

1. Visita a piso diariamente
2. Elaboración de notas clínicas en formato SOAP
3. Actividades en Consulta Externa
4. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos con base en el esquema de servicio de la institución ofreciendo intervención cognitivo conductual

5. Canalizar o derivar a otros servicios los casos que no corresponden directamente a Medicina Conductual

Estas actividades las desarrolla el residente tanto con población hospitalizada como en la consulta interna y son parte del proceso de formación

2.4.1 Actividades diarias del residente en Medicina Interna.

Las actividades diarias del residente en medicina conductual dentro del servicio de medicina interna incluyen: acudir al pase de visita donde los médicos tratantes valoran al paciente y el residente en medicina conductual detectar posibles necesidades de atención psicológica; atención psicológica a pacientes hospitalizados y/o consulta externa; y las actividades académicas que engloban revisión de casos, artículos, sesión general de temas médicos así como la supervisión académica.

En la Tabla 15 se muestra el horario de actividades establecido para la rotación Enero- Diciembre del residente en medicina conductual, en éstas se incluyen los horarios de forma general.

2.4.1.1 Actividades Asistenciales.

Pase de visita médico. Se realiza de Lunes a Viernes por un médico adscrito al servicio en conjunto con los residentes a cargo. Tiene duración de 1 a 2 horas. Los médicos acuden con los pacientes y proporcionan información sobre estado de salud. En promedio cada médico visita a 7 a 8 pacientes diarios en función de los pacientes asignados, en total se incluyen aproximadamente 30 pacientes que se distribuyen entre los 4 médicos adscritos. El especialista en Medicina Conductual se integra al equipo de trabajo (un médico) para escuchar el informe dado e intervenir en casos necesarios. Cada día de la semana se realiza la visita con un adscrito distinto.

Atención a pacientes en hospitalización. Se acude con pacientes hospitalizados al ingreso al servicio para realizar una evaluación conductual y detectar necesidades psicológicas. Dentro de las estrategias utilizadas para evaluar se encuentran los criterios del DSM IV-TR (*American Psychiatric Association, 2000*), instrumentos, inventarios,

entrevista semiestructurada, observación y registros. A partir de la detección de problemáticas se elabora un programa de intervención a partir de técnicas cognitivo-conductuales durante el tiempo de estancia. También se da atención a pacientes referidos por médicos tratantes, residentes, trabajadoras sociales, y demás personal del equipo de salud.

Tabla 15.

Actividades diarias del residente en Medicina Conductual

Día de la semana				
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Pase de visita médico 8:00-10:00	Pase de visita médico 8:00-10:00	Sesión general de temas médicos 8:00-9:00	Pase de visita medico 8:00-10:00	Pase de visita medico 8:00-10:00
Atención psicológica a pacientes hospitalizados 11.00 a 14:00	Atención psicológica a pacientes hospitalizados 10:00 a 12:00	Pase de visita médico 9:00-10:30	Atención psicológica a pacientes hospitalizados 10:00 a 12:00	Atención psicológica a pacientes hospitalizados 10:00 a 13:00
	Atención psicológica en Consulta externa MC 12:00 a 13:00	Revisión de casos clínicos 10.30 a 11.30		
	Atención psicológica a pacientes hospitalizados 13:00 a 14:00	Supervisión académica 11.30 a 14.00	Atención psicológica en consulta externa de MC 12:00 a 13:00	Atención psicológica en Consulta externa de MC 13:00 a 14:00
Elaboración de notas 14:00 a 15:00	Elaboración de notas 14:00 a 15:00	Atención psicológica a pacientes hospitalizados 14:00 a 15:00	Elaboración de notas 14:00 a 15:00	Elaboración de notas 14:00 a 15:00

Atención psicológica en consulta externa. Algunos de los pacientes hospitalizados pueden ser citados a consulta externa una vez dados de alta para continuar con terapia psicológica si se detecta la necesidad o ellos solicitan su continuación. También a aquellos que son referidos por el médico tratante para atención externa son atendidos en esta modalidad. A su vez, se da atención a pacientes referidos al servicio de Medicina Conductual de otras especialidades. La atención psicológica implica la intervención mediante técnicas cognitivo conductuales y asignadas a partir de la evaluación inicial

Otras actividades. Estas incluyen elaboración de talleres y/o pláticas de temas psicológicos y que son enfocadas para médicos residentes, en estas se incluyó un taller de 2 horas que se impartió a los médicos de primer año diseñado para instruir estrategias de afrontamiento al estrés, en éste se revisaron temas sobre estrés y afrontamiento con la finalidad de brindar estrategias prácticas en la residencia; así como una plática de las repercusiones psicológicas de la anorexia que se impartió a residentes de medicina interna.

En estas actividades también se incluyó la realización de material psicoeducativo, y que como ejemplo de un cartel puede consultarse el Apéndice 10

2.4.1.2 Actividades Académicas.

Las actividades académicas incluyen:

Revisión de casos clínicos Se realiza junto con el supervisor in situ los días miércoles de cada semana, en estas sesiones se hace una revisión de casos desarrollados en los diferentes servicios por los residentes del posgrado, se estructura el caso y se expone ante el grupo con el fin de complementar y debatir al respecto. En el Apéndice 11,12,13 y 14 pueden consultarse los cuatro casos presentados a lo largo del residentado.

Revisión de artículos. Junto con el supervisor in situ los días viernes de cada semana se hace revisión de un artículo científico reciente que esté relacionado con las funciones desempeñadas por el residente de medicina conductual y que complemente la formación teórica

Supervisión Académica. Un día a la semana se lleva a cabo una supervisión académica de 3 horas en la cual se incluye revisión de: temas teóricos, protocolo de

investigación, casos clínicos, productividad y otros temas de interés. En esta supervisión a su vez se destinada un espacio para la discusión de casos por internet adicional a las horas en vivo, estas se llevan a cabo desde una plataforma electrónica.

Supervisión con tutor. Cada mes se hace una revisión con el tutor sobre dudas específicas, avances de protocolo o petición de material bibliográfico.

2.5 Estadísticas de pacientes atendidos en el servicio Medicina Interna

Las estadísticas que se presentan a continuación están relacionadas con las actividades asistenciales realizadas dentro del servicio de medicina interna en el periodo de Enero 2014 a Julio 2015. En éstas se incluye la atención psicológica en hospitalización, consulta externa, protocolo de investigación y talleres o pláticas.

La Tabla 16 presenta los tipos de consulta otorgadas, ya sean de primera vez o subsecuentes de los pacientes vistos en dicho periodo. Los pacientes considerados como primera vez son aquellos con los que se hace primer contacto, los subsecuentes se consideraron aquellos que se les da más de una sesión de atención psicológica, y los de protocolo aquellos que ingresaron a la investigación de adherencia a la alimentación en pacientes con diabetes tipo 2. Entre estos tipos de atención se proporcionaron un total 1401 consulta y como se observa se atendieron más mujeres que hombres al término de las prácticas

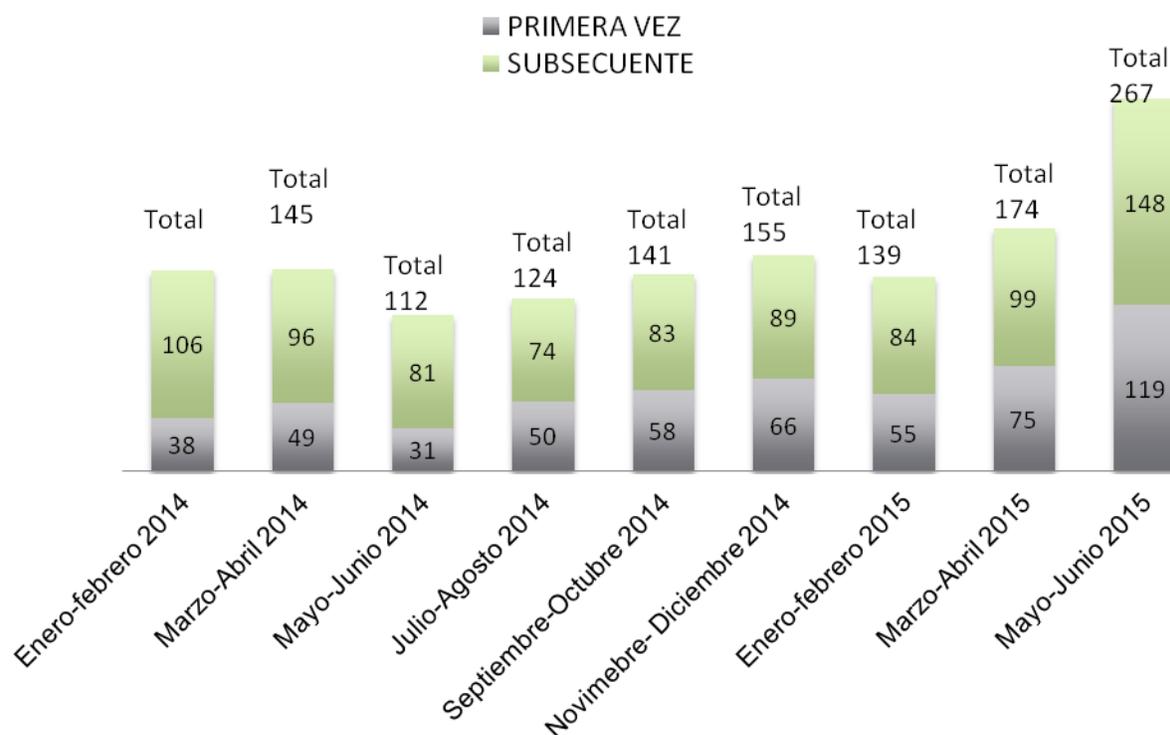
Tabla 16.

Pacientes atendidos de acuerdo al género y el tipo de consulta

Tipo de Consulta	Hombres	Mujeres	Protocolo	Total
Primera vez	253	277	12	541
Subsecuente	352	444	63	860
Total	605	721	75	1401

La Figura 14 muestra un desglose del número de pacientes atendidos por bimestre en el periodo Enero 2014 a Julio 2015. Se observa de forma general, que los meses donde se brindó mayor atención psicológica son Marzo- Abril de ambos años. Cabe enfatizar que durante el periodo Enero 2014 a Junio 2014 el servicio de medicina interna contó con 3 residentes en medicina conductual, en el periodo Junio 2014 Diciembre 2014 sólo se contó con un residente, mientras que en el periodo Enero 2015 Julio 2015 con 4. Esto permite explicar por qué hay mayor cantidad de pacientes atendidos en algunos periodos, además de que en los últimos meses (Abril a Julio 2015) se toman en cuenta los pacientes del protocolo de investigación, esto incrementa el número de pacientes atendidos durante la residencia.

Figura 14 Número de pacientes atendidos por bimestre en el servicio de medicina Conductual.



Con respecto al área de atención de los pacientes, se tomaron en cuenta las consultas brindadas en hospitalización y consulta externa independientemente si fueran de primera vez o subsecuentes. Como se muestra en la Tabla 17, en total se atendió a un mayor número

de personas hospitalizadas (88.5%) que en consulta externa (11.4%). La mayoría fueron mujeres (55.6%) contra el 45.4% de hombres.

Tabla 17.

Número de pacientes atendidos de acuerdo al área y el género

Área de atención	Genero		Total
	Hombres	Mujeres	
Consulta Externa	71	161	232
Hospitalización	537	632	1169

Referente al tipo de padecimientos médicos que presentaban los pacientes que se atendieron, se contaron los diagnósticos de los pacientes atendidos por primera vez (541 pacientes) con la finalidad de no elevar el número de padecimientos y calcular un estimado real. Hay que tomar en cuenta que varios de los pacientes presentaban más de un padecimiento, por lo que en estos casos se contó por cada condición médica al individuo. En la Tabla 18 se observan los tipos de enfermedades más frecuentes, el número de casos y el porcentaje calculado a partir de total de padecimientos. Los casos más frecuentes fueron los pacientes con diabetes tipo 2 descontrolada o neumonías en la parte aguda. La categoría de “otros” abarcó enfermedades como: EPOC, hipertiroidismo, hiponatremia, epilepsia, artritis, gastritis, entre otras.

Tabla 18.

Principales diagnósticos médicos de los pacientes atendidos por el servicio de Medicina Conductual

Diagnóstico médico	N	%
Diabetes tipo 1 y 2 descontrolada	87	18.8
Neumonía adquirida en comunidad/atípica/nosocomial/asociada a cuidados de la salud	71	15.4
Hipertensión Arterial	48	10.4
Otros enfermedades infecciosas (por ejemplo IVU, tejidos blandos, pulmonar, sepsis)	40	8.7
Lesión renal	28	6.1
Tumores	25	5.4
Derrame pleural	24	5.2
Problemas cardiovasculares	19	4.1
Afectaciones sistema digestivo	17	3.7
VIH	16	3.5
Pie diabético	15	3.2
Síndrome Consuntivo	12	2.6
Anemia moderada y severa	12	2.6
Supresión etílica	12	2.6
Trombosis venosa	11	2.4
Otros	25	5.3
Total	462	100

Como se mencionó previamente, el servicio de Medicina Interna es un filtro de para derivar a diferentes especialidades, por lo que existe una variedad de padecimientos y necesidades referentes al aspecto psicológico. En la Tabla 19 se muestran los principales diagnósticos psicológicos de los pacientes atendidos por primera vez, estos criterios se tomaron a partir del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV* (APA, 2000) para mayor referencia se pide consultar el mismo. Al igual que en la parte médica hay pacientes que presentaban más de una condición por lo que se presentan los datos por número de diagnóstico y no de pacientes. En la tabla 6 se observa que dentro de los principales diagnósticos psicológicos se encuentra 1) incumplimiento terapéutico, el cual se entiende como “el incumplimiento con un aspecto importante del tratamiento en un trastorno mental o en una enfermedad médica” (APA, 2000, p.698) y que representó el diagnóstico del 15.8% de la población atendida; 2) síntomas de ansiedad, que se denominaron bajo ese rótulo al no cubrir todos los criterios para un trastorno de ansiedad, pero implicar reacciones propias de esta sintomatología. En esta categoría se engloban las respuestas de ansiedad ante la comunicación de malas noticias, procedimientos médicos, revisiones, estancia hospitalaria entre otras, y se consideraron al 12.8% de los pacientes atendidos; 3) Factor psicológico que afecta estado físico, en esta categoría se incluyen “ciertos factores que interfieren el tratamiento y otros que constituyen riesgos para la salud del sujeto” (APA, 2000, p.803). Entre estos factores psicológicos se englobaron los casos de: trastorno mental, síntomas psicológicos, rasgos de personalidad o estilo de afrontamiento, comportamientos desadaptativos, respuesta fisiológica relacionada con el estrés u otros factores psicológicos que afectan a una enfermedad médica. La categoría “otros” corresponde a problemas relacionados con el grupo de apoyo, trastorno de ansiedad, trastorno por dolor y trastorno de la personalidad, que se presentaron en menor número de pacientes.

Tabla 19.

Principales diagnósticos psicológicos de los pacientes atendidos por el servicio de Medicina Conductual.

Diagnóstico psicológico	N	%
Incumplimiento terapéutico	99	15.8
Síntomas de ansiedad (ante comunicación de malas noticias, procedimientos médicos, revisión médica, estancia hospitalaria, etc.)	80	12.8
Factor psicológico que afecta estado físico	66	10.5
Síntomas de depresión (ante estancia hospitalaria, comunicación de malas noticias, etc.)	61	9.7
No valorable debido a condición médica (Paciente intubado, posquirúrgico o en Unidad de Cuidados Intensivos)	60	9.6
Reacción de estrés aguda (casos donde hay respuestas de crisis o bien aquellos en que la respuesta no es de crisis, sino sólo de estrés “normal” a la situación)	51	8.1
Sin trastorno psicológico (sustituye a: En adaptación a enfermedad, incluye las distintas fases de la misma)	36	5.8
Episodio depresivo	28	4.5
Trastorno adaptativo mixto	29	4.6
Uso/abuso de sustancias	26	4.2
Problemas relacionados con el grupo de apoyo	28	4.5
Problemas en la interacción médico – paciente	15	2.4
Ataque de pánico	14	2.2
Otros	33	5.3
Total	626	100

Con base la modalidad de atención psicológica, la más frecuente fue psicoterapia individual, es decir la atención únicamente del paciente; seguida por la evaluación inicial entendida como la atención de primera instancia a partir de entrevista conductual y/o otros instrumentos de evaluación (para mayor referencia consultar Tabla 20).

Tabla 20.

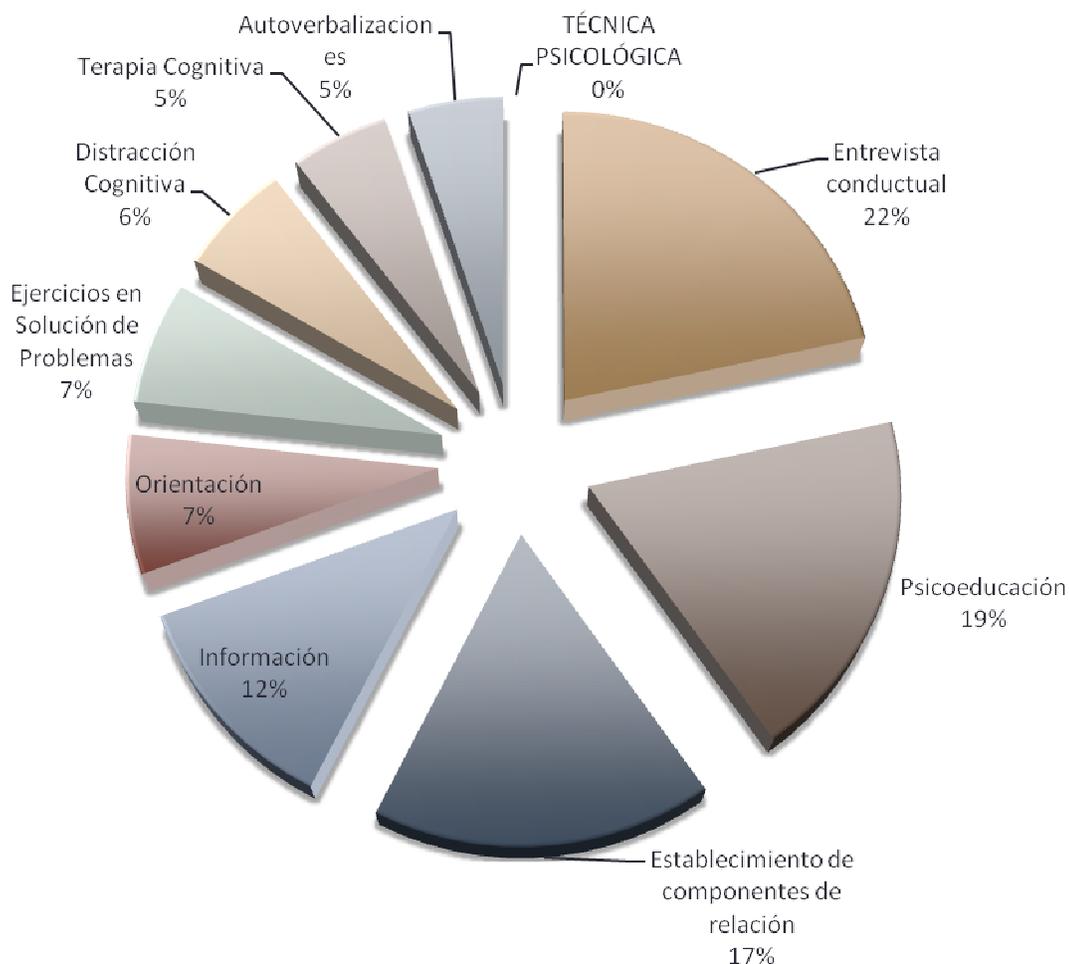
Modalidad de atención psicológica más utilizada para los pacientes de Medicina Conductual

Modalidad de atención psicológica	N	%
Psicoterapia individual	373	26.6
Evaluación inicial	358	25.6
Monitoreo	245	17.5
Psicoterapia familiar	173	12.3
Psicoterapia individual y familiar	156	11.1
Intervención en crisis	96	6.9

A lo largo de las sesiones proporcionadas a los pacientes se utilizaron diferentes técnicas propias del marco teórico cognitivo-conductual. La Figura 15 muestra los principales abordajes empleados para la atención de pacientes, cabe enfatizar que más de dos técnicas podían emplearse en una sesión. En total se aplicaron 2359 abordajes cognitivo-conductual de acuerdo al total de pacientes vistos. Se observa que lo más frecuente fue entrevista conductual, entendida como una herramienta de evaluación para delimitar la problemática y permitir identificar un diagnóstico (Reynoso, 2005), la entrevista se consideró como una técnica de intervención ya que por las características del servicio se procuró evaluar a la mayoría de los pacientes hospitalizados, por lo que fue la herramienta más empleada. La segunda técnica más frecuente fue psicoeducación y la tercera información.

Se concluye que en total se brindaron 1401 consultas del servicio de Medicina Conductual en Medicina Interna, y que estas se hicieron principalmente de forma individual. A la vez que los padecimientos médicos más frecuentes fueron Diabetes mellitus tipo 2 descontrolada e hipertensión como enfermedad crónica; mientras que en los padecimientos agudos las neumonías o infecciones diversas fueron las más comunes. Con respecto al diagnóstico psicológico, el incumplimiento terapéutico y los síntomas de ansiedad fueron los más frecuentes, mientras que las técnicas más empleadas incluyen entrevista conductual, psicoeducación e información. Estos datos nos da un bosquejo de las necesidades psicológicas del servicio de medicina interna, y nos describe brevemente los campos de acción del especialista en medicina conductual.

Figura 15. Principales técnicas cognitivo conductuales utilizadas por el servicio de Medicina Conductual para la atención psicológica de pacientes



2.6. Evaluación del servicio

2.6.1 Evaluación general

Al llegar al servicio se encontró, el equipo tiene disposición de trabajar con el psicólogo de manera interdisciplinaria, esto incluye a médicos, enfermeras y trabajadora social. Parte del personal identifica las funciones del residente en medicina conductual, es así como el personal reconoce a pacientes que pueden ser referidos, por ejemplo: personas en crisis, que presentan respuestas ansiosas o evitativa por diagnóstico o tratamientos, pacientes que son conflictivos con el personal médico, ante sintomatología depresiva, que incumplen con tratamiento, que tienen conductas de riesgo para la salud o estilos de vida poco saludables, y aquellos que requieren una valoración para interconsultas al servicio de psiquiatría.

El servicio de Medicina Interna presenta gran demanda de pacientes, lo cual implica un reto para el personal de salud al ser éste limitado para realizar las funciones profesionales y administrativas. En el último año este servicio atendió al 11% de toda la población del HJM (M. Herrera, comunicación personal, 14 Mayo 2015). Es por esto que en ocasiones existe desorganización en cuanto a la atención y a las actividades realizadas, sumado a que en este servicio es necesaria la interacción con múltiples áreas, por lo que si existen demoras las labores de los mismos residentes y por consiguiente se ve afectada la calidad de la atención. Estos contratiempos en ocasiones intensifican las respuestas psicológicas, por ejemplo ante la larga estancia hospitalaria, por situaciones económicas o por falta de redes de apoyo, por lo que las tareas del especialista en medicina conductual en muchas ocasiones también se incrementa.

La cantidad de personas atendidas también limita las funciones del especialista en medicina conductual, ya que el trabajo se ha enfocado principalmente en la atención de pacientes hospitalizados, pero, la atención en consulta externa médica aún es escasa y sólo se atienden a pacientes referidos por el personal de salud. En el segundo año al contar con más residentes fue posible cubrir con mayores demandas de la consulta y canalizarlos a atención posterior.

A pesar de las limitantes, las actividades diarias son amplias y el campo de aplicación de la medicina conductual puede ser preventivo, evaluativo, intervención, y rehabilitación.

En el ámbito preventivo es posible diseñar estrategias multidisciplinarias para que los pacientes presenten menos complicaciones de enfermedades crónico degenerativas como es el caso de los diabéticos e hipertensos, sin embargo haría falta mayor número de residentes o implementar programas grupales que permitan cubrir con los pacientes sobre todo de la consulta externa.

Los casos clínicos abarcan diferentes problemáticas por lo que se aprende de las experiencias diversas y de las sesiones con pacientes. En promedio los individuos están hospitalizados de 2 a 4 semanas, por lo que es posible centrarse en la atención de problemas concretos y en dado caso en la consulta externa ampliar el alcance de la intervención.

Por otro lado, las actividades académicas permitieron complementar la práctica, sobre todo en la supervisión de casos y al tener un espacio para preguntas abiertas. A su vez reforzaron la implementación de técnicas cognitivo conductual, diseño de plan de tratamiento o contenido sobre padecimientos médicos. Pero a pesar de contar con algunas actividades académicas hace falta sustentar las intervenciones psicológicas hechas mediante la teoría, sería conveniente ampliar las clases o las supervisiones para llegar a este punto.

Las actividades con el supervisor in situ permitieron la revisión de casos de cada servicio y la complementación con artículos científicos relacionados a las problemáticas que aborda el residente en medicina conductual.

2.7 Competencias logradas

Dentro de las competencias a desarrollar en el programa y que son parte de los objetivos de la residencia (UNAM, 2015, p. 2) se encuentran:

- Desarrollar programas de intervención en pacientes con enfermedades crónicas a nivel individual
- Desarrollar estrategias de intervención que ayuden a resolver problemas psicológicos de los pacientes generados por su problema orgánico
- Ofrecer alternativas educativas de cambio de estilo de vida para prevenir problemas y complicaciones medicas
- Favorecer en los pacientes la adhesión a la terapéutica médica
- Entrenar a los pacientes en técnicas de manejo de problemas tales como ansiedad, depresión, estrés, habilidades de afrontamiento inadecuadas

De acuerdo a estos propósitos se considera que se cumplieron los objetivos al dar intervención a las problemáticas de los pacientes relacionadas con adherencia al tratamiento, ansiedad, depresión o afrontamiento. Asimismo, puede decirse que se aplicaron estrategias para cambiar estilos de vida en especial con los pacientes del protocolo y aquellos que se citaban en consulta externa, ya que se contaba con más tiempo para generar cambios y que pudieran generalizarse.

Puede concluirse que dentro de las competencias desarrolladas se encuentra el diseño de programas específicos a partir de las necesidades detectadas y que estuvo en muchas ocasiones relaciona a la adherencia al tratamiento de los pacientes. Dentro de estas intervenciones se incluyó la instrucción de técnicas cognitivo conductuales, adaptadas a población adulta.

El trabajo con familiares también fue relevante para cubrir con las necesidades del servicio, por lo que se enfocó la atención psicológica a esta población sobre todo en el manejo de contingencias o para desarrollar estrategias de afrontamiento.

2.7.1 Clínicas

Dentro de las competencias desarrolladas como terapeuta se incluyen el identificar en qué situaciones es conveniente utilizar las habilidades tanto básicas como complejas para reflejar empatía, establecer rapport, modular la voz, ser directivos, utilizar componentes de relación, brindar primero auxilios psicológicos o extinguir comportamientos. Se detectó que en algunos casos se reforzaban conductas problemáticas, por lo que identificar cómo asignar contingencias ante las respuestas de los pacientes permitió disminuir estas situaciones.

También se adquirieron competencias para entablar una conversación fluida con el paciente a pesar de los distractores, así como para identificar las situaciones socialmente oportunas para la intervención o para negociar con el personal de salud, por ejemplo con enfermería. Cabe destacar que en hospitalización las características del servicio limitan las intervenciones o hay situaciones imprevistas que el residente requiere aprender a resolver, por ejemplo a ser asertivos con el paciente, con los familiares o médicos.

2.7.2 Prácticas

En las habilidades prácticas se adquirieron conocimientos relacionados a las principales técnicas de intervención y cómo aplicarlas en contexto hospitalario. Es decir, para aplicar partes específicas de las técnicas dadas las necesidades del servicio. Por otro lado, se adquirieron habilidades de entrevista para obtener información relevante a la problemática o el manejo de pacientes difíciles.

Una de las habilidades más importantes en la práctica para facilitar el trabajo del residente fue reconocer qué síntomas eran propios de una condición médica, psiquiátrica o psicológica, ya que si no la intervención difícilmente era de utilidad. Al inicio es difícil aprender a identificar estas situaciones, pero con la práctica se pudo mejorar la evaluación de estos pacientes.

Con respecto a las referencias a psiquiatría también se adquirieron habilidades para identificar padecimientos psiquiátricos y poderse comunicar con el personal de salud en estos términos.

2.7.3 Académicas

Dentro de las competencias académicas desarrolladas se puede retomar la elaboración de notas para el expediente clínico, así como la revisión de diagnósticos, que permitieron la adquisición de habilidades para la comunicación con otros especialistas y facilitar el trabajo multidisciplinario. Asimismo, se reforzaron temáticas propias del modelo cognitivo conductual como son la elaboración de programas de intervención o el desarrollo análisis funcional.

Adicionalmente, se desarrollaron habilidades para identificar la relación entre padecimientos y factores psicológicos y la influencia de estos en la condición médica. La lectura de artículos facilitó la aplicación de la teoría en la práctica.

2.7.4 Personales

Dentro de las habilidades personales se encuentra tolerar situaciones frustrantes, por ejemplo en aquellos pacientes donde no es posible incidir o que el juicio del terapeuta está presente. A su vez, fue necesario adquirir habilidades para el manejo de estrés sobre todo para priorizar los pacientes críticos y brindarles atención de forma prioritaria. A nivel emocional también se enfrentaron casos que evocaban respuestas de tristeza, manejar estas situaciones o reconocer cuándo estaban afectando la vida personal fue necesario para dividir el trabajo del aspecto individual.

2.8 Conclusiones y sugerencias

De forma general el programa de maestría de la UNAM tiene como objetivo profesionalizar a los alumnos para insertarlos en el ámbito laboral con experiencia en la atención psicológica práctica. En la residencia de Medicina Conductual, definitivamente se cumple este propósito al dar atención a los pacientes dentro de un contexto hospitalario, la cantidad de pacientes que atiende sector salud garantiza que existan personas con las que poder desarrollar la parte práctica, sin embargo en ocasiones pareciera más alta la demanda de pacientes que el número de residentes por lo que es difícil atender todas las necesidades de atención. A partir de lo anterior, se sugiere incrementar el número de residentes en servicios grandes como es medicina interna, ya que las labores para una persona son muy absorbentes, además se podrían implementar actividades fijas por ejemplo proporcionar pláticas como se hace en otros servicio, con el objetivo de que la atención no sea individual y abarque mayor número de pacientes.

El número de pacientes que el residente requiere atender dificultan que todas las atenciones brindadas sean de calidad, sería mas enriquecedor atender menos pacientes pero garantizar que se cuente con supervisión y sustento teórico cuando se hace. Además, la residencia puede proporcionar mayor facilidad a los estudiantes para garantizar la atención de calidad, por ejemplo capacitación, clases extra o permiso para asistir a cursos que sean requeridos en el servicio. No hay que olvidar que el paciente es primero, por lo tanto se debe garantizar que todos los residentes sean capaces de poder dar una atención buena.

La supervisión es escasa para todas las necesidades del servicio, además que se percibe como “fantasma” al no hacerse en conjunto con el personal médico, es decir, rara vez el personal de salud identifica que el residente en medicina conductual no está solo sino que hay quien respalda sus acciones. Se sugiere para ampliar la supervisión, idear estrategias tecnológicas o incrementar el número de veces a la semana que se da, además de que se incluya más personal académico para contar con otros puntos de vista.

Durante el primer semestre se brindan talleres que buscan preparar al residente para el ámbito hospitalario, a pesar de esto no es suficiente para cubrir con las necesidades del hospital, se podrían idear dinámicas para acudir antes a las sedes y así sea más fácil la

transición o bien, empezar a tener algunos pacientes y conforme avanzara la maestría ampliar el número de los mismos.

Finalmente se concluye que la maestría es enriquecedora en la formación práctica, pero es posible reforzar la parte teórica para complementar los estudios del residente. De cualquier forma la experiencia fue muy placentera y grata para la formación profesional, por lo que se obtienen buenas experiencias de la misma.

Referencias Bibliográficas

- Agema, P. & Sherifali, R. (2012). Determining the impact of an intervention to increase problem-solving skills in diabetes self-management: The diabetes problem-solving passport pilot study. *Canadian Journal of Diabetes*, 36(4), 199-203. doi <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcjd.2012.07.004>
- Allegrante, P., Peterson, J., Boutin, C. Ogedegbe, G. y Charlson, M. (2008). Multiple health-risk behavior in a chronic disease population: What behaviors do people choose to change?. *Preventive Medicine*, 46, 247–251. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17996930>
- ALAD (2013). *Guía ALAD sobre el diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2*. Recuperada de http://issuu.com/alad-diabetes/docs/guias_alad_2013
- 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://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14290206>
- American Association of Clinical Endocrinologists/ American College of Endocrinology. (2015). Comprehensive Diabetes Management Algorithm. *Endocrine Practice*, 21(4), 438-447. doi:10.4158/EP15693.CS
- Amsberg, S., Anderbro, T., Wredling, R., Lisspers, J., Lins, P., Adamson, U., ... & Johansson, U.B. (2009). Experience from behavioral medicine intervention among poorly controlled adult type1 diabetes patients. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 84(1), 76-83. doi:10.1016/j.diabres.2008.12.011
- Anguiano, S. S., (2014). El tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el campo de la Medicina Conductual. En Reynoso, L. y Becerra, A. (Coordinadores). *La medicina Conductual: teoría y práctica*. (pp. 147-163). México: Quartuppi. Recuperado de https://www.academia.edu/9252363/Medicina_Conductual_Teor%C3%ADa_y_Pr%C3%A1ctica.

- American Psychiatric Association (APA). (2000). *DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Arroyo, C., Becerra, A. Fuentes, F., Lugo, I., Pérez, B., Reséndiz, A., Rivera G., Rivera L. y Reynoso, L. (2014). 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). (pp. 233-255). México: UNAM. Recuperado de [http://www.psicol.unam.mx/pdf/Tendencias%20Actuales%20en%20Aprendizaje%20y%20Memoria,%20Livia%20Sanchez%20Carrasco%20y%20Javier%20Nieto%20\(editores\),%20Fac%20Psicologia,%202014.pdf](http://www.psicol.unam.mx/pdf/Tendencias%20Actuales%20en%20Aprendizaje%20y%20Memoria,%20Livia%20Sanchez%20Carrasco%20y%20Javier%20Nieto%20(editores),%20Fac%20Psicologia,%202014.pdf)
- Baumer, E.M. (1999). Using the Zimbabwe hand teaching method with an urban Austrian population. *Diabetes Spectrum*, 12(3), 185. Recuperado de <http://journal.diabetes.org/diabetesspectrum/99v12n3/Pg185.htm>
- Borda, M., Pérez, M. y Blanco, A. (2000). *Manual de técnicas de modificación de la conducta en medicina comportamental*. España: Universidad de Sevilla.
- Brayer, A.M. (2011). *Questions and answers about Diabetes*. Estados Unidos: Jones and Barlett.
- Callozo, M. (2001). *Guía de la clínica mayo sobre tratamiento de la diabetes*. México: Intersistemas.
- Caselli, G., Mesle, F., & Vallin, J. (2002). Epidemiologic transition theory exceptions. *Genus*, 58(1), 9-51. Recuperado de http://www.demogr.mpg.de/papers/workshops/020619_paper40.pdf
- Castro, C.M., Rico, H.L., & Padilla, R.N. (2014). Efecto del apoyo educativo para la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2: un estudio experimental. *Enfermería Clínica*, 24(3), 162-167. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862113001745>
- Chan, J.M., Rimm, E.B., Colditz, G.A., Stampfer, M.J. & Willett, W.C. (1994). Obesity, fat distribution, and weight gain as risk factors for clinical diabetes in men. *Diabetes Care*, (17), 961-969. Recuperado de <http://care.diabetesjournals.org/content/17/9/961.full.pdf+html>

- Chang, S., Choi, S., Se-An, K. & Misoon, S. (2014). Intervention Strategies Based on Information-Motivation-Behavioral Skills Model for Health Behavior Change: A Systematic Review. *Asian Nursing Research*, 8, 172-181. doi <http://dx.doi.org/10.1016/j.anr.2014.08.002>
- Conthe, P., Márquez, C., Pérez, A., Barragán, G., Fernández, C., González, J... y Pinto, J.L. (2014). Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica; estado de la situación y perspectiva a futuro. *Revista Clínica Española*, 214(6), 1-19. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4784767>
- Córdova, V., J., Barriguete, M. J., Lara, E., A., Barquera, S., Rosas, P.M., Hernández, A. M...y Aguilar, S.C. (2008). Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Pública de México*, 50(5), 419-427. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000500015&lng=es&tlng=es
- Córdova, V., Lee, M., Hernández, A., Aguilar, S., Barriguete, M., Kuri, M. ...& González, A. (2009). Plan de Prevención Clínica de las Enfermedades Crónicas: sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes mellitus 2007-2012 y Sistema de Indicadores de Diabetes en México. *Revista Mexicana de Cardiología*, 20(1), 42 – 45. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/cardio/h-2009/h091h.pdf>
- D Zurilla, J.T. & Goldfried, M.R.(1971). Problem Solving and Behaviorla Modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78(1), 107- 126. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4938262>
- Dantés, O.G., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F.M., Arreola, H. y Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 53(2), 220-232. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800017&lng=es&tlng=es
- Diabetes entre pares (14 de octubre de 2010) ¿Qué es la diabetes? [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=qTJoQSzq0Zg>

- Durán, V., Rivera, B. y Franco G. (2001). Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Salud pública de México*, 243(3), 233-236. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v43n3/a09v43n3.pdf>
- ENSANUT (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*. Recuperado de http://ensanut.insp.mx/doctos/ENSANUT2012_Sint_Ejec-24oct.pdf
- Federación Internacional de Diabetes.(2014). *Atlas de diabetes IDF*. Recuperado de <http://www.idf.org/diabetesatlas>
- Federación Mexicana de Diabetes. (2012). *Diabetes en México*. Recuperado de <http://fmdiabetes.org.mx/diabetes-en-mexico/>
- Federación Mexicana de Diabetes. (2014). *Infografía diabetes en números*. Recuperado de <http://fmdiabetes.org.mx/diabetes-en-mexico/>
- Feixas, G. y Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Fernández, C. & Pérez, M. (1996). Evaluación de las implicaciones psicológicas en la diabetes. En Buela, G., Caballo, V. y Sierra, J. (Directores.). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. (pp. 873-888). Madrid: Siglo XXI.
- Fitzpatrick, L., Schumann, P., Hill-Briggs, F. (2013). Problem solving interventions for diabetes self-management and control: A systematic review of the literature. *Diabetes Research and Clinical Practice*,100(2), 145-161. doi: 10.1016/j.diabres.2012.12.016
- Florez, A.L. (1991). La Psicología de la Salud y su relación con la Medicina Conductual. *Revista de Psicología*, 23, 13-30. Recuperado de <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/35717>
- Franks, M.C. (1991). Orígenes, historia reciente, cuestiones actuales y estatus futuro de la terapia de conducta: una revisión conceptual. En Caballo, V. (compilador.). *Manual de Técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 3-50). Madrid: Siglo XXI.
- García P.A., Calderón M.M., Serrano A.K. (2010). Problemas psicológicos en el servicio de urgencias del Hospital General de Atizapán. *Revista Electrónica de Psicología*

- Iztacala, 13(1), 18-33. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/16991>
- Gavin, J.R. (1998). New clasification and diagnostic criteria for Diabetes Mellitus. *Clinical Cornerstone Diabetes*,1(3),1 -12. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9830777>
- Gavino A (2006). *Guía de Técnicas de terapia de Conducta(coord)*. España: Ediciones Pirámide; 2006.
- Gershenson, C. y Wisdom, T. N. (2013). Previniendo enfermedades crónico-degenerativas con vacunas sociales. *Cirugía y Cirujanos*, 81(2) 83-84. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66225687001>
- Gómez, C., Monsalve, P., Soriano, J.F. y De Andrés, J. (2013). Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina Intensiva*, 31(6), 318-325. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-569120070006600006&lng=es&nrm=iso
- Gómez, J.A., Nieto, A.E., Gómez, A.C., Figueroa, N.B. y Álvarez, A.C. (2010). Parámetros antropométricos como predictores de la resistencia a la insulina en adultos con sobrepeso y obesidad. *Atención Primaria*, 42, 364 -371. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3242161>
- González, G.N. & Ángeles, C.M. (2009). Apuntes para repensar la “teoría de la transición epidemiológica” y su importancia para el diseño de políticas públicas. *Espacios Públicos*, 12, 151-162. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67611350009>
- Hankonen, N., Sutton, S., Prevost, A., Simmons, R., Griffin, S., Kinmonth, A. & Hardeman, W. (2014). Which behavior change techniques are associated with changes in physical activity, diet and body mass index in people with recently diagnosed diabetes?. *Annals of Behavioral Medicine*,49(1), 1-11. doi: 10.1007/s12160-014-9624-9.

- 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>
- INEGI (2012). *Mortalidad ¿de qué mueren los mexicanos?*. Recuperado de <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/defunciones.aspx?tema=P>
- INEGI, (2013). *Estadísticas a propósito del día mundial de la diabetes*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?s=inegi&c=2823&e=18>
- Instituto Nacional de Salud Pública (1993) *Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas*. Recuperado de <http://www.insp.mx/encuestoteca.html>
- Inagaki, M., Ohtsuki, T., Yonemoto, N., Oikawa, Y., Kurosawa, M., Muramatsu K., Furukawa T.A. & Yamada M. (2013). Prevalence of depression among outpatients visiting a general internal medicine polyclinic in rural Japan. *General Hospital Psychiatry*, 35 (3), 286-290. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2012.11.013
- Kanfer, F. (1977). The many faces of self-control, or behavior modification changes its focus. En R. Stuart (director.). *Behavioral self-management. Strategie: Techniques and Outcomes*. New York: Brunner.
- Kazdin, A.E. (2000). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. 2da ed. México: Manual Moderno.
- Lau, D., & Teoh, H. (2013). Benefits of Modest Weight Loss on the Management of Type 2 Diabetes Mellitus. *Canadian Journal of Diabete*, 37, 128-134. doi: 10.1016/j.cjcd.2013.03.023
- Leavel, H.G. & Clark, E.G. (1958). *Preventive medicine for the doctor in his community* (2a ed.). Nueva York: Mc Graw Hill.
- Ledón, L.L. (2011). Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(4) 488-499. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21421364013>
- Letelier, I., Valdivieso, A., Gazitúa, A., Echávarri, R., Armas M. (2011). Definición actual de la medicina interna y el internista. *Revista Médica de Chile*, 139, 1081-1088.

Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000800016

Macía, D. y Méndez, F.X. (1996). Evaluación de la adherencia al tratamiento. En G. Buela-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra (Editores.): Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud. (pp. 217-258). Madrid: Siglo XXI.

Malek, G., Poursharifi, M., & Aliasgarzadeh, A. (2010). Effectiveness of Information-Motivation and Behavioral skill (IMB) model in improving self-care behaviors & HbA1c measure in adults with type2 diabetes in Iran-Tabriz. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 1868–1873. doi <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.380>

Mantzoros, C.S. (2005). *Obesity and Diabetes*. Estados Unidos: Humana press.

Meichenbaum, D. y Turk, D. (1987). *Cómo facilitar el seguimiento de tratamientos terapéuticos*. Madrid: Desclee de Brouwer.

Menéndez, T. E., Lafita, T. J., Artola, M. S., Milán, N.A., García, A., Puig, D.M...& Romero, G.L. (2011). Recomendaciones para el tratamiento farmacológico de la hiperglucemia en la diabetes tipo 2: Documento de consenso. *Nefrología*, 31(1), 17-26. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952011000100004&lng=es.

Metha R. y Almeda, V.R. (2014). *Viviendo con diabetes: Un manual práctico*. Alfil: México

Morales, J., García, B., Madrigal, E. y Ramírez, C.(2008). *Diabetes*. Hidalgo: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Moreno, R.D., López, G.M., Cepeda, I.M., Alvarado, G.I. y Plancarte, P.C. (2005). *Diseños de Investigación*. Universidad de Estudios Superiores Iztacala: México.

Morof, L.B. & Larsen, P.D. (2009). *Chronic illness: Impact and intervention* (8th ed). USA: Jones & Bartlett Learning.

National Diabetes Educational Program (2014). *4 pasos para controlar la diabetes de por vida (versión en español)*. Recuperado de http://ndep.nih.gov/media/NDEP80_4Steps_4c_508.pdf

- Nezu, A.M. y Nezu, C.M. (1991). Entrenamiento en solución de problemas. En Caballo, V.E. (compilador). *Manual de Técnicas de terapia y modificación de conducta*. (pp. 527-553). Madrid: Siglo XXI.
- Oblitas, L. y Becoña, E. (2000). *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdez.
- Omram, A. (2005). The Epidemiologic Transition: A theory of the Epidemiology of population change. *Milbank*, 83(4), 731–757. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Enfermedades crónicas. Recuperado de http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- Organización Mundial de la Salud (2012). Las 10 causas principales de defunción en el mundo. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index2.html>
- OMS (2014). *Diez cosas que no sabías sobre la diabetes*. Recuperado de <http://www.who.int/features/factfiles/diabetes/es/>
- Ortiz, P.M. (2007). Psicología de la salud: una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile*, 135, 647-652. doi <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000500014>
- Ortiz, M., Ortiz, E., Gatica, A. y Gomez, D. (2011). Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Terapia Psicológica*, 29(1) 5-11 . doi <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100001>
- Osborne, C. & Egede, L. (2010). Validation of an Information–Motivation–Behavioral Skills model of diabetes self-care (IMB-DSC). *Patient Education and Counseling*, 79(1), 49–54. doi: 10.1016/j.pec.2009.07.016
- Pandolfo, A. (14 marzo del 2013). ¿Qué es la diabetes tipo 1 y que es la diabetes tipo 2? [Archivo de video]. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=PH6A3EDyc_c
- Peralta, M.L. y Carbajal, P.P. (2008). Adherencia a tratamiento. *Revista del Centro Dermatológico Pascua*, 17(3), 84-88. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2008/cd083b.pdf>

- Pisano, G.M. y González, P.A. (2014). La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *Enfermería Clínica*, 24(1), 59-66. doi <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.10.006>
- Puavilai, G., Chanprasertyotin, S., & Sriphrapradang. (1999). A. Diagnostic criteria form Diabetes Mellitus another categories of glucose intolerance: 1997 criteria by the expert committee on diagnosis and classification of Diabetes Mellitus (ADA), 1998 WHO consultation criteria, and 1985 WHO criteria. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 44, 21-26. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10414936>
- Puente, S. (1985). *Adherencia terapéutica: Implicaciones para México*. México: Lepetite.
- Ramos, M., Catena, A. y Trujillo H. (2004). *Manual de Métodos y técnicas de investigación en ciencias del comportamiento*. España: Biblioteca Nueva.
- Rodríguez, C.A., Rentería, R.A. y García, R.J. (2013). Adherencia a la dieta en pacientes diabéticos; efectos de una intervención. *Suma Psicológica*, 10(1), 91-101. Recuperado de <http://www.summapsicologica.cl/index.php/summa/article/view/40>
- Reyes, H.B.(2005). ¿Qué es Medicina Interna?. *Revista Médica de Chile*, 134(10), 1338-1344. doi <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872006001000020>
- Reynoso E.L. y Becerra G.A. (2014). *Medicina Conductual: Teoría y Practica (coordinadores)*. Quartuppi.: México.
- Reynoso, E. L. (2005). *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual*. UNAM: México.
- Reynoso, E. L., Álvarez, G. y Seligson, N.I.(2005). *Manual para conocer la diabetes*. Universidad Nacional Autónoma de México: México
- Schlundt, D., Rea, M., Hodge, M., Flannery, M., Kline, S., Meek, J.,... & Pichet, J.W. (1996). Assessing and overcoming situational obstacles to dietary adherence in adolescents with IDDM. *Journal of Adolescent Health*, 19(4), 282-288. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8897106>

- Secretaria de Salud, (2002). Manual de toma de procedimientos. Toma de medidas cónicas y antropométricas. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7518.pdf>
- Secretaria de Salud (2003). Manual de Organización específico Hospital Juárez de México. Recuperado de http://www.hospitaljuarez.salud.gob.mx/descargas/normatividad/MANUAL_ORGANIZACION-_2005.pdf
- Secretaria 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
- Secretaria de Salud (2010). *NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus*. Recuperado de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010
- Secretaria 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
- Secretaria de Salud (2012). *NORMA Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación*. Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013
- Secretaria de Salud. (2012). NORMA Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2002, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias. Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5259329&fecha=13/07/2012
- Secretaria de Salud. (2013). Boletín epidemiológico diabetes mellitus tipo 2. Recuperado de http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/bol_diabetes/dm2_2013.pdf
- Secretaria de Salud (2014). *Portal del Hospital Juárez de México*. Recuperado de <http://www.hospitaljuarez.salud.gob.mx>

- Shapiro, D. (1988). Hacia una Medicina Comportamental Comprensiva. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20(1), 21- 43. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80520103>
- Slaikou, K. (1996). *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*. México: Manual Moderno.
- Stone, G.C. (1988). Psicología de la salud: una definición amplia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20(1), 15-26. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80520102.pdf>
- Sul, J. & Wallston, A. (2003). *Social Psychological Foundations of Health and Illness (eds)*. United Kingdom: Blackwell Publishing.
- UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group (1998). Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet*, 352(9131), 837–53. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9742976>
- Universidad Nacional Autónoma de México Posgrado Psicología (2014). *Misión y visión*. Recuperado de http://psicologia.posgrado.unam.mx/?page_id=1463
- Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala (2014). *Normatividad Para Residentes en Medicina Conductual: Reglamento, Procedimientos y Consideraciones Éticas Generales*. Manuscrito Inédito, FES Iztacala, México.
- Universidad Nacional Autónoma de México (2015). Programa de residencia en medicina conductual en el Hospital Juárez de México. Manuscrito inédito, FES Iztacala, México.
- Williamson, D.A., Anton, S.D., Han, H., Champagne, C.M., Allen, R., LeBlanc, E.... & Sacks, F.M. (2010). Adherence is a multi-dimensional construct in the pounds lost trial. *Journal Behavioral Medicine*, 33(1), 35-46. doi: 10.1007/s10865-009-9230-7

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado (Formato Hospital Juárez de México).

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del protocolo:

**** Adherencia a la dieta en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2: un programa de intervención desde la Medicina Conductual.**

**Investigador principal: Dr. Martín Herrera Cornejo

Teléfono 5523225446 **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. Medicina Interna

**Nombre del paciente: _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. 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 el seguimiento de una dieta 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 favorecer la alimentación adecuada del paciente con diabetes al enseñarle estrategias para cambiar su comportamiento y estilo de vida. Se espera que a través d 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. 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 influye en el control de la enfermedad. Aprenderá algunas estrategias para cambiar los comportamientos que interfieren en el seguimiento de su dieta y que complementan su tratamiento médico

Este estudio permitirá que en un futuro otros pacientes puedan beneficiarse del conocimiento obtenido sobre la alimentación, 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, y se le hará la invitación para participar en la investigación. 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 de dos formas en el estudio. La primera será al formar parte de un grupo que recibirá un taller de 6 sesiones semanales con duración de 1 h 30 min, a las que se le pide asistir en un 80% y que serán impartidas por la Lic. Zyania Merche Ramos. 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.

La segunda opción es no participar en el taller. A estos participantes se le pedirá apoyo para tomar las medidas antes mencionadas o se extraerá de su expediente, al término de impartir el taller se recabarán nuevamente estas medidas mediante su expediente médico.

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

Este estudio consta de las siguientes fases:

La primera implica promocionar y explicarle en que 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 confidencial

Para la toma de glucosa se le dará un piquete en el dedo índice que pudiera llegar a 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

En caso de que usted desarrolle algún efecto adverso secundario o requiera otro tipo de atención, ésta se le brindará en los términos que siempre se le ha ofrecido.

****6. ACLARACIONES**

Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, - aun cuando el investigador responsable no se lo solicite-, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

No recibirá pago por su participación.

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

Usted también tiene acceso a los Comités de Investigación y Ética en Investigación del Hospital Juárez de México a través del Dr. José Moreno Rodríguez, Director de Investigación o la Dra. Sonia Chávez Ocaña presidente del Comité de Ética en Investigación.

En el edificio de Investigación del Hospital Juárez de México

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

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 apegó a ella.

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

Firma del investigador Fecha

****7. CARTA DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Título del protocolo: Adherencia a la dieta en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2: un programa de intervención desde la Medicina Conductual.

Investigador principal: __Dr. Martin Herrera Cornejo

Sede donde se realizará el estudio: Hospital Juárez de México Servicio de Medicina Interna

Nombre del participante: _____

Por este conducto deseo informar mi decisión de retirarme de este protocolo de

investigación por las siguientes razones: (Este apartado es opcional y puede dejarse en blanco si así lo desea el paciente)

Si el paciente así lo desea, podrá solicitar que le sea entregada toda la información que se haya recabado sobre él, con motivo de su participación en el presente estudio.

Firma del participante o del padre o tutor Fecha

Testigo Fecha

Testigo Fecha

c.c.p El paciente.

(Se deberá elaborar por duplicado quedando una copia en poder del paciente)



Anexo 2. Carta compromiso.



Hospital Juárez de México
Universidad Nacional Autónoma de México
Maestría en Psicología
Residencia en Medicina Conductual
Medicina Interna

Carta compromiso

Gustavo A. Madero, Distrito Federal, a _____ de _____ 2015.

Yo _____, como participante del taller “Mejorando el seguimiento de mi dieta” cuyo objetivo es favorecer la alimentación adecuada del paciente con diabetes al enseñarle estrategias para cambiar su comportamiento y estilo de vida, me comprometo a asistir con puntualidad a las sesiones.

Al firmar hago el compromiso de acudir al 80% del taller (6 sesiones) y en caso de no poder presentarme notificarlo una sesión antes.

También me comprometo a realizar las tareas que sean solicitadas a lo largo del taller.

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

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.

ACEPTO

Nombre y firma del usuario

Nombre y firma del terapeuta

Anexo 3. Ejemplo materiales para revisar en casa.

DIABETES MELLITUS

Cuidar el consumo de azúcares simples

Consume:

- Verduras crudas : acelga, alfalfa germinada, cebolla, espinaca, flor de calabaza, lechuga, nopal, brócoli, coliflor, ejote, tomate verde, col, chile poblano, chayote.
- Productos lácteos bajos en grasa y sin azúcar: leche, quesos frescos, yogur.
- Frutas ricas en fibra y bajas en azúcares: chabacano, ciruela roja, guayaba, manzana, pera, guanábana, toronja, jícama, uva verde sin semilla.

Con moderación:

- Hidratos de carbono complejos: cereales integrales; frutas enteras, crudas y con cáscara.

Con límite:

- Azúcares simples: como azúcar refinada, cereales refinados, jugos de fruta, frutas maduras, pastelitos, galletas, pan industrializado.

Método del plato

Beba agua o bebidas sin azúcar

Mi Plato Saludable

Planee las porciones en su plato

1/2 Almidón	1/2 Vegetales
1/4 Proteína	

+ Opcional Fruta o producto lácteo

- Comer muchas frutas y verduras.
- Elija alimentos de grano entero.
- Incluya frijoles (porotos, habichuelas) y las lentejas en sus comidas.
- Elija carnes magras y quite la piel del pollo y pavo.
- Incluya pescado en sus comidas, 2-3 veces a la semana.
- Use aceites líquidos como aceite de canola o de oliva en lugar de grasas sólidas como manteca o margarina.

American Diabetes Association
Por tu familia.®

© "Método del plato" tiene tres partes: la sección más grande debe llenarla con verduras sin azúcar, como zanahoria, brócoli, coliflor, apio, espárragos, habichuelas verdes (papas), lentejas, guisantes, papas, almorcita, repollo, tomate y zanahoria. El otro 1/2 de la porción de verduras, puede llenarla con frijoles, arroz, maíz o papas. La otra sección pequeña puede llenarla con carne, pescado, pollo, huevo o tofu. Resalte de sus platos siempre verduras sin azúcar grandes. Cambiando estas cantidades de acuerdo al plato.

© June 2013 American Diabetes Association

SÍNTOMAS DE HIPOGLUCEMIA

TAQUICARDIA

SUDORACIÓN

ANSIEDAD

IRRITABILIDAD



ZUMBIDOS

Taquicardia

VISIÓN BORROSA

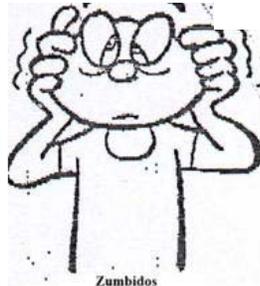
Ansiedad

Irritable

HAMBRE

FATIGA/DEBILIDAD

DOLOR DE
CABEZA



Zumbidos

Hambre

Visión borrosa

Fatiga - Debilidad

Dolor de cabeza

Anexo 4. Hoja de ejercicio en solución de problemas.

Instrucciones Responda lo más descriptivamente posible a cada una de las preguntas que se presentan a continuación

Situación problema a definir	
¿Quién está involucrado?	
¿Qué sucede (o no sucede) para que se preocupe?	
¿Dónde sucede?	
¿Por qué sucede (incluir acciones, pensamientos y emociones)	
¿Cuál es su respuesta a esta situación (incluir acciones, pensamientos y emociones)	

Anexo 5. Hoja de ejercicio en solución de problemas 2.

Alternativa de solución			
	Positivas	Negativas	Esfuerzo y tiempo requerido
Opción A			
Opción B			
Opción C			

Apéndices

Apéndice 1. Carta descriptiva de las sesiones del taller.

Las sesiones se llevarán a cabo dentro del Hospital Juárez de México y estarán a cargo del tesista Lic. En Psicología Zyanía Melchy Ramos

Sesión	Duración	Técnica/ Objetivos	Actividades	Instrumentos y Materiales
Pretest	2 horas	Evaluación inicial	Se citó a los pacientes al consultorio de Medicina Conductual ubicado en el Hospital Juárez de México, se realizó la toma de medidas peso, circunferencia de cintura, glucosa, tensión arterial y se calculó el IMC. Después de que todos los participantes fueron medidos en un aula de enseñanzas se proporcionó una breve introducción sobre el protocolo y sus objetivos. Al concluir, se proporcionó el consentimiento informado (Anexo 1) , carta compromiso (Anexo 2) y manual de registro (Apéndice 5). Se explicó la manera de llenar el manual a partir de las medidas realizadas y las copias de laboratorios solicitados sobre: HbA1c, colesterol y triglicéridos. Se aclararon dudas y se agendó la próxima sesión	<ul style="list-style-type: none"> -Manual de registro - Báscula -Glucómetro - Lancetas -Tiras reactivas - Esfigmomanómetro electrónico -Lápiz y plumas -Consentimiento informado - Carta compromiso - Cinta métrica - Glucómetro

1	2 hrs.	<p>Psicoeducación</p> <p>Que el paciente identifique los conceptos básicos de la diabetes</p>	<p><i>Medición:</i> Se realizó la toma de medidas: glucosa, peso, presión arterial y circunferencia de cintura. Se pidió registrar en manual</p> <p><i>Actividad 1.</i> Psicoeducación. Se preguntó a los pacientes ¿qué saben sobre la diabetes? Se dio una presentación computarizada apoyada con videos sobre qué es la diabetes y formas de control (Pandolfo, 2013; Diabetes entre pares, 2010). Se explicaron los índices normales de glucosa en sangre y HbA1c. Al término se aclararon dudas (para consultar ejemplos de la información proporcionada consultar Apéndice 6).</p> <p><i>Actividad 2.</i> Se pidió a los participantes que en parejas contestaran preguntas sobre la enfermedad, por ejemplo ¿qué es la diabetes? O ¿cuáles son las formas para controlar la diabetes? Se pidió que entre ellos explicaran qué entendieron de la presentación. Se preguntó a cada pareja y se resolvieron dudas.</p> <p><i>Cierre.</i> Se hizo un resumen breve de la sesión y se pidió generar conclusiones del tema revisado</p> <p><i>Tarea.</i> Se pidió llenar los registros diarios de alimentación, se contestaron preguntas sobre formato o llenado. Se proporcionó material psicoeducativo para revisar en casa (folleto 1: Reynoso (2005) y folleto 2: <i>National Diabetes Educational Program</i>, 2014)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Computadora - Proyector - Hojas - Lápiz - Preguntas sobre diabetes - Folletos psicoeducativos (1 y 2) - Báscula - Cinta métrica - Esfigmomanómetro electrónico - Lancetas - Tiras reactivas - Glucómetro
---	--------	---	--	---

2	1.30 hrs.	<p>Psicoeducación sobre alimentación</p> <p>Que los pacientes distingan los conceptos básicos de la alimentación en la diabetes</p>	<p><i>Medición:</i> Se realizó toma de glucosa, peso, presión arterial y circunferencia de cintura. Se pidió registrar en manual</p> <p><i>Revisión de tarea.</i> Los pacientes entregaron los registros de la semana previa y se aclararon dudas. Se hicieron tres preguntas breves sobre los materiales psicoeducativo.</p> <p><i>Actividad 1.</i> Psicoeducación. Se preguntó qué conocen sobre la alimentación en pacientes con diabetes. A continuación se expuso a través de una presentación) información básica sobre cómo influye la alimentación para el control de la diabetes, las porciones y los distintos tipos de alimentos. Se explicó el método del plato y el papel de los hidratos de carbono en los niveles de glucosa en sangre.</p> <p><i>Actividad 2.</i> Se proporcionaron imágenes de diferentes alimentos que tuvieron que clasificar en cada categoría (carbohidratos, grasas, frutas etc.). También se pidió colocar los alimentos en un semáforo colocando aquellos que son de consumo frecuente, limitado y restringido (Apéndice 7).</p> <p><i>Cierre.</i> Se pidió a los pacientes hacer un resumen de la sesión y se aclararon dudas. Se proporcionó material con la información presentada para consultar en casa (para consultar ejemplos véase Anexo 3)</p> <p><i>Tarea:</i> Compartir recetas. Se pidió de tarea elaborar o buscar una receta de comida de acuerdo a la explicación dada, es decir algún platillo que incluyera todos los grupos alimenticios, además se pidió llenar los registros diarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Proyector - Computadora - Imágenes de alimentos - Imagen de semáforo - Báscula - Cinta métrica - Esfigmomanómetro electrónico - Lancetas - Tiras reactivas - Glucómetro
3	1.30 hrs	<p>Autocontrol</p> <p>Que el paciente modifique los</p>	<p><i>Medición:</i> Se hizo la toma de glucosa, peso, presión arterial y circunferencia de cintura. Se pidió registrar en manual</p> <p><i>Revisión de tarea.</i> Se solicitó entregar las recetas para</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cañón - Computadora

	<p>estímulos que interfieren con la adherencia a la alimentación</p>	<p>elaboración de “recetario”, así como registros diarios de alimentación. Se aclararán dudas</p> <p><i>Actividad 1.</i> Se hizo una presentación computarizada sobre el modelo de autocontrol (sujeto como propio control, control de estímulos y contrato conductual)</p> <p><i>Actividad 2.</i> Se formaron equipos de dos personas y se pidió elaborar una lista de los estímulos que interfieren en la adherencia a la alimentación y aquellos que favorecen (alimentos, horarios, lugares, personas) consultar el Apéndice 8 para mayor referencia. A un costado los pacientes escribieron si es algo modificable y jerarquizaron en orden de dificultad esta modificación. A continuación se pidió diseñar estrategias para modificar estos estímulos empezando con el más sencillo.</p> <p><i>Actividad 3.</i> Elaboración de contrato conductual, se dio a firmar un contrato donde el paciente se comprometían a poner en práctica el control estimular de acuerdo a las actividades seleccionadas previamente</p> <p><i>Cierre.</i> Se pidió a los pacientes hacer un resumen de la sesión y se aclararán dudas.</p> <p><i>Tarea:</i> Se dejó de tarea llenar el registro diario de alimentos y poner en práctica el control estimular</p> <p>Al finalizar la sesión se entregó una copia del recetario una vez revisadas las recetas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hojas - Lápices - Contrato conductual - Báscula - Cinta métrica - Esfigmomanómetro electrónico - Lancetas - Tiras reactivas - Glucómetro
4	<p>Automonitoreo</p> <p>Que los pacientes practiquen técnicas de automonitoreo y</p>	<p><i>Medición:</i> Se hizo la toma de peso, presión arterial y circunferencia de cintura. Se pidió registrar en el manual</p> <p><i>Revisión de tarea:</i> Se solicitaron los formatos de registro de alimentación. Se hicieron preguntas sobre la puesta en</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cañón - Computadora - Hojas de colores

autoreforzamiento	práctica del control estimular y cumplimiento de contrato conductual	<ul style="list-style-type: none"> - Lápices - Báscula - Cinta métrica - Esfigmomanómetro electrónico - Lancetas - Tiras reactivas - Glucómetro
	<p><i>Actividad 1.</i> El investigador expuso en una presentación computarizada el concepto de automonitoreo y auto reforzamiento (consultar apéndice 5 para ejemplo de material). Se explicó cómo hacer el automonitoreo de los niveles de glucosa en sangre especialmente con síntomas de hipoglucemia e hiperglucemia</p>	
	<p><i>Actividad 2.</i> Se formaron parejas para escribir los principales síntomas de hipoglucemia e hiperglucemia, además se revisó el manual de registros para monitorear las mediciones hechas y comparar los cambios alcanzados. Se hicieron preguntas relacionadas con el inicio del taller y el momento actual. Se aclararán dudas</p>	
	<p><i>Actividad 3.</i> Cada paciente escribió frases reforzantes en hojas con el fin de utilizarlas como reforzador. Se solicitó escribir palabras de reforzamiento para ellos mismos y otras para intercambiar con sus compañeras. En un formato específico (Apéndice 9) los participantes escribieron tres objetivos para alcanzar en las próximas semanas, se acordó utilizar las tarjetas como reforzador de forma contingente al cumplimiento de los mismos, se pidió establecer objetivos conductuales sencillos. A continuación se aclararán criterios de contingencia e inmediatez y se repartieron las tarjetas.</p>	
	<p><i>Cierre.</i> Se pidió a los pacientes hacer un resumen de la sesión y se aclararon dudas.</p>	
	<p><i>Tarea:</i> registro diario de alimentación y utilización de</p>	

autoreforzamiento positivo				
5	1.30 hrs.	<p>Solución de problemas</p> <p>Que los pacientes generen alternativas de solución de problemas en la adherencia a la alimentación</p>	<p><i>Medición:</i> Se hizo la toma de glucosa, peso, presión arterial y circunferencia de cintura. Se pidió registrar en manual</p> <p><i>Revisión de tarea.</i> Se solicitaron los formatos de registro de alimentación. Se hicieron preguntas sobre utilización de los reforzadores positivos y el cumplimiento de objetivos.</p> <p><i>Actividad 1.</i> Presentación computarizada sobre orientación hacia las problemáticas entendiendo que los problemas son parte de la vida. Presentación paso 1, 2 y 3 de la técnica de solución de problemas (Nezu y Nezu, 1991)</p> <p><i>Actividad 2.</i> Se pidió a cada participante identificar qué problemáticas tenían con relación a la adherencia a la alimentación. Se pidió escoger una de estas para elaborar los siguientes pasos en solución de problemas. A continuación las pacientes identificaron el problema y lo escribieron en un formato específico (anexo 5). Después se pidió hacer una lluvia de ideas sobre posibles alternativas de solución. Se dieron ejemplos para identificar otras alternativas de solución en conjunto con el grupo</p> <p><i>Tarea:</i> Registro de actividades y escribir otras alternativas de solución para continuar la lluvia de ideas</p>	<p>Cañón</p> <ul style="list-style-type: none"> - Computadora - Hojas - Lápices - Báscula - Cinta métrica - Esfigmomanómetro electrónico - Lancetas - Tiras reactivas - Glucómetro
6	1.30 hrs.	<p>Que los participantes practiquen la ejecución de una alternativa de solución a una problemática</p>	<p><i>Medición:</i> Se hizo la toma peso, presión arterial, circunferencia de cintura y glucosa. Se pidió registrar en manual</p> <p><i>Revisión de tarea.</i> Se solicitaron los formatos de registro de alimentación. Se pidió a los pacientes enseñar la lista de las ideas de solución a la problemática</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hojas - Lápices - Báscula - Cinta métrica - Esfigmomanómetro

relacionada con adherencia	<p><i>Actividad 1.</i> Los participantes evaluaron las ventajas y desventajas de las alternativas establecidas. Se dieron varios ejemplos para el mismo fin. Al término las pacientes eligieron la mejor alternativa basada en los pros y contras. Se pidió poner en práctica la solución.</p> <p><i>Cierre del taller.</i> Se dio un cierre de las actividades hechas así como retroalimentación sobre la participación de los pacientes. Se llenaron los registros faltantes y se hicieron preguntas sobre los contenidos del mismo. A su vez se dio una solicitud para realizar la toma de laboratorios (colesterol, triglicéridos y HbA1c). Se acordará con los pacientes entregar copias de laboratorios en próxima visita al HJM. Se programó el seguimiento a 1 mes.</p>	<p>electrónico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lancetas - Tiras reactivas - Glucómetro
Seguimiento	<p>Se hizo la toma de medidas de peso, presión arterial, circunferencia de cintura y glucosa. Se solicitaron los laboratorios y aclararon dudas.</p>	

Materiales utilizados

Apéndice 2. Preguntas de tamizaje promocional.

Programa para personas con diabetes “Mejorando el seguimiento de mi dieta”

1. ¿Quisieras hacer cambios en tu manera de alimentarte para mejorar tu salud? **Si/No**
2. ¿Tienes problemas para seguir las indicaciones que tu médico te da en cuanto a alimentación para el control de tu Diabetes? **Si/No**
3. Desconoces o no encuentras ¿cómo seguir las recomendaciones sobre los alimentos que te da el médico para el cuidado de tu Diabetes? **Si/No**
4. ¿Te han dicho que tus niveles de glucosa (azúcar) están muy altos? **Si/No**
5. ¿Te gustaría aprender estrategias para mejorar el control de tu alimentación? **Si/No**
6. ¿Cuentas con tiempo disponible para acudir a seis sesiones en el Hospital Juárez de México? **Si/No**
7. ¿Quieres aprender sobre qué puedes comer y hacer cambios en tu estilo de vida?
Si/No

Si respondiste “Sí” a más de 3 preguntas, acércate a nosotros. Estamos ubicados en planta baja del HJM. **Consultorio “Medicina Conductual”** a un costado de “Psiquiatría”

Responsable: Lic. en Psicología Zyania Melchy Ramos

Apéndice 3. Cartel promocional.

Programa para personas con diabetes “Mejorando el seguimiento de mi dieta”

A VECES PARECE MUY DIFÍCIL SEGUIR
NUESTRO TRATAMIENTO



ES POSIBLE APRENDER FORMAS PARA HACER FRENTE A
ESAS DIFICULTADES.

VEN Y CONOCE CÓMO

Realiza cambios en las cosas que haces . Aprende sobre tu enfermedad
y algunas estrategias para seguir tu plan alimentario

Encuétranos en el CONSULTORIO DE “MEDICINA CONDUCTUAL”

Ubicado:

Dentro del Hospital en Planta Baja. A un costado de “Psiquiatría”

Responsable: Lic. en Psicología Zyania Melchy Ramos

Apéndice 4. Folletos promocionales.



¿Algunas cosas que haces te dificultan el control tu diabetes?
¿Quieres aprender a cómo hacer cambios en tu estilo de vida para complementar tu tratamiento médico?

Programa para personas con diabetes “Mejorando el seguimiento de mi dieta”

A veces parece MUY DIFÍCIL seguir nuestro tratamiento, por ejemplo en la alimentación.

Es posible aprender formas para hacer frente a esas dificultades.

Ven y conoce cómo

Fechas: 14 Abril al 26 de Mayo

Martes de 10:30 a 12:00 hrs



Realiza cambios en las cosas que haces . Aprende sobre tu enfermedad y algunas estrategias para seguir tu plan alimentario



Encuétranos en el CONSULTORIO DE “MEDICINA CONDUCTUAL” Ubicado: Dentro del Hospital en Planta Baja. A un costado de “Psiquiatría”

Este programa es COMPLEMENTARIO A TU TRATAMIENTO MÉDICO

Sin costo

Lic. en Psicología Zyania Melchy Ramos

Apéndice 5. Manual de registros.

Este manual se divide en varias secciones descritas a continuación:

- **Información general.** En esta sección se pide al paciente anotar fecha de nacimiento, lugar de residencia, edad, estado civil, medicamentos que está tomando, diagnóstico, tiempo de diagnóstico entre otros datos generales.
- **Información del manual.** Se indican las instrucciones de llenado y se proporcionan ejemplos para que el paciente conozca cómo utilizar el manual de registro
- **Registro de peso y circunferencia de cintura.** Contiene una tabla y una gráfica donde el paciente registrará de forma semanal (sesión a sesión) su peso y la medida de circunferencia en cintura.
- **Registro IMC.** Contiene la fórmula para calcular el IMC así como un ejemplo. Además de una gráfica en donde se coloca la medición inicial y final (al concluir la intervención) del IMC
- **Registro de Niveles de Glucosa.** 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. En la gráfica se encuentran los puntos de corte de acuerdo a niveles normales y altos de glucosa en sangre
- **Registro de Hemoglobina Glucosilada.** Contiene una tabla donde el paciente registrará los niveles de HbA1c al inicio y al término de la intervención. Se incluyen los valores considerados como adecuados y altos
- **Registro de colesterol y triglicéridos.** Contiene una tabla donde se pide registrar los niveles de colesterol y triglicéridos al inicio y al término del taller. En la gráfica se encuentran los puntos de corte de acuerdo a niveles altos y adecuados de estas medidas.
- **Presión arterial.** Incluye una tabla para el registro semanal durante las sesiones de la presión arterial.

- Registro de alimentos. Contiene una tabla donde se registra el tipo de alimento consumido durante el desayuno, comida y cena; así como las porciones. En esta sección se proporcionan ejemplos para realizar las mediciones y se proporciona una lista de algunos alimentos pertenecientes a cada grupo alimenticio.

Se brindará adicionalmente los formatos de registros de alimentos en blanco para ser llenados por los pacientes de manera semanal.

- Registro de escala de adherencia autoreportada. Contiene una tabla donde se solicita registrar en una escala del 0 al 10 qué tan adherentes fueron a la alimentación. El llenado se realiza de forma diaria.

Se proporcionarán adicionalmente los formatos de registros en blanco para ser llenados por los pacientes de manera semanal.

Libro de registro



Nombre:

1

Diabetes

Diabetes is a chronic condition characterized by high blood sugar levels. Insulin is the hormone that regulates glucose in the blood. There are several types of diabetes, and it can lead to various complications if not managed properly.

Nombre completo: **Información sobre mi**

Lugar de residencia:

Edad:

Estado civil:

Diagnóstico(s):

Tiempo de diagnóstico:

Medicamentos que tomo:

2

Información general

Contenido

Recuerda
llenar los registros que se te piden



Tienes en tus manos el cuaderno de registros que necesitarás llenar a lo largo del taller.

★ Estos son los registros que debes llenar **CADA VEZ QUE ACUDAS AL TALLER**. Se harán en conjunto con el personal que dé las sesiones y estarán marcados con una estrella.

■ Los registros marcados con un cuadrado necesitan ser llenados **DE LUNES A VIERNES EN CASA**.

▲ Los registros marcados con un triángulo deberán llenarse **AL INICIO Y AL TÉRMINO DE LAS SESIONES DEL TALLER**.

No hay respuestas malas ni buenas. Recuerda ser lo más sincero

Si tienes preguntas no dudes en aclararlas



ADAM

Información

EJEMPLOS REGISTROS

Instrucciones

Cuando se pide llenar gráficas coloca en cada sesión los puntos correspondientes

Ejemplo:



En las tablas se requiere llenar las columnas en blanco.

Por ejemplo:

Llenar las columnas de acuerdo a los datos obtenidos en sesión.

	Peso	Circunferencia cintura
Sesión 1	80 KG	98 cm
Sesión 2	80 KG	98 cm
Sesión 3	79 KG	98 cm
Sesión 4	79 KG	97 cm
Sesión 5	78	97 cm
Sesión 6	78 KG	97 cm

Apéndice 5. Manual de Registros Continuación...

★ **Peso** (Llenar cada sesión)

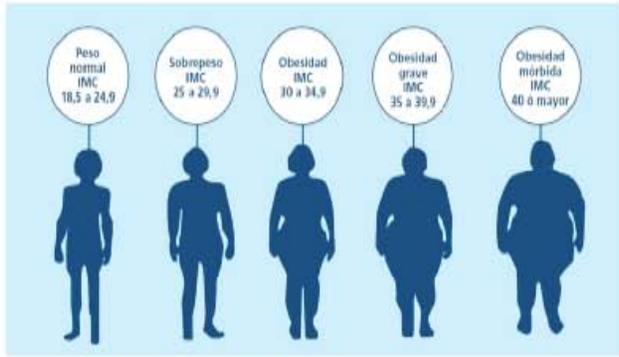
	Peso (Kg.)	Circunferencia cintura (cm.)
Inicio		
Sesión 1		
Sesión 2		
Sesión 3		
Sesión 4		
Sesión 5		
Sesión 6		



Gráfica de peso sesión a sesión



5



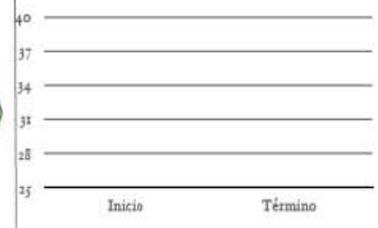
Gráfica IMC (Llenar al Inicio y término) ▲

El índice de masa corporal o IMC se obtiene :

$$IMC = \frac{PESO}{ALTEZA \times ALTEZA}$$

Ejemplo
 $IMC = \frac{80}{1.60 \times 1.60} = 31.2$

Gráfica tu IMC antes y después del taller



6

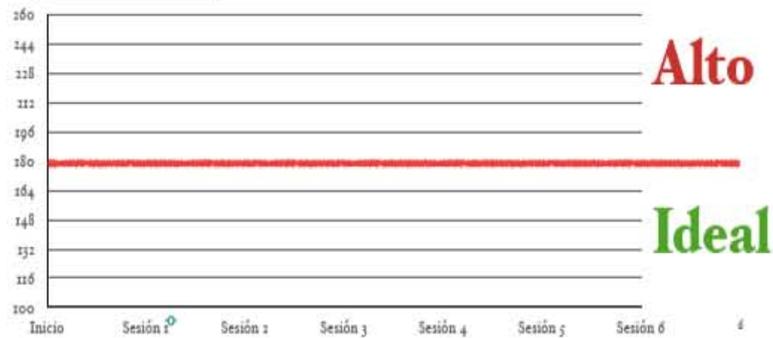
Apéndice 5. Manual de Registros Continuación...

★ Niveles de glucosa (Llenar cada sesión)



Glucosa

Glucosa	BAJO	IDEAL	ALTO
Inicio			
Sesión 1	Menos de 70	Ayuno De 100 a 130	Ayuno Mas de 130
Sesión 2		2 horas después de comer Menos de 180	2 horas después de comer Más de 180
Sesión 3			
Sesión 4			
Sesión 5			
Sesión 6			



7

▲ Laboratorios (Llenado al inicio y al término)

Hemoglobina glucosilada

(HbA1c)

HbA1c	
Inicio	
Término	

Recuerda: Esta prueba muestra el promedio de glucosa en sangre durante los últimos 2 a 3 meses.

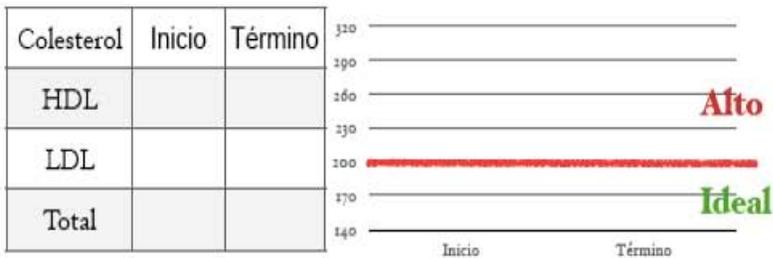
IDEAL	ALTO
Menos de 7%	Mas de 7%



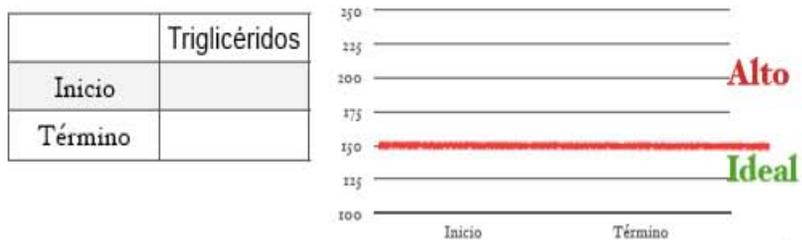
8

Apéndice 5. Manual de Registros Continuación...

▲ **Colesterol** (Llenado al inicio y al término)



▲ **Triglicéridos** (Llenado al inicio y al término)



9

★ **Presión arterial** (Llenado cada sesión)

	Presión arterial
Inicio	
Sesión 1	
Sesión 2	
Sesión 3	
Sesión 4	
Sesión 5	
Sesión 6	

IDEAL	ALTO
Hasta 130/80 mmHg	Mas de 140/90 mmHg



La presión arterial mide la fuerza que se aplica a las paredes arteriales



10

■ Registros de Alimentos (Lunes a Viernes)

A continuación vienen los ejemplos de cómo llenar los registros de alimentos. Estos se harán de LUNES A VIERNES.

RECUERDA SI SABES LO QUE COMES ES MÁS FÁCIL CAMBIARLO, POR ESO LA IMPORTANCIA DE LLENAR LOS REGISTROS



11

Nombre _____ Día _____ Fecha: _____

Instrucciones: Escribe qué comiste en la primera columna. En la casilla "Cuanto" escribe "1" por cada medida de los diferentes grupos alimenticios

	VERDURAS	CEREALES	ORIGEN ANIMAL Y LEGUMINOSAS	FRUTAS	GRASAS Y AZÚCAR
Qué desayuné					
Cuánto					
Que comí					
Cuanto					
Qué cené					
Cuánto					

OTROS: _____

12

12

Apéndice 5. Manual de Registros Continuación...

Ejemplo

Escribe qué comiste en la primera columna. En la casilla "Cuánto" escribe "I" por cada medida de los diferentes grupos alimenticios

	VERDURAS	CEREALES	ORIGEN ANIMAL Y LEGUMINOSAS	FRUTAS	GRASAS Y AZÚCAR
Qué desayuné	/	Cereal	Leche	Manzana	/
Cuánto	/	III	I	I	/
Qué comí	Zanahorias	Arroz	Pollo	/	Pastel
Cuánto	I	II	II		III
Qué cené	/	Tortilla	Queso	Pera	/
Cuánto	/	III	III	1	/

OTROS:

1 taza de café, 2 cervezas botella

**

Nombre _____ Semana _____ Fechas: _____

Instrucciones: Escribe en los recuadros qué tan bien comiste en el día en una escala del al 10. Puedes guiarte en la imagen para decidir la puntuación que mas se ajuste a tu comida.

Recuerda ser lo más sincero posible

■ ¿Qué tan bien comí el día de hoy?

(Llenado de Lunes a Viernes)

DÍA	0 A 10
Lunes	
Martes	
Miércoles	
Jueves	
Viernes	

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Excelente		Bien		Mas o menos		Mal		Pésimo	

**

Ejemplos

DÍA	o AL TO
Lunes	9
Martes	5
Miércoles	7
Jueves	6
Viernes	9

**¿Qué tan bien comí el día de hoy?
(Llenado de Lunes a Viernes)**

Me pondré 5 por que comí pasteli-
tos

Me pondré 9 por que comí balan-
crado

Instrucciones: Escribe en los recuadros qué tan bien comiste en el día en una escala del 0 al 10. Puedes guiarte en la imagen para decidir la puntuación que mas se ajuste a tu comida. Recuerda ser lo más sincero posible

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
Excelente	Bien		Mas o menos		Mal		Pésimo		

Ejemplos de medidas

Estas medidas te ayudarán a saber la CANTIDAD de lo que estás comiendo. Para algunos alimentos puede ser sencillo. Por ejemplo:

1 pieza

1 rebanada



1 cucharada

1 chucharadita



Para otros alimentos es más fácil medir con:

1 taza

1 lata

1 lata

1 botella







355 ml

250 ml

600 ml

250 ml

355 ml

Recuerda que las medidas son un aproximado

Apéndice 5. Manual de Registros Continuación...

Para otros alimentos medir la cantidad es más difícil. Para esos utiliza la medida con las manos en un aproximado

Verduras: 1 porción es lo que quepa en ambas palmas

Origen animal: 1 porción igual a la palma de la mano

Grasas y azúcar: 1 porción igual a un pulgar



Carbohidratos: 1 porción es igual a un puño

Frutas: 1 porción igual a un puño

16

Ejemplos

Desayuno



Cereal con leche



Manzana

1taza leche = a 1 porción de origen animal
1 taza de cereal= 1 porción de carbohidratos
1 manzana= a una porción de frutas

Lunes

Comida



Pierna y muslo de pollo con arroz



Pastel

Un muslo y una pierna = a dos "palmas" de pollo = 2 porciones de origen animal
1 taza de arroz= 1 porción carbohidratos

Cena



Quesadillas



Pera

3 quesadillas = 3 porciones de origen animal y 3 porciones de carbohidratos
1 pera = 1 fruta

17

Apéndice 5. Manual de Registros Continuación...

Ejemplos para llenar tus registros

Recuerda, si no sabes dónde registrar un alimento. Escríbelo en la sección "OTROS" y durante las sesiones se aclararán las dudas

En "Otros" también escribe las bebidas que consumes al día.

No olvides poner la CANTIDAD de lo que comes o bebes.

OTROS:

1 taza de café, 2 cervezas botella

"No sé donde poner 1 plato de Pozole"

"No sé donde poner dos "palmas" de "chicharrón"

FRUTAS

• Blueberries	Manzana desh.
• Cereza	* Melón chino
Chabacano	* Melón
Chabacano desh.	Naranja en gajos
• Ciruelas	* Naranja jugo
Dátil seco	Papaya
Durazno	Pasitas
• Frambuesa	Pera
• Fresas	* Piña picada
	^ Plátano deshid.
Guayaba	^ Plátano
Higo	* Sandía picada
• Kiwi	Toronja en gajos
Mamey	Tuna
Mandarina	* Uva blanca
* Mango manila	Zarzamora
Manzana	

* Contar como 1 porción de Frutas+ 1 de azúcar

^ Contar como "cereal"

VERDURAS

Acelga cruda	Espárragos
Alcachofa cocida	Espinaca cocida
Apio crudo	Espinaca cruda
Berenjena cocida	Flor de calabaza cocida
Bietabel crudo	Germen de Alfalfa crudo
Brócoli cocido	Jícama picada
Brócoli crudo	Jitomate bola
Calabacita cocida	Jugo de tomate
Calabacita cruda	Jugo de verduras
Cebolla cocida	Jugo de zanahoria
Champiñón cocido reb	Lechuga
Champiñón crudo reb	Nopal cocido picado
Chayote cocido picado	Pepino rebanado
Chícharo	Pimiento cocido
Chile Poblano	Pimiento crudo
Col cocida picada	Puré de Tomate en lata
Coliflor cruda	Verdolaga cocida
Huitlacoche	Zanahoria picada cruda
Ejotes cocidos	
Elotitos de cambray	

Apéndice 5. Manual de Registros Continuación...

ORIGEN ANIMAL		LEGUMINOSAS	
Atún		Alubia cocida	
Bacalao	Maciza de res	Frijol cocido	
Bistec de res	Medallón de filete	Frij. enteros en lata	
Bola de ternera	Muslo de pollo	Frij. refritos en lata	
Calamar crudo	Nugget de pollo	Garbanzo cocido	
Camarón pacotilla	Pechuga de pollo	Haba cocida	
Camarón seco	Peperami	Harina de frijol	
Carne molida de pavo	Pollo deshebrado	Harina de soya	
Carne molida de pollo	Queso cottage	Lenteja cocida	
Cecina de cerdo	Queso fresco		
Charales secos	Queso mozzarella		
Chicarrón de cerdo	Queso oaxaca		
Clara de huevo	Queso panela		
Escamoles	Requesón		
Filete de pescado	Salchicha de pavo		
Hígado de res cocido	Surimi		
Huevo entero fresco	Tampiqueña		
Jamón virginia			
Lomo o pierna cerdo			
Machaca de res			

21

CEREAL		CEREAL +GRASA
Amaranto Tost.	Galletas marías	Cuernito
Arroz cocido	Galletas saladas	Papas fritas
Arroz inflado natural	Granola baja grasa	Tamal
Avena cocida	Hot cake	Puré papa preparado
Avena cruda	Maíz pozolero	Waffle
Bagel	Masa tortillas	Tortilla de harina
Bolillo Integral	Palomitas nat.	Pan Dulce
Bollo hamburguesa	Pan árabe	
Cheerios Natural	Pan hot dog	
Corn Flakes	Pan integral	
Elote bco cocido	Pan tostado	
Elote bco desgranado	Papa cocida	
Espagueti cocido	Tortilla harina int.	
Galletas animalitos	Tortilla de maíz	
	Tostada horneada	

Estos alimentos contar como 1 porción de Cereal+ 1 de grasa



22

GRASAS		AZÚCARES	
Aceite de cáñola	Aceite de Cártamo	Pastel	
Aceite de oliva	Aceite de Maíz	Arroz con leche	
Aceitunas sin hueso	Aceite de girasol	Flan	
Aguacate	Aceite de soya	Chongas Zamoranos	
Guacamole	Aderezo vinagreta	Fresas con crema	
Ajonjolí	Crema agría	Azúcar blanca y morena	Pan dulce
Almendra	Crema batida aerosol	Donas	Miel
Avellana	Crema p/café en polvo	Galletas	Caramelos
Cacahuete japonés	Mantequilla		Refresco
Cacahuete tostado	Queso Crema		Helado
Castaña			Cereal azucarado
Nuez de castilla			Dulces típicos
Nuez de la india tostada	Contar como grasas los empanizados, productos fritos y capeados		Chocolate
Pepitas calabaza			Mermelada
Pistache			
Semillas de girasol			

Apéndice 6. Ejemplo de presentaciones en PPT para las sesiones del taller



Sesión 1
Lic. Zyanía Melchy Ramos

fppt.com

1

Objetivo sesión

- Que los participantes identifiquen los conceptos básicos de la diabetes y puedan explicarlos



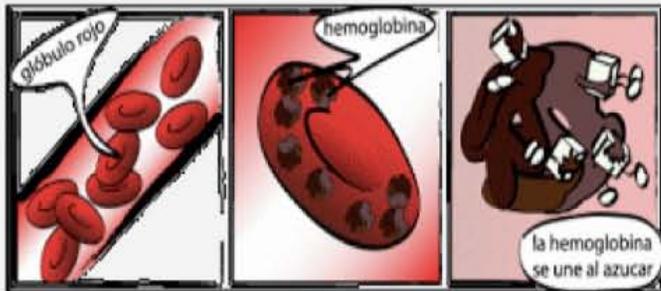
Programa "Mejorando el seguimiento de mi dieta"

fppt.com

2

¿Qué es la Hemoglobina Glucosilada?

- Es una prueba que nos da el promedio de los niveles de glucosa en sangre en los últimos 3 meses. Es decir, nos dice que tan bien estuvo nuestro control. Se expresa en %

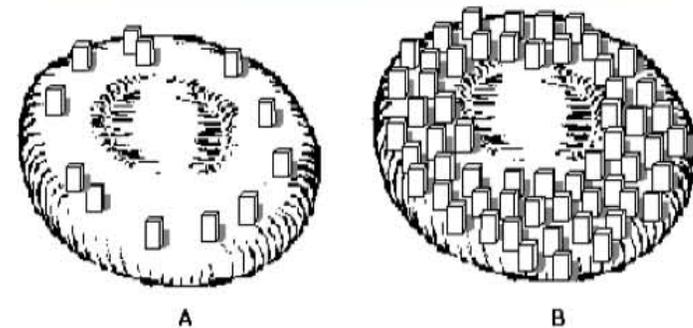


Mejorando el seguimiento de mi dieta

17

fppt.com

17



A

B

Fuente: Tomado de *Department of Health-Diabetes Centre, Royal Adelaide.*

Fig. 1 A. HbA1c ideal. **1 B.** HbA1c elevada.

Mejorando el seguimiento de mi dieta

18

fppt.com

18

Se recomienda

- ◆ Incluir al menos cuatro o cinco grupos de alimentos en cada comida
- ◆ Realizar tres comidas principales y dos colaciones
- ◆ Establecer y respetar horarios para cada una de las comidas y colaciones. **NO SALTAR COMIDAS**



29

Se recomienda

- ◆ Evitar ayunos prolongados (más de 6 horas sin comer)
- ◆ Preferir las grasas de origen vegetal como aceites, semillas y aguacate en lugar de mantequilla, manteca o crema



30

Ejemplos de problemas

- No tengo dinero para comprar los medicamentos porque no tengo trabajo
- No tengo horarios para hacer las comidas, como a la hora que sea o a veces no como
- Mi esposo me dice constantemente que coma cosas que no debo, yo accedo para que no se enoje

¿Cómo solucionamos los problemas?

- Existen 5 pasos para aprender a resolver un problema
 1. Entender que los problemas son parte de la vida
 2. Definir el problema
 3. Lluvia de ideas de posibles soluciones
 4. Evaluar pros y contras de cada una
 5. Escoger la que consideremos «mejor» y poner el plan en marcha

Evaluar resultados, si no funcionó escoger otra opción

¿Qué es un estímulo?

- Elementos en el ambiente que favorecen una acción



fppt.com

5



Control de estímulos

- Estrategia para cambiar aquellos estímulos que interfieren con el seguimiento de la alimentación y cambiarlos por aquellos que favorezcan mi dieta



fppt.com

6



Autoreforzamiento

- Premiarnos a nosotros mismos al cumplir con los objetivos planteados



Autoverbalizaciones

- Decirnos a nosotros mismos frases que nos ayuden a regularnos

Ejemplos



- Sé que se me antoja mucho, pero diré que no
- Tranquila, puedes hacerlo
- Estoy nerviosa, pero no por eso tengo que comer

Apéndice 7. Semáforo de alimentos, sesión de psicoeducación

Evita

Modera

Prefiere



Apéndice 8 Lista de estímulos. Sesión de autocontrol

Instrucciones: En la primera columna, escribe los estímulos que ayudan a seguir tu dieta, mientras que en la segunda escribe aquellos que interfieren o dificultan que puedas seguirla.

Estímulos que FAVORECEN el seguimiento de mi dieta	Estímulos que INTERFIEREN el seguimiento de mi dieta
<p>Ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none">- Como mejor cuando estoy en casa. Comer en casa favorece el seguimiento de mi dieta	<p>Ejemplo:</p> <p>Como más cuando tengo la despensa llena. Tener la despensa llena dificulta el seguimiento de mi dieta</p>

Apéndice 9. Contrato conductual. Sesión de autocontrol

Mis objetivos de esta semana:

Ejemplo: Desayunaré todos los días

- 1.
- 2.
- 3.

¿Cómo lo conseguiré?

Ejemplo: Levantándome 15 minutos antes de lo normal

Recompensas si los alcanzo

Ejemplo: Si desayuno diario esta semana entonces el domingo veré una película con mis hijos

1. Si _____ entonces _____

2. Si _____ entonces _____

3. Si _____ entonces _____

Yo me comprometo a realizar estos cambios en la semana

Firma _____

México D.F a _____ de _____ 2015

Apéndice 10. Material psicoeducativo Diabetes

LIC. ZYANIA MELCHY RAMOS

Diabetes

¿Cómo vivir con diabetes

Si has sido diagnosticado con diabetes, es normal que experimentes una serie de emociones que pueden variar. En algunas personas estas pueden ser frustración, enojo o tristeza.

Es comprensible que te puedas sentir así, sin embargo aún hay cosas que puedes seguir haciendo.



¿Cómo adaptarme a vivir con diabetes?

Hay que recordar que todo cambio implica situaciones a las que no estamos acostumbrados. El diagnóstico de diabetes puede significar que modifiquemos hábitos.

Como todo, hay que adaptarnos a esos cambios a nuestro ritmo. Para esto es importante:

- Participar en actividades placenteras
- Evitar aislarnos
- Incorporar a los demás a nuestro estilo de vida
- Hablar sobre lo que sentimos con las personas cercanas o con un profesional
- Enfocarnos en solucionar los contratiempos

¿Qué depende de mí?

Si queremos obtener resultados diferentes hay que buscar hacer cosas distintas a las de siempre

Decidimos cómo enfrentamos una situación

Podemos decidir algunas cosas, entre estas están el cómo hacemos frente a una situación.

Hay veces que nos es más fácil rehuir a ella, sin embargo a la larga es poco útil.

Hacer frente a los problemas aunque al inicio sea desagradable a la larga nos permitirá enfocarnos en soluciones.

Cada persona respondemos diferente ante una misma situación

¿Tú cómo enfrentaste el diagnóstico de diabetes?

Nunca es tarde para hacer cambios

A cualquier edad podemos aprender a hacer frente a las situaciones que nos han costado trabajo. Recuerda que estamos en constante aprendizaje, así como aprendimos a cocinar, el adaptarnos a vivir con diabetes es un constante aprendizaje y que sólo lo podremos dominar a través de la práctica.

Tú puedes aprender a vivir con diabetes!

Busca ayudas

El aislamiento en muchas ocasiones no es útil y nos lleva a alejarnos de nuestras actividades cotidianas. Si sientes que los problemas te rebasan o no sabes cómo adaptarte a los nuevos cambios busca ayuda con un profesional



Apéndice 11. Casos 1

1. Ficha de Identificación del Paciente

Nombre: “Anna”	Sexo: Femenino
Estado Civil: Casada/ Separada Hijos: 2 hijas de 27 y 25 años	Edad: 55 años
Originario/Residente: Originaria Michoacán residente D.F	Religión: Católica
DX Médico: Diabetes Mellitus tipo 2 descontrolada, Hipertensión arterial de reciente diagnóstico	Ocupación: Vendedora, ama de casa, anteriormente empleada doméstica
Escolaridad: Primaria	Nivel Socioeconómico: Bajo
Remisión: Médico tratante, solicitud del paciente	Otro dato de interés: Amputación de pierna izquierda a causa de pie diabético a hace 3 años, por lo que se transporta en silla de ruedas

2. Motivo de consulta

Médico: Paciente es vista en consulta externa por médico tratante. Presente hiperglucemia y niveles presión arterial elevados, por lo que es ingresada a hospitalización para manejo. Médico tratante comenta que “Tuve que ingresarla, ella dice que sigue todo al pie, pero está muy ansiosa, y es lo que le afecta, le dimos una dosis de 40 unidades de insulina y ni así han bajado sus niveles de glucosa, yo digo que es porque no se calma”.

Una vez ingresada se acude a valoración de paciente, quien ya había solicitado apoyo psicológico con médico.

Paciente. Solicita atención psicológica debido a que se siente “muy preocupada”, comenta que es un “nervio” que está desde hace tiempo con ella y que ahora al estar hospitalizada es más fuerte, dice estar “desesperada”, ya que no esperaba ser ingresada, menciona no saber qué hacer

, refiere que constantemente piensa “ que algo malo va a suceder” a ella o alguna de sus hijas. Dice no tener quien la pueda apoyar económicamente, por lo que a veces no se cuida al no poder comprar medicamentos ni comida sana, menciona estar “aterrada” porque no sabe que pasará con su enfermedad. Comenta que este malestar inició hace 2 años, pero que en la actualidad se ha incrementado por lo que tiene problemas para dormir, casi no descansa, cuando se levanta siente que no es ella, “como si se saliera de su cuerpo”, llora constantemente aunque no haya motivo y “ ve imágenes aterradoras” sobre ella o los demás.

3. Antecedentes Heredofamiliares

- Padre de 73 años padecen de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial en tratamiento.
- Madre 71 años con DM2 en tratamiento
- Abuelo y abuela paterna finados a los 80 y 78 años respectivamente por complicaciones de Diabetes Mellitus tipo 2
- Abuela materna finada a los 90 años por Alzheimer.
- Tiene dos hermanos (59 y 49 años) que padecen Diabetes mellitus tipo 2

4. Antecedentes Personales Patológicos

Paciente femenina con Diabetes Mellitus tipo 2 desde hace 18 años, en tratamiento actual con insulina NPH 40 ui por la mañana y 20 ui por la noche, Metformina 850 mg cada 8 horas. Sin adherencia a tratamiento con cifras promedio de 250 mg/dl en ayuno y hasta 550 mg/dl postprandial. Hipertensión arterial sistémica de 3 meses de diagnóstico en tratamiento con Enalapril 10 mg cada 12 horas.

Antecedentes Quirúrgicos: Colectomía abierta hace 22 años, resuelta sin eventualidades. Amputación supracondilea de miembro pélvico izquierdo hace tres años por pie diabético sin eventualidades.

Hospitalizaciones: Refiere 2 hospitalizaciones previas, la primera para colectomía y la segunda para amputación

Demás antecedentes interrogados y negados

5. Antecedentes Psicológicos/psiquiátricos patológicos

Previamente acudió a consulta psicológica fuera del hospital por voluntad propia, tomando 4 sesiones. Menciona que la psicóloga le ayudó mucho, pero por cuestiones económicas tuvo que dejar de acudir. Psiquiátricos interrogados y negados.

6. Antecedentes personales no patológicos

Habitación: Habita casa prestada construida de concreto y ladrillo, 1 dormitorio, baño y cocina. Habitan 3 personas (paciente y dos hijas), cuenta con todos los servicios básicos.

Higiene: Baño cada tercer día, con cambio de ropa diaria

Dieta: Reporta realizar de 2 a 3 comidas diarias, por lo regular elevada en grasas y carbohidratos.

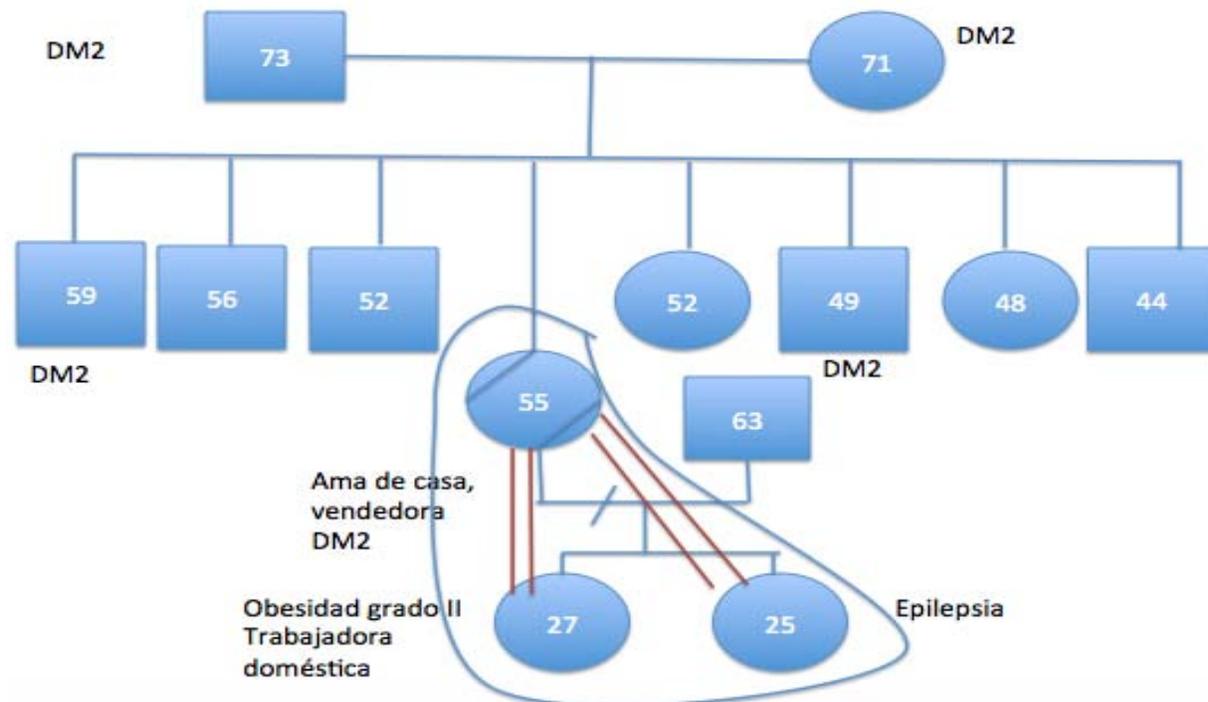
Toxicomanías: Tabaquismo iniciado a los 18 años y suspendido a los 51 años, consumiendo de 1 a 2 cigarros diarios. Consumo de bebidas alcohólicas de manera ocasional suspendido hace 3 años.

7. Dinámica familiar

Anna es la quinta de 8 hermanos, padres actualmente con vida y con quien se mantiene en contacto de manera ocasional.

Comenta haberse casado a los 25 años, sin embargo hace 21 años su esposo se fue a EUA, al inicio tenían contacto y proveía dinero pero desde hace 10 años perdió comunicación con él, actualmente separada. Vive con sus dos hijas M. (25 años) y A. (27 años). Su relación con ambas comenta ser buena, su hija mayor es quien la apoya con los gastos económicos ya que es “la que está más sana”, en tratamiento por obesidad grado II, es empleada doméstica y se dedica a vender dulces, accesorios y objetos por catálogo. Anna en ocasiones le ayuda a las ventas, sin embargo permanece mayor tiempo en casa donde realiza labores domésticas. Su hija menor se encuentra en tratamiento para epilepsia, diagnosticada desde los 6 años, paciente indica que frecuentemente tiene crisis (3 veces por semana), situación que la ha limitado para su autocuidado al no contar con recursos suficientes para comprar los medicamentos de ambas.

8. Familiograma



9. Historia del problema

Médica

Antecedentes heredofamiliares de DM2, factores de riesgo sobrepeso y sedentarismo. Paciente diagnosticada con DM2 hace 18 años, mal apego a tratamiento durante 15 años al no acudir a chequeo médico, dejar de ingerir medicamentos y escaso control de dieta. Hace 3 años acude a urgencias en Hospital de la Villa por infección en pierna izquierda, donde se realiza amputación por pie diabético, sin complicaciones posteriores.

2013 inicia control de DM2 en HJM acudiendo a consulta en el servicio de Medicina Interna, se proporciona tratamiento. Paciente acude a 2 revisiones posteriores y suspende visitas.

Febrero 2014, paciente llega a consulta externa refiriendo desde hace 3 meses haber aumentado dosis de insulina por malestar fisiológico, una semana previa al ingreso presenta

poliuria y polidipsia. Presenta glucosa postprandial de 556 mg/dl, por lo que se decide ingreso para control glucémico y descartar descompensación aguda.

Psicológica

Paciente comenta que cuando se separa de su esposo (hace 21 años) tiene que trabajar por mantener a sus hijas, por lo que comienzan preocupaciones económicas al no tener dinero suficiente

Es diagnosticada con DM2, comenta que no le sorprendió ya que muchos de su familia la padecieron, y que al inicio no realizó ningún cambio ya que “no sentía nada” y no veía consecuencias.

Tras el diagnóstico de epilepsia de su hija menor (hace 19 años), la paciente comenta haber cambiado, ya que se preocupaba cuando a ella le daban crisis, por lo que el dinero que ganaba lo utilizaba para comprar medicamentos y que ella se apegara a tratamiento

Paciente no acude a revisiones médicas y continua con alimentación alta en grasas

En el 2011 presenta en el dedo gordo del pie una ulcera por lo que se atiende mediante terapias de Ozono, después de 2 semanas y al percatarse que ésta no disminuye acude a Hospital general para revisión, se le informa que es necesario amputar un dedo. Por falta de recursos económico no se somete a cirugía y busca otra opinión médica, acudiendo al hospital de la Villa. Es ingresada a hospitalización donde permanece 2 semanas en espera de quirófano, se le da antibiótico y se realizan curaciones. Comenta que en este momento se sintió muy “nerviosa” ya que nadie le decía nada, y no se le atendía. A la tercer semana se le informa que es necesario hacer amputación hasta la rodilla. Se somete a cirugía, donde recuerda procedimiento “ veía las luces, y cómo me cortaban, había mucha sangre, fue muy feo”. Tras operación es dada de alta.

Paciente comenta que 2 semanas después al regreso de una de sus consultas de seguimiento, toma un taxi en la calle. EL cual intenta robarle y la agrede “intentó violarme, me dijo que me prepara y me insulto”. Menciona que en un alto intenta bajarse y pide ayuda.

Después de este evento tiene miedo de salir a la calle sola, y piensa que dada su condición está “ discapacitada” y limitada para hacer cosas.

En el 2012, un año después de la cirugía comienza a presentar episodios de ansiedad, mención que comenzaron los “nerviosismos”, empezó con pensamientos intrusivos, pensaba que “iba a morir” o algo malo iba a suceder, cognitivamente presentaba imágenes desagradables sobre ella misma o los demás, comenzó a dormir poco y tener sueño no reparadora. tener presente imágenes sobre la operación las luces, y a ver personas deformadas, comenta que también recordaba el ruido del motor del taxi y la cara del chofer que la agredió.

En el 2013 acude a consulta psicológica fuera del hospital, por voluntad propia. ya que el malestar era mayor “ los ataques de ansiedad” ocurrían más veces a la semana. Comenta que también percibe cambios en su estado de ánimo, ya que llora sin razón aparente, gritaba, o empezó a dejar de comer. Comenta haber ido a 4 sesiones, reporta le fue de mucha utilidad, sin embargo por cuestiones económicas abandonó la terapia.

Ansiedad se presenta 3 a 4 veces por semana, dos veces al día durante la noche y al despertar. duración de 10 min e intensidad EVA 10

En el 2014 es ingresada nuevamente a hospitalización por lo que las camas le recuerdan las semanas que estuvo previamente en el hospital y estas imágenes continúan

10. Impresión y actitud general

Paciente cooperadora ante entrevista e intervención. Aparenta buscar refuerzo por parte del terapeuta y los otros.

11. Examen mental (1era intervención en crisis)

Paciente femenina con edad aparente igual a la cronológica. Condiciones de higiene y aliño adecuadas a contexto hospitalario. Con previa amputación de pierna izquierda. Está orientada en tres esferas (T-E-P), atención y concentración adecuadas a estímulos ambientales. Memorias conservadas, consciente e hipervigilante a respuestas del medio. Cooperadora ante entrevista. Estado de ánimo nervioso con afecto ansioso y labilidad emocional. Pensamiento con fuga de ideas con taquipsiquia, concreto, centrado en enfermedad, circulo primario y problemáticas económicas. Lenguaje coherente e incongruente, verborreico. Impresiona clínicamente inteligencia promedio. Con escasa noción de enfermedad. Locus de control externo, estrategias de afrontamiento centrado en la emoción. Redes de apoyo escasas pero funcionales

12. Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados obtenidos Conductas problema

- Evaluación
- Observación
- Entrevista conductual
- Instrumentos: HADS (Puntaje en ansiedad: 16, interpretación “ con ansiedad”. Puntaje depresión 7, interpretación “sin depresión”)
- EVA de ansiedad escala 0 al 10

13. Análisis y descripción de las conductas problema

- Preocupación constante y excesiva por hijas, situación económica y enfermedad (cognitiva)
- Imágenes sobre cirugía, sobre ella misma o los otros (cognitivo)
- Piensa que va a morir o algo malo va a sucederle a ella o a los demás (cognitiva)
- Respuestas fisiológicas como taquicardia, sudoración, opresión en el pecho, sensación de ahogo, disminución de temperatura corporal entre otras (fisiológica)
- No asistir a las consultas médicas, dejar de comer o comer cosas que tenga al alcance e y dejar de tomar medicamentos (conductual)
- Llorar y gritar (conductual)
- Niveles elevados de glucemia y presión arterial (fisiológico)
- Irritabilidad y falta de concentración (cognitivo)

14. Modelo secuencial integrativo

Estímulo	Organismo	Respuesta	Consecuencia
<p><i>Historia pasada:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Separación esposo hace 21 años y problemas económicos, esposo deja de enviar pensión • Diagnóstico Diabetes Mellitus tipo 2 (18 años) • Amputación pierna izquierda (3 años) • Incidente con taxista (3 años) <p><i>Contemporánea:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones en controles de DM2 • Reciente diagnóstico HAS (3 meses). • Última Hospitalización Interno: • Pensar que está enferma • Imágenes sobre amputación y vivencias pasadas (recordar la sangre, el sonido de los aparatos, al personal médico) <p><i>Externo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Al anochecer • Obscuridad 	<p><i>Biológico:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Femenino 55 años • Peso 66 kg , altura 1.57. • Amputación pierna izquierda por pie diabético <p><i>Antecedentes culturales</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Estar enferma te hace estar convaleciente • Déficits y excesos • Déficits en habilidades en solución de problemas • Exceso de pensamientos catastróficos, imágenes cognitivas • Déficit en habilidades de comunicación asertivas <p><i>Habilidades</i> Identifica cómo obtener reforzamiento de otros</p> <p><i>Historia de reforzamiento.</i> Haber sido reforzada por hijas cuando ocurría alguna</p>	<p>Ansiedad</p> <p><i>Motor:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Llanto • Gritar • Dar vueltas en cama, • Quedarse inmóvil <p><i>Cognitivo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Piensa algo malo va a pasar, va a morir o sufrir un paro cardiaco (pensamiento de adivinación) • Magnificación Preocupación por hijas • Pensamientos catastróficos, pensar en enfermedad y salud • Siente miedo y desesperación, • Desrealización • Despersonalización <p><i>Fisiológico</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Insomnio • Tensión manos y pies • Dolor de cabeza • Temblor en manos y pies • Escalofríos 	<p><i>Del usuario</i> <i>A corto plazo (inmediatas)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Rezar • Llora • Gritar • Morderse labios • Mover brazos y piernas <p><i>Cognitivas emocionales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pensar que esta enferma y nunca va a curarse • Decirse a si misma “tranquila” <p><i>Fisiológicas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Taquicardia, sudoración, opresión en pecho <p><i>A corto plazo de los otros:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Van a verla cuando grita • La abrazan y dicen que todo va a estar bien <p><i>Mediana si misma:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad • Dar vueltas en la cama <p><i>Largo plazo otros</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dicen que es por la enfermedad que está tan mal • Le dicen que se tranquilice • Platican con ella • La llevan al parque

<ul style="list-style-type: none"> • Estar en casa sola en cuarto mientras las hijas están cerca • Al despertar y ver luz del sol • Al ver luces de focos • Ruidos de motor • Ruidos estridentes 	<p>situación de ansiedad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Opresión en el pecho • Nudo en garganta • Hiperventilación 	<p><i>A largo plazo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descontrol metabólico • Hemoglobina glicosilada 11.5%. • Glucosa postprandial 556 mg • TA 140/90 • No puede calmarse • Dejar de comer o comer cosas que tenga al alcance • Insomnio • Sueño poco reparador • Falta de concentración • Conductas poco adherentes (alimentación, acudir a citas médicas y toma de medicamentos) • Dejar de realizar actividades placenteras y económicas
---	------------------------------	--	---

15. Análisis funcional de la conducta

Paciente femenino de 55 años de edad peso 66 kg , altura 1.57, con Diagnóstico de DM2 y HAS, previa amputación de pierna izquierda por pie diabético hace 3 años. Glucosa prostprandial de 556 mg/dl , presión 140/90, hemoglobina glicosilada de 11.5%. Menciona solicitar apoyo psicológico debido a que está “ muy nerviosa”, presenta ansiedad que se caracteriza a nivel motor por llanto, gritos, dar vueltas en cama, y quedarse inmóvil. A nivel cognitivo se presenta pensamientos, emociones e imágenes desagradables, dentro de éstas se encuentran: pensar que algo malo va a pasar, va a morir o sufrir un paro cardiaco, preocupación por hijas y situación económica, pensar en enfermedad, salud, sentir miedo y desesperación, desrealización y despersonalización. A nivel fisiológico presenta temblor y tensión en manos y pies, escalofríos, opresión en el pecho, nudo en la garganta, dolor de cabeza, insomnio, hiperventilación y dolor de cabeza.

Es altamente probable que estas respuestas ocurran ante ciertos estímulos externos e internos. Dentro de los primeros se encuentran, al pensar que está enferma o tener imágenes sobre amputación y vivencias pasadas, por ejemplo recordar la sangre, el sonido de los aparatos o al personal médico. Los segundos son al anochecer, cuando está oscuro, al estar sola en el cuarto mientras las hijas están cerca, al despertar y ver luz del sol, al ver luces de focos, oír ruidos de motor o estridentes.

El conjunto de estos estímulos inician la aparición de las respuestas fisiológicas que se describen en la conducta de interés y que refuerzan positivamente las respuestas cognitivas, por lo que incrementan su aparición. A su vez, las respuestas cognitivas y fisiológicas sirven como estímulos antecedentes para la aparición de respuestas motoras, formándose una cadena conductual.

Contingente a las respuestas de ansiedad la paciente reza, llora o grita y se dice a si misma tranquila; consecuencias que a mediano plazo permiten que se tranquilice por algún tiempo. Asimismo piensa que esta enferma y nunca va a curarse, sintiendo irritabilidad que refuerza de forma positiva el mantenimiento de las respuestas fisiológicas. Por otro lado, sus hijas consecuente con la conducta de interés le dicen que se tranquilice, platican con ella, la llevan al

parque y le dicen que es por la enfermedad que está tan mal, reforzando las creencias de la paciente sobre la enfermedad.

A largo plazo las consecuencias son no poder calmarse, dejar de comer o comer cosas que tenga al alcance, insomnio, irritabilidad, falta de concentración, niveles de glucosa y presión arterial elevados, conductas poco adherentes (alimentación, acudir a citas médicas y toma de medicamentos) así como dejar de realizar actividades placenteras y económicas.

Es preciso indicar que la paciente reporta el inicio de su problemática hace 2 años; podemos identificar en su historia pasado algunos elementos que interfieren en la conducta de interés como la separación con su esposo hace 21 años, tener problemas económicos, diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 (hace 18 años) y la amputación de su extremidad inferior izquierda (hace 3 años). Actualmente diagnosticada con hipertensión arterial y descontrol metabólico.

Contribuye al incremento de las respuestas ansiosas su historia de aprendizaje ya que las hijas han reforzado las conductas de la paciente cuando aparece la respuesta ansiosa,

Se decide desarrollar programa de intervención para trabajar en nivel de respuesta fisiológico y cognitivas. Se elige iniciar en respuestas físicas al ser respuestas muy intensas, que obstruyen la funcionalidad y salud de paciente (criterio de gravedad).

Se trabajará con ejercicios en entrenamiento en relajación que se realizará a través de respiración profunda, diafragmática y relajación autógena. Se continuará con la implementación de autoverbalizaciones y ejercicios en reestructuración cognitiva para modificar los pensamientos que la paciente tiene sobre la situación vivida. Se continuará con psicoeducación de enfermedades y solución de problemas para modificar conductas que interfieren en adherencia al tratamiento de la paciente

16. Hipótesis funcional:

Si las respuestas de ansiedad están asociada a excesos en respuestas fisiológicas que incrementan y refuerzan la aparición de cogniciones y respuestas motoras, entonces, al brindarles al paciente entrenamiento en relajación que incluya técnicas de respiración y autógena. Se podrán contraponer respuestas ansiosas por estados de relajación incompatibles. A su vez, si se proporciona psicoeducación y ejercicios en solución de problemas para incrementar conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento, se modificarán los niveles de presión arterial

(criterio de cambio menor a 140/90 durante 3 semanas) y glucosa (Hemoglobina glicosilada menor a 7% al terminar el tratamiento) favoreciendo la salud de la paciente, de no ser así, probablemente las respuestas de ansiedad en Anna se intensifiquen deteriorando su calidad de vida y salud

17. Identificación de variables

<u>Variable independiente</u>	<u>Variable dependiente</u>	<u>Meta</u>
Ejercicios para entrenamiento en relajación	Respuestas de ansiedad fisiológicas	Que la paciente se relaje generando estados incompatibles con la ansiedad
Autoverbalizaciones y ejercicios en reestructuración cognitiva	Pensamientos e imágenes sobre amputación	Que la paciente implemente pensamientos alternos sobre la situaciones vividas
Psicoeducación	Adherencia al tratamiento	Incrementar conocimientos de Anna sobre diabetes e hipertensión
Ejercicios en solución de problemas	Adherencia al tratamiento	Incrementar conductas adherentes alimentación, toma de medicamentos y acudir a citas con médico

18. Diagnóstico DSM-IV-TR

Eje I. Estrés post trauma e Incumplimiento terapéutico

Eje II. Ninguno

Eje III: Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial

Eje IV. Problemas económicos: Economía insuficiente

19. Objetivo general y específicos

Objetivo general. La paciente modificará sus respuestas de ansiedad fisiológica, cognitivas y conductuales mediante el uso de técnicas de relajación, psicoeducación y ejercicios de solución

de problemas. A su vez, incrementará conductas de adherentes (control de dieta, acudir a citas y toma de medicamentos) que favorecerán el control de la Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión arterial

20. Específicos

- La paciente identificará componentes de ansiedad en 3 niveles de respuesta e indicará cómo se manifiesta en su caso

- la paciente identificará los componentes de la respiración diafragmática, profunda y los beneficios de la relación. Practicará técnicas

- La paciente identificará qué son las autoverbalizaciones y empleará éstas para inducir estados de relajación

-La paciente identificará componentes de la relajación autógena y practicará ejercicios

-- La identificará las características de la diabetes e hipertensión, y describirá las conductas adherentes

-La paciente realizará conductas adherentes

-La paciente desarrollará los componentes de los ejercicios en solución de problemas, y ejecutará alguna de las soluciones establecidas

21. Plan por sesión

Sesión	Estrategia
1	Intervención en crisis. Establecimiento de componentes de relación y respiración profunda
2	Establecimiento de componentes de relación práctica de ejercicios en respiración profunda
3	Entrevista inicial y aplicación HADS
4	Entrevista inicial 2
5	Psicoeducación AFC y respuesta de ansiedad en tres niveles
6	Identificación componentes de respiración diafragmática practica ejercicios
7	Identificación de autoverbalizaciones mas respiración para incrementar estado de relajación
8	Identificación de componentes de relajación autógena y puesta en práctica de ejercicio
9	Práctica de ejercicio en respiración mas ejercicio de relajación autógena. Aplicación del HADS
10	Autoverbalizaciones mas ejercicios en reestructuración cognitiva
11	Ejercicios reestructuración cognitiva
12	Psicoeducación de DM2 y conductas adherentes
13	Ejercicio en solución de problemas
14	Evaluación de alternativas ventajas y desventajas, selección de una de las opciones
15	Evaluación de puesta y práctica y resolución de posibles problemáticas
16	Evaluación de habilidades aprendidas durante intervención, solución de dudas y problemáticas
17	Evaluación final

Sesión Duración	Objetivos	Técnica	Actividades		Tarea	Criterio de cambio	Técnica de evaluación
			Terapeuta	Paciente			
1 40 min.	Primeros auxilios psicológicos	Ejercicios de respiración Establecer componentes de relación.	- Establecer componentes de relación. - Preguntar niveles de ansiedad EVA -Explicar normalización respiración haciendo 8 a 12 por minuto. -Pedir a paciente hacer 3 respiraciones profundas	-Seguir instrucciones -Realizar ejercicios de respiración	Realizar 3 respiraciones profundas en la mañana, tarde y noche	Disminución de niveles percibidos de ansiedad en EVA	Reporte verbal
2 30 min.	Que la paciente practique ejercicios de respiración profunda	Respiración profunda	-Establecer componentes de relación -Preguntar por tarea - Pedir hacer respiraciones -Aclarar dudas y retroalimentación	-Realizar 5 respiraciones profundas - Preguntar dudas	Realizar 3 respiraciones profundas en la mañana, tarde y noche	Realización de 4 respiraciones correctas	Observación directa
3 40 min.	Que la paciente proporcione información referente a su problemática	Entrevista Observación	-Realizar entrevista indagando sociodemográficos y tres niveles de respuesta de la conducta - Aplicar HADS.	-Contestar preguntas, aclarar dudas y realizar HADS		Contestar de manera correcta inventario	Reporte escrito
4 40 min.	Que la paciente proporcione información referente a	Entrevista Observación	- Indagar parámetros de la conducta, consecuentes, antecedentes e historia pasada. -	Contestar preguntas, aclarar dudas	Registro de ansiedad diario	Contestar la mayoría de las preguntas del terapeuta	Reporte verbal

	su problemática						
5 (consulta externa) 50 min.	Que la paciente identifique componentes de ansiedad en 3 niveles de respuesta e indique cómo se manifiesta en su caso	Psicoeducación	-Se explica AFC y relación entre E-O-R-C -Se explica qué es ansiedad - Se preguntan 3 ejemplos de cómo se manifiesta la ansiedad en su caso - Se pide repetir ideas centrales	-Proporcionar ideas centrales de lo explicado por terapeuta -Dar ejemplos de cómo se manifiesta ansiedad en 3 niveles	Registro EVA de ansiedad diario	Que la paciente mencione las ideas principales del AFC y de la ansiedad	Reporte verbal
6 1 hora	Que la paciente identifique los componentes de la respiración diafragmática y los beneficios de la relajación	Psicoeducación	- Se explica función de respiración y beneficios - Se pide ejemplificar con experiencia en hospitalización -Se aclaran dudas	- Dar ideas principales de explicación -Ejemplificar uso de respiración en hospitalización		Dar 3 ejemplos de ventajas de la respiración cuando estuvo hospitalizada	<i>Reporte verbal</i>
	Que la paciente realice ejercicios de	Modelamiento Reforzamiento	-Modeló respiración diafragmática realizando tres repeticiones Se pide imitar las inhalaciones y exhalaciones con las manos	- Repite instrucciones - Realiza ejercicio de respiración	Practicar respiración diafragmática 3 veces al día	Realizar 3 respiraciones diafragmáticas de manera	<i>Observación directa</i>

	respiración profunda y diafragmática		colocadas en pecho y abdomen - Retroalimentación y aclaran dudas - Nuevamente se pide hacer respiraciones	diafragmática inhalando y exhalando			
7	Que la paciente identifique qué son las auto verbalizaciones	Psicoeducación	-Se explicará qué son y cómo pueden utilizarse -Se pedirá escribir frases que pueda decirse a si misma para relajarse	- Mencionar las ideas principales de las auto verbalización - Escribir 5 frases que pueda utilizar para relajarse		Escribir 5 autoverbalizaciones positivas Mencionar 2 ideas centrales de la explicación dada	<i>Reporte verbal</i> <i>Reporte escrito</i>
	Que la paciente utilice autoverbalizaciones y respiración para inducir estados de relajación	Modelamiento Reforzamiento	-Se ejemplificará cómo se utilizan autoverbalizaciones al hacer ejercicios de respiración diafragmática - Se pide hacer un ensayo conductual -Se da retroalimentación -Se pide hacer otro ensayo conductual	- Realizar ensayo conductual respiración y dice en voz alta autoverbalizaciones escritas - Realiza ensayo conductual nuevamente con cambios mencionados	Practicar ejercicios de respiración diafragmática con autoverbalizaciones 3 veces al día	Realizar el ensayo conductual final incluyendo respiración y mencionando diferentes autoverbalizaciones	<i>Reporte verbal</i> <i>Observación</i>
8	Que la paciente identifique	Psicoeducación	Se explicará que es la relajación autógena, objetivos y cómo puede utilizarla en su	- Repite objetivos		Mencionar 5 características de los	<i>Reporte verbal</i>

	componentes de la relajación autógena		caso como ejercicios -Se pedirá mencionar características principales y repetir objetivo	- Menciona características		ejercicios en relajación autógena	
	Que la paciente realice ejercicios en relajación autógena	Modelado Role playing	Se hace ejercicio en relajación Se pide hacer lista de los pasos que se siguieron - Se pide hacer un ensayo conductual (ella relajándose sola) -Se da retroalimentación -	- Hace ejercicio - Enlista pasos - Realiza ensayo conductual en voz alta -	Practicar ejercicios de relajación autógena una vez al día	Realiza una lista con al menos 5 pasos principales para la relajación. Realiza de manera correcta (en 70%) ensayo conductual con terapeuta	<i>Reporte escrito</i> <i>Observación</i>
9	Que la paciente practique ejercicios en relajación autógena	Role playing	Se pide hacer un ensayo conductual relajación ella misma Retroalimentación Se pide hacer otro ensayo conductual (ella relajando a terapeuta) Aplicación HADS	- Realiza ensayo conductual en voz alta - Realiza ensayo conductual con terapeuta Contesta HADS	Practicar ejercicios de relajación autógena una vez al día	Que la paciente utilice los pasos descritos para relajar a terapeuta	<i>Reporte verbal</i>
Sesión 10 40 min.	Que la paciente identifique las características	Psicoeducación	-Valorar conocimientos de la enfermedad - Explicación sencilla sobre su enfermedad -Se leyó junto con ella folleto	Escucha la explicación del terapeuta, y preguntará dudas.	Releer folleto de diabetes y leer folleto sobre	Que la paciente resuma las ideas principales	Reporte verbal

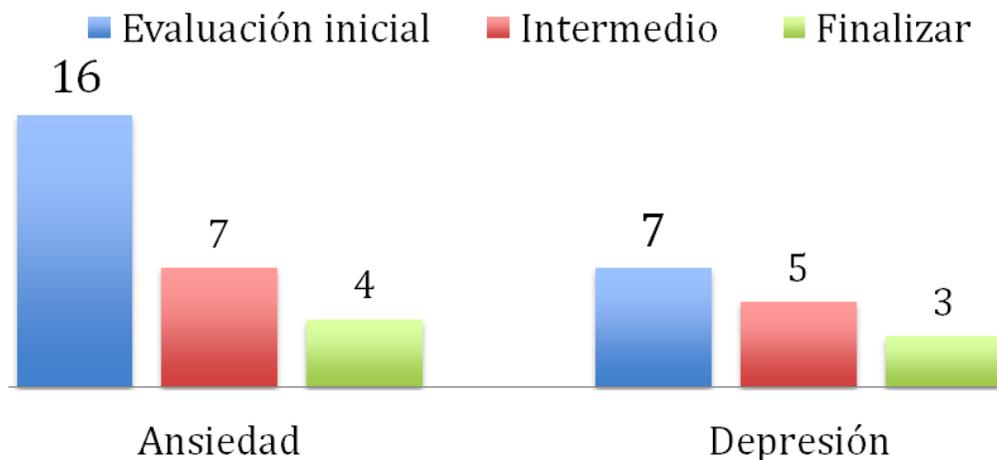
	as de la diabetes,		(Reynoso et al. 2005), se aclararon dudas - Pide hacer resumen con las ideas principales sobre la información proporcionada.	Resume las ideas principales sobre la información proporcionada	hipertensión	de la información proporcionada Que paciente pregunte 3 dudas sobre folleto	
Sesión 11	Que la paciente identifique las características de la hipertensión	Psicoeducación	Valorar conocimientos de la enfermedad - Explicación sencilla sobre su enfermedad -Leer junto con ella folleto (Reynoso et al. 2005), aclarar dudas - Hacer resumen con las ideas principales sobre la información proporcionada.	Escucha la explicación del terapeuta, y preguntará dudas. Resume las ideas principales sobre la información proporcionada	Releer folleto de hipertensión	Que la paciente resuma las ideas principales de la información proporcionada Que paciente pregunte 3 dudas sobre folleto	Reporte verbal

22. Resultados

Se han realizaron 17 sesiones con la paciente, 4 en hospitalización y 13 en consulta externa, de las cuales acudió puntualmente a sus citas, faltando únicamente en dos ocasión. Al inicio del tratamiento Anna presentaba múltiples respuestas de ansiedad caracterizada en tres niveles de respuesta. Una de las conductas observables fue la presencia de llanto continuo y lenguaje verborreico, que inicialmente eran muy frecuentes y que como transcurrieron las sesiones fueron disminuyendo. En la última sesión llevada a cabo, la paciente refiere verbalmente mejoría al “estar menos ansiosa”, ha dejado de llorar, su lenguaje es más fluido y claro comparado a la sesión inicial.

En la Figura 1 se observan los puntajes del instrumento aplicado, (HADS) en la evaluación inicial y después de realizar el programa de intervención. Se observa que los puntajes en ansiedad y depresión disminuyeron de 16 a 4 en el primer caso y de 7 a 3 en el segundo.

Figura 1. Puntajes de niveles de ansiedad y depresión obtenidos tras la aplicación del HADS



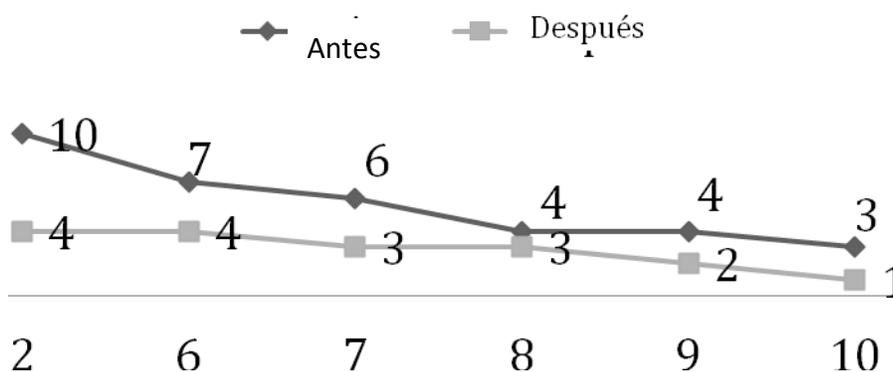
Por otro lado, en la tabla 1 se muestran los niveles de hemoglobina glicosilada, glucosa postprandial y presión arterial antes, durante y después de la intervención. Se observa que los niveles de glucosa han disminuido desde el ingreso de la hospitalización hasta la última medidas, sin embargo la presión arterial continua por encima de los parámetros de normo tensión, por lo cual en última consulta médico tratante cambia medicación para su control. En cuanto a la glucosa disminuyó de 556 mg/dl a 140 mg/dl al término del programa

Tabla 1. Niveles de glucosa, presión arterial y hemoglobina glicosilada antes y durante el tratamiento

	Evaluación inicial	Intermedio intervención	Evaluación final
Hemoglobina Glicosilada.	11.50%	9.7%	8.1%
Glucosa postprandial	556 mg/dl	154 mg/dl	140 mg/dl
Presión arterial	140/90	130/80	130/80

En todas las sesiones en las que se llevaron a cabo ejercicios de relajación se evaluó nivel de ansiedad del 0 al 10 antes y después de realizar el ejercicio, siendo 0 nada de “ansiedad” y 10 “muy ansiosa”. En la figura 2 se muestran los resultados de estas escalas, como se observa con el transcurso de las sesiones estas puntuaciones han disminuido en intensidad

Figura2. Niveles de ansiedad antes y después de realizar ejercicios en relajación durante la sesión



De acuerdo a los resultados observados se concluye que el tratamiento ayudó a reducir los niveles de ansiedad en la paciente y que se demuestra en los parámetros fisiológicos y conductuales.

Apéndice 12. Caso 2

1. Ficha de Identificación del Paciente

Nombre: “Oscar”	Sexo: Masculino
Estado Civil: Soltero	Edad: 18 años
Originario/Residente: Estado de Hidalgo	Religión: Católica
DX Médico: Al ingreso a Medicina Interna Absceso pulmonar derecho, neumotórax espontaneo, sepsis de origen pulmonar, lesión renal aguda Dx tras protocolo diagnóstico: Neumonitis química por talco y absceso pulmonar	Ocupación: Campesino
Escolaridad: Secundaria inconclusa	Nivel Socioeconómico: Bajo
Otro dato de interés: Toxicomanías positivas, consumo de cocaína (cada 8 días), alcohol (2 veces a la semana) y tabaco (5 a 6 cigarros diarios)	Remisión: Médico tratante
Dependencia económica: Padre, quien es campesino, ingresos mensuales: 4,000 a 5,000	Días de hospitalización: 23 días

2. Motivo de consulta

Médico tratante: Refiere a paciente ya que lo ve “nervioso” ante próxima toracotomía

Paciente Refiere estar nervioso ante próxima operación, comenta que su estancia hospitalaria ha sido una pesadilla debido a que piensa constantemente en lo que puede suceder. Tiene miedo al pensar que en cirugía y en dolor. Menciona extrañar su casa, quiere salir cuanto antes de hospitalización.

3. Antecedentes Heredofamiliares

- Abuelo paterno finado secundario a complicaciones de Diabetes.
- Abuela materna finada secundario a cáncer de mama
- Padre con Diabetes Mellitus II de reciente diagnóstico en tratamiento
- 8 tíos con DMII

- Dos tías padecen de HAS, una con DMII con amputación de pierna derecha

4. Antecedentes Personales Patológicos

No padece de enfermedades crónico degenerativas, reporta infección en vías respiratorias altas hace 1 mes.

Alergias: Negadas

Sexual: Reporta 3 parejas sexuales, uso de preservativo

Antecedentes Quirúrgicos: Interrogados y negados

Traumatismos: Reporta en parrilla costal del lado derecho 10 días previo a hospitalización aparentemente sin secuelas ni eventualidades

Hospitalizaciones previas: Interrogadas y negadas

5. Antecedentes Psicológicos/psiquiátricos patológicos

Ninguno, no ha acudido previamente a consulta psicológica

6. Antecedentes personales no patológicos

Habitación: Habita en casa de padres cuenta con servicios de urbanización excepto drenaje

Higiene: Baño cada 4to día

Toxicomanías: Tabaquismo desde los 16 años, a razón de 5 a 6 cigarrillos diarios. Abandonó hace 1 mes

Alcoholismo desde los 16 años, cada 8 días toma bebidas fermentadas y destilados hasta llegar a la embriaguez

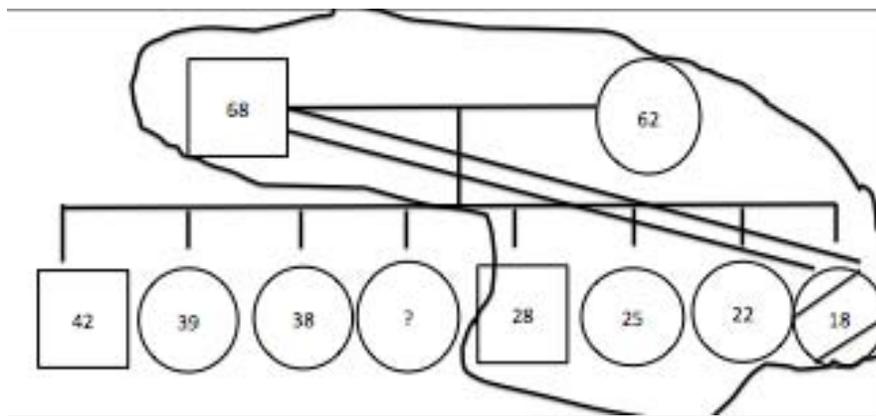
Cocaína. Inhalación de cocaína desde hace 2 meses cada 8 días, desconoce cantidad, última inhalación una semana previa a hospitalización

7. Dinámica familiar

Paciente es el hijo menor de 7 hermanos, comenta que la relación con su familia es muy buena ya que son muy unidos. Sus redes de apoyo son funcionales ante estancia hospitalaria ya que todos sus hermanos han acudido a verlo.

Su relación es estrecha con ambos padres, quienes lo “consienten” al ser el menor. Oscar refiere ser más allegado a sus hermanas, menciona que para su familia él es el “chiquito de la casa” (sic paciente), por lo que suelen protegerlo mucho. Sus padres desconocían consumo de sustancias, por lo que Oscar tiene miedo de que puedan cambiar su actitud una vez que esté recuperado. El paciente comenta que su mamá suele preocuparse fácilmente por su bienestar hasta llegar a “enfermar”, por lo que su papá es quien toma las decisiones en casa.

8. Familiograma



9. Historia del problema

Médica

Paciente comienza con padecimiento un día después de consumir cocaína. Inicialmente se presenta dolor súbito en hemitórax derecho y que no remite con analgésicos. Después de 4 días el dolor desaparece espontáneamente por lo que no busca tratamiento. Una semana después regresa dolor inespecífico en la regiones del hipocondrio derecho y epigastrio acompañado de disnea que aumenta con movimientos respiratorios, así como alzas térmicas cuantificada en 39°C. Acude con facultativo quien refiere a hospital general en Hidalgo por cuadro sugerente de patología quirúrgica, es hospitalizado 4 días , con manejo a base de Claritomicina, Metamizol, Paracetamol y Clonixinato de lisina. Debido a que no hay mejoras y se mantienen las alzas térmicas durante hospitalización médico canaliza a Hospital Juárez.

Paciente llega urgencias, donde se da tratamiento mediante colocación de oxígeno y de sonda endopleural. Al segundo días se decide pasar al servicio de MI para protocolo diagnóstico y tratamiento. En piso se estabilizan alzas térmicas, se retira sonda endopleural al no registrarse

drenaje, se toma placa de tórax, TAC y se analiza punción de derrame. A partir de estudios se decide interconsulta a Cirugía de Tórax para valoración tras exploración de síndrome pleuropulmonar. MI refiere diagnóstico de

Neumonitis química por talco, absceso pulmonar lesión renal aguda AKIN I.

Tras interconsulta, Cirugía de Tórax se propone tratamiento mediante toracotomía derecha, lavado y decorticación pleural. (Ver Anexo 1)

Psicológica

- Oscar reporta ser una persona tranquila y que rara vez se “complica”, menciona encontrarse bien emocionalmente hasta inicio de padecimiento médico
- Inicialmente pensó que era un dolor por algún golpe, sin embargo conforme aumentaron los síntomas físicos comenzó a sentir preocupación. Tras el paso de los días y al observar que esto se intensificaron piensa que su estado de salud está empeorando, por lo que siente miedo
- Al ingresar a primera hospitalización menciona pensar constantemente en consecuencias por consumo de cocaína, reporta haber sido días de mucha fiebre que no recuerda más que como una “pesadilla”
- Ingresa al HJM en urgencias, comenta sentirse nervioso ya que todo era muy novedoso. Al escuchar a los doctores hablar y al comentar que tendría que permanecer unos días piensa que la situación es grave. Cuando se le informa sobre colocación de sonda y se hace venoclisis Oscar se opone, menciona sentir sudoración, taquicardia y falta de respiración. Después de hablar con madre acepta permanecer en hospital.
- Al estar en urgencias y posteriormente subir a MI, paciente menciona estar “atrapado”. Piensa en que no le gustan los espacios cerrados al estar acostumbrado a estar en lugares al aire libre,
- Durante hospitalización y ante visita de médicos (pase de visita) Oscar comenta sentir “desesperación”, reporta que “seguro le traerán malas noticias” por lo que presenta agitación motora, llanto y sudoración.

- Conforme pasan los días, el paciente refiere preocuparse más, piensa que los estudios realizados son muchos debido a la gravedad de su estado de salud.
- Cirugía de tórax informa que es necesario realizar intervención quirúrgica al ser necesario retirar tejido. Tras conocimiento de tratamiento, Oscar presenta negativa. Menciona tener mucho miedo de lo que pueda pasar. Dice no querer morir “en la plancha”. Menciona haber escuchado que las cirugías son peligrosas por lo que piensa en los posibles resultados negativos de la misma
- Familia apoya decisión de Oscar de no someterse a cirugía, ya que piensan que será riesgoso (Ver Anexo 2).

10. Impresión y actitud general

Paciente es cooperador ante entrevista e intervención, aunque se muestra tímido.

11. Examen mental

Paciente masculino de edad aparente igual a la cronológica. Condiciones de higiene y aliño de acuerdo a contexto hospitalario. Orientado en tres esferas (TEP), atención y concentración de acuerdo a estímulos ambientales. Consciente y alerta. Se muestra cooperador ante entrevista. Estado de ánimo nervioso con afecto ansioso. Pensamiento concreto centrado en hospitalización. Lenguaje coherente, congruente y claro. Impresiona clínicamente inteligencia promedio. Locus de control externo, estilo de afrontamiento centrado en la emoción/ evitativo. Con noción de enfermedad, redes de apoyo funcionales.

12. Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados obtenidos Conductas problema

Evaluación

- Observación
- Entrevista conductual
- Registros de EVA de “preocupación” escala 0 al 10

13. Análisis y descripción de las conductas problema

- Exceso de pensamientos anticipatorios, catastróficos y sobregeneralizados (cognitivo)
- Taquicardia, sudoración y cambios en temperatura corporal (Fisiológico)
- Verbalizaciones sobre abandonar el hospital (motor)
- Llanto y gritos (motor)
- Miedo y preocupación ante cirugía (cognitivo)
- Negativa ante cirugía (motor)

14. Modelos secuencial integrativo (Anexo 3)

15. Análisis funcional de la conducta

Paciente masculino de 18 años de edad, con Diagnóstico de Absceso pulmonar derecho y neumonitis química por talco.. Es referido por médico tratante debido a nerviosismo tras próxima operación. Presenta reacción de estrés que se caracteriza a nivel motor por llanto, gritar, movimiento de pies, juntar dedos y mover manos. A nivel cognitivo por pensamientos anticipatorios, catastróficos y sobregeneralizados sobre hospitalización, resultado y las consecuencias de cirugía, además de imágenes sobre sangre y órganos que le producen miedo. Fisiológicamente presenta tensión en manos y taquicardia.

Es altamente probable que estas respuestas ocurran al encontrarse acostado en cama y ante ciertos estímulos, por ejemplo cuando los doctores o sus familiares le hacen preguntas sobre la operación, al escuchar hablar a los médicos del procedimiento o al oír comentarios negativos de otros pacientes. Además de presentarse cuando Oscar piensa en cirugía o ante la presencia de pensamientos catastróficos sobre estado de salud.

Contingente a las respuestas de estrés y para reducir sus efectos, el paciente reza, se sienta en la cama, grita, mueve brazos y piernas y piensa en escapar del hospital por lo que siente desesperación. Las respuestas fisiológicas se incrementan al presenta taquicardia, sudoración, espasmo abdominal y elevación de la temperatura corporal. Asimismo, de manera inmediata a la respuesta, su familia refuerza positivamente al decirle que lo quieren llorar y abrazarlo

De manera mediata esta situación provoca en el paciente llanto constante, sueño poco reparador, miedo y frustración. Su familia mantiene la conducta de interés cuando acuden a visitarlo, al despedirse de él o hablar de qué pasaría si no saliera de la operación

Contribuye al incremento de la respuesta estresora su historia de aprendizaje ya que padres reforzaron dependencia al ser el hijo menor. Además el estar en hospital para Oscar implica un ambiente diferente al acostumbrado.

Dado el análisis anterior, se intervendrá en nivel de respuesta y consecuencias cognitivas y fisiológicas. Se realizará psicoeducación para toma de decisión, y se proporcionarán ejercicios en relajación y autoinstrucciones para favorecer un estilo de afrontamiento funcional ante procedimiento quirúrgico.

16. Hipótesis funcional:

Si el afrontamiento de Oscar ante cirugía está mantenido por las respuestas de estrés que se presenta en tres niveles, entonces si se proporciona psicoeducación y se instruye en técnicas de relajación y autoinstrucciones se favorecerá la adaptación del paciente en estancia hospitalaria y ante intervención quirúrgica

17. Identificación de Variables

Variable independiente	Variable dependiente	Meta
Información y Psicoeducación	Conocimiento sobre cirugía y padecimiento,	Que el paciente identifique las características del procedimiento quirúrgico y la necesidad del mismo de acuerdo a condición médica
Imaginación guiada y autoverbalizaciones	Respuestas fisiológicas y cognitivas de estrés	Que el paciente practique y aplique ejercicios de relajación para modificar respuestas fisiológicas y cognitivas
Autoinstrucciones	Afrontamiento evitativo ante estímulo estresor	Que el paciente realice una secuencia de pasos para afrontar una situación estresante

18. Diagnóstico DSM-IV-TR

Eje I. Factor psicológico (estilo de afrontamiento evitativo) que interfiere con tratamiento médico (principal) y abuso de cocaína

Eje II. Ninguno

Eje III: Absceso Pulmonar y neumonitis química por talco

Eje IV. Ninguno

Eje V. 70-80

19. Objetivo general y específicos

Objetivo general.

El paciente modificará sus estrategias de afrontamiento para favorecer adaptación a hospitalización y procedimientos médicos

Específicos:

El paciente:

- Identificará las características del tratamiento y de la enfermedad
- Identificará componentes de estrés en 3 niveles de respuesta y estrategias de afrontamiento adaptativas
- Practicará ejercicios de relajación en situaciones normales y en una situación estresante
- Se dirá a sí mismo una secuencia de pasos para relajarse ante una situación estresante

20. Plan por sesión

Sesión	Estrategias
1	Evaluación inicial
2	Información y Psicoeducación
3	Ejercicios en relajación a través de Imaginación guiada
4	Imaginación guiada y autoverbalizaciones
5	Ejercicio en autoinstrucciones
6	Monitoreo
7	Psicoeducación conductas interfieren con salud

21. Resultados

Sesión 1. Se realiza evaluación inicial de respuestas de estrés ante procedimiento quirúrgico. Se identifica falta de información y desconocimiento del tratamiento y hospitalización. Paciente comenta que tendrá una sesión con los médicos de cirugía para aclarar dudas. Se hace una lista de las preguntas a realizar

Sesión 2. Paciente realiza ejercicio de preguntar dudas a médicos tratantes, se aclara información faltante. Se da información sobre operación y psicoeducación sobre la reacción de estrés así como de los tipos de afrontamiento. Se establece como objetivo trabajar en la preparación para procedimiento ya que el paciente acepta cirugía

Sesión 3. Se realiza ejercicio en relajación a través de imaginación guiada. Conforme se hace relajación se observan cambios en la postura y tensión de los músculos de brazos y piernas. Al término, el paciente reporta sentirse más tranquilo. Se deja de tarea practicar ejercicio 2 veces al día escribiendo registro de EVA antes y después de realización.

Sesión 4. Paciente entrega registro, se aclaran dudas y se realiza nuevamente ejercicio de relajación, posteriormente se identifican autoverbalizaciones que pueda utilizar antes de cirugía. Se pide aplicar relajación en situaciones que generen estrés.

Sesión 5. Se estable con usuario una serie de pasos previos a la operación para realizar ejercicios en relajación (autoinstrucciones). Se escriben pasos a seguir, el paciente los repite en voz alta. Se establece secuencia y cómo puede interiorizar estas instrucciones

Sesión 6. Se realiza monitoreo tras operación. Paciente reporta haber puesto en práctica los ejercicios, siendo la situación más estresante la espera ya cerca del quirófano al escuchar llanto de otro paciente. Comenta que le ayudó repetirse las frases y pasos para relajarse.

Sesión 7. Se resumen estrategias puestas en práctica y técnicas instruidas. Se da psicoeducación sobre conductas que interfieren con salud relacionadas con uso de sustancias (cocaína)

A inicio de la sesiones Oscar verbalizaba querer salir de hospitalización, conducta que disminuyó durante intervención previa a cirugía. El paciente reportó que las técnicas en relajación le permitieron “tranquilizarse” cuando pensaba en el procedimiento o en consecuencias.

En sesiones se pidió registrar EVA de “preocupación” (término definido con paciente para estrés). La figura 1, muestra las veces que el paciente puso en práctica los ejercicios de imaginación guiada y la evaluación subjetiva después de utilizar el procedimiento. Se observa que la intensidad de la respuesta disminuyó durante días previos a cirugía de 10 a 5.

Por otro lado, la figura 2 muestra la percepción subjetiva de intensidad de la respuesta tras la aplicación de las técnicas en situaciones estresantes. Se observa que ésta redujo de 6 a 1 un día antes de la operación.

Figura 1. Evaluación subjetiva de estrés previa a intervención quirúrgica

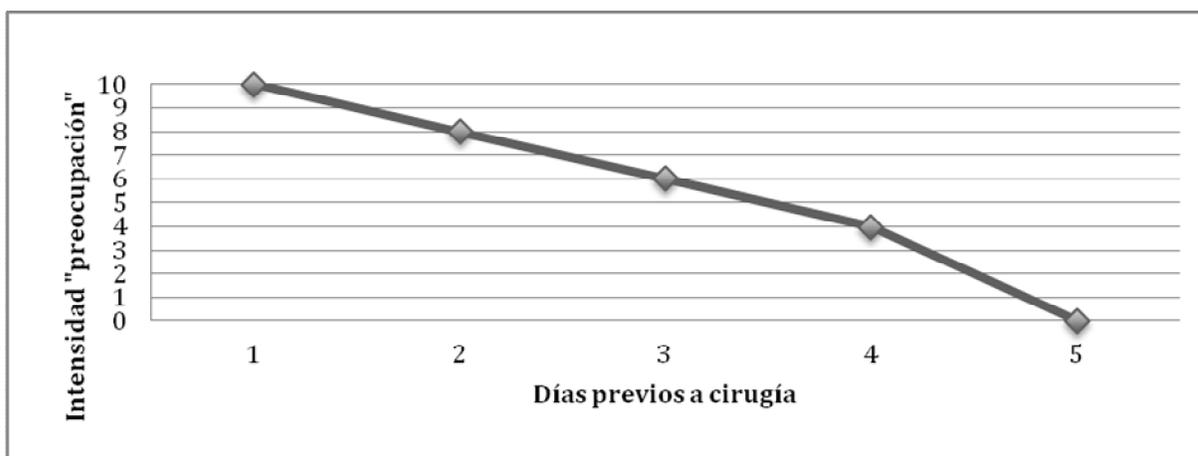
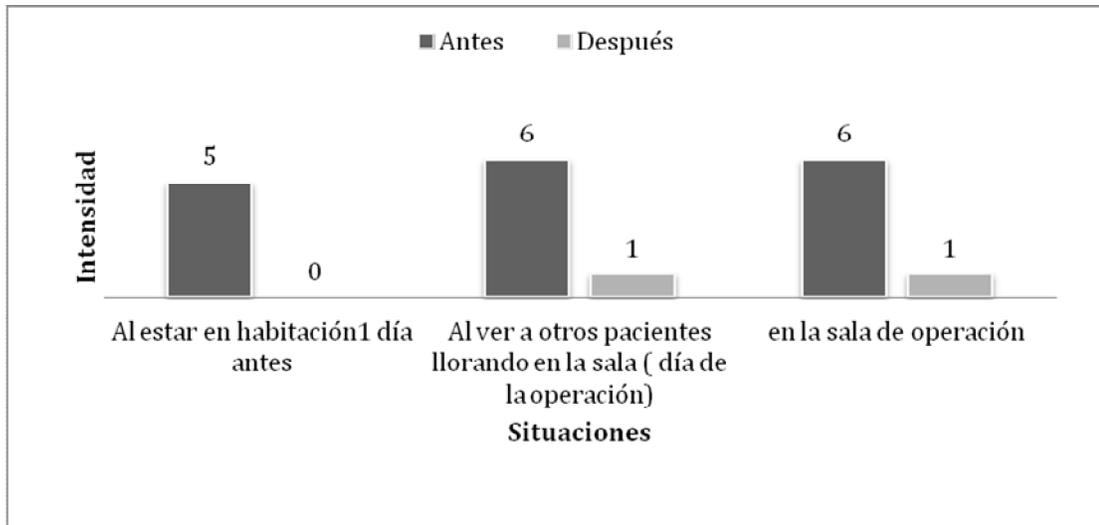


Figura 2. EVA Estrés antes y después de aplicar técnica



22. Conclusión

- Una de las funciones del médico conductual es intervenir en los factores psicológicos que pueden estar influyendo en el tratamiento de una enfermedad, en algunos casos las estrategias de afrontamiento utilizadas son desadaptativas al contexto hospitalario - - En estas situaciones instruir paciente en estrategias funcionales permite favorecer su adaptación y elección de tratamientos.

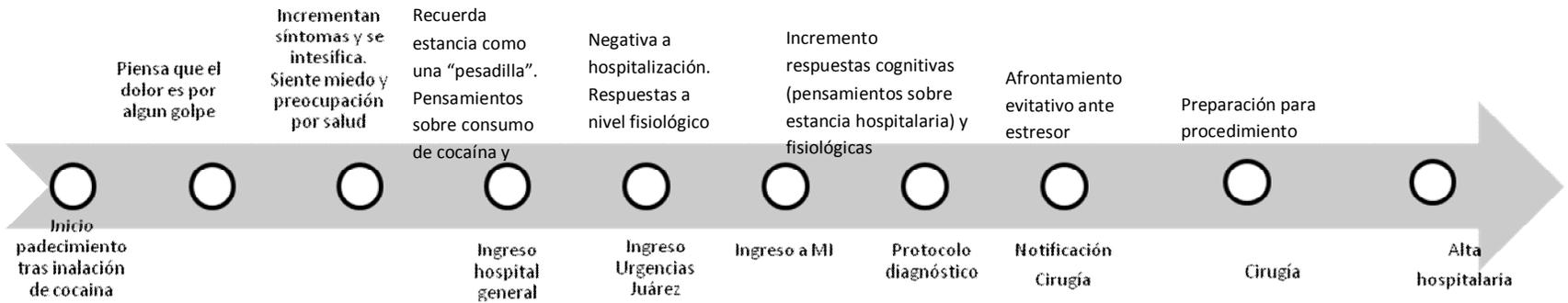
Cabe enfatizar que en este caso también es necesario prevenir conductas poco saludables, por ejemplo el abuso de sustancias. Y que no fue abordada como problemática principal

- El tiempo de diagnóstico en muchas ocasiones se prolonga de acuerdo al hospital o al servicio a que se acude, esto es una variable a considerar en nuestro sistema de salud y que puede favorecer respuestas de estrés.

Anexo 1. Cronología padecimiento médico



Anexo 2 Cronología padecimiento psicológico



Anexo 3. Modelo Secuencial Integrativo

Estímulo	Organismo	Respuesta	Consecuencia
<p><i>Externo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando le preguntan sobre la operación (familia o doctores) • Al escuchar hablar a los médicos sobre el procedimiento • Al oír comentarios negativos de otros pacientes sobre la hospitalización • Ocurre en el hospital, al estar acostado en cama <p><i>Interno</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Al pensar en cirugía • Pensamientos catastróficos sobre operación y hospitalización <p><i>Historia pasada</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • No haber estado en hospitalizado anteriormente 	<p><i>Biológico</i></p> <p>Dx. Absceso pulmonar y neumonitis química por talco. Inhalado junto con cocaína, consumo cada 8 días</p> <p><i>Habilidades historia de reforzamiento</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Padres refuerzan dependencia al ser el hijo menor • Capacidad de imaginar escenarios <p><i>Cognitivos/culturales</i></p> <p>“Es insoportable estar en un hospital”</p> <p>“Si no estoy en el campo me siento encerrado”</p> <p>Preferencia de área rural sobre ciudad</p>	<p>Estrés</p> <p><i>Motor</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Llanto • Gritar • Movimiento con pies • Juntar dedos y mover manos <p><i>Cognitivo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos anticipatorios sobre el resultado y consecuencias de cirugía. Ejemplo “Moriré” “Tardaré mucho en recuperarme y en este hospital” “¿Qué hará mi familia si no salgo?” • Pensar en que será doloroso. Ejemplo “La recuperación será muy dolorosa” • Pensar en el procedimiento. Ejemplo “Voy a ver cuándo me abran” • Imágenes de sangre y piel • Pensamientos de 	<p><i>Inmediatas</i></p> <p><i>Individuales</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Externas</i> • Rezar • Sentarse en la cama • Gritar • Mover brazos y piernas <p><i>Internas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Desesperación • Pensar en escapar del hospital • Taquicardia • Sudoración • Espasmo abdominal • Elevación de la temperatura corporal <p><i>Otros</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Padres dicen que lo quieren y abrazan • Llanto <p><i>Mediatas</i></p>

<p><i>Contemporánea:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Exposición a sustancias desde hace 2 meses • Hospitalización actual 		<p>sobregeneralización “ A mi compañero le dolió mucho, será igual conmigo” “Me han que muchos no lo logran”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentir miedo <p><i>Fisiológico</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tensión manos • Taquicardia 	<p><i>Individuales</i></p> <p><i>Internas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sueño poco reparador • Miedo y frustración <p><i>Externas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Llanto • Despedirse de seres queridos <p>Otros</p> <ul style="list-style-type: none"> • Familiares acuden a visitarlo • Padres se despiden de él • Hablan de qué pasaría si no saliera de la operación
---	--	--	--

Apéndice 13. Caso 3

1. Ficha de Identificación del Paciente

Nombre: “Aura”	Sexo: Femenino
Estado Civil: Soltera	Edad: 51 años
Originario/Residente: Edo. De México	Religión: Cristiana
DX Médico: Síndrome metabólico, Diabetes Mellitus tipo 2 , HAS, Obesidad	Ocupación: Comerciante en tianguis de ropa usada y fines de semana vende sopes
Escolaridad: Secundaria	Nivel Socioeconómico: Medio bajo
Remisión: Médico tratante, solicitud del paciente	Otro dato de interés: Donadora renal hace 10 años a hija única
Vive con hija quien padece ERC, fue trasplantada hace 10 años y hace 1 perdió el injerto. Actualmente en tratamiento de diálisis	Referida a MI para control metabólico Hba1C 9.1%, glucosa capilar 205, basal 136. TA 140/90

2. Motivo de consulta

Médico tratante refiere a paciente, quien es vista en la consulta externa debido a que está “muy alterada” por situación familiar. Médico comenta que sólo tiene un riñón y que los problemas familiares le han afectado en su cuidado, la observa con preocupaciones y llanto fácil. “Tiene muchos problemas con su hija”.

La paciente comenta que su relación con hija ha sido complicada desde hace 15 años, ya que ella es muy cambiante. Comenta que esto le ha afectado al punto de no preocuparse más que por su hija, menciona “vivir a través de sus emociones”. Reporta haberse “descuidado” a esta causa por lo que actualmente los médicos le dicen necesita “dejar de pensar en otros” y empezar a cuidarse al ser donadora de riñón con DM2.

3. Antecedentes Heredofamiliares

- Padre padece HAS con arritmia cardiaca

- Hermana con epilepsia
- Madre con Dm2
- Hermano con Dm2 y con capacidades diferentes

4. Antecedentes Personales Patológicos

- Paciente femenina quien padece Dm2 desde hace 2 años y medio en tratamiento con metformina (850 mg 1-1-1.), glibenclamida (2.5 mg cada 12 hrs.) y pravastina (10 mg 0-0-1). HAS con la misma duración desde diagnóstico de diabetes, en tratamiento con losartan (1-0-1)
- Nefrectomía hace 10 años por donación de órgano sin complicaciones posteriores
- Paciente es vista en el servicio de gastroenterología por úlceras gástricas y síndrome de intestino irritable
- Mastopatía fibroquística, resección con seguimiento por Ginecología y Obstetricia
- Antecedentes de asma bronquial, Rinitis, síndrome de alergia oral en seguimiento por inmunología
- Síndrome metabólico. Obesidad grado 1 peso 82 kg con estatura de 1.59 y IMC de 32.1. En seguimiento por medicina interna

5. Antecedentes Psicológicos/psiquiátricos patológicos

Paciente que ha recibido múltiples tratamientos psicológicos. Comenta haber pasado por protocolo de evaluación psicológica por parte de psiquiatría como requisito para ser donadora de órganos en Hospital la Raza.

Después del trasplante reporta acudir a pláticas (5 aproximadamente) en donde los temas abordados estuvieron relacionados con cuidados de órgano y respuestas psicológicas tras procedimiento.

La segunda ocasión acude a Salud Mental dentro del Hospital Juárez de México por referencia de médico tratante (Ginecología y Obstetricia) debido a “depresión” acudió por 1 año aproximadamente. Comenta que psicóloga refería la importancia de independizar sus emociones con respecto a la de su hija, sin embargo no recuerda el tipo de tratamiento recibido. Menciona

no haberle gustado el tipo de terapia ya que “se centraba en mi pasado siempre y no veía cambio” (sic paciente) por lo que dejó de acudir. La nota en expediente refiere abordar: “técnica en revelación de inconsciente” y “reestructuración cognitiva”.

6. Antecedentes personales no patológicos

Habitación: Cuenta con todos los servicios urbanos

Higiene: Baño cada tercer día

Toxicomanías: Interrogadas y negadas

Alimentación: con alto contenido en grasas, azúcares y carbohidratos. Alta en comida chatarra

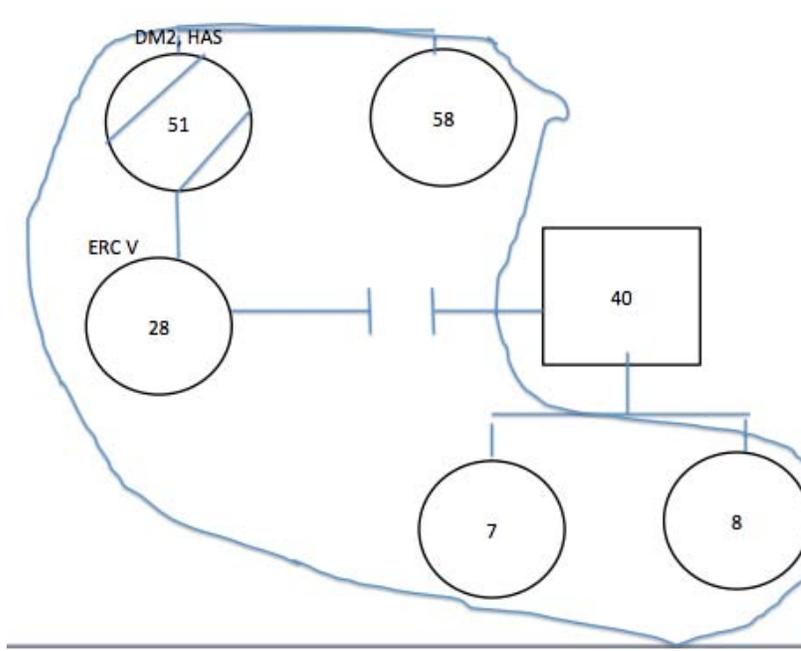
7. Dinámica familiar

Aura es madre soltera, actualmente vive con “Gloria” hija de 28 años. Comenta que su hija es muy explosiva, cambia de humor fácilmente y que en ocasiones ha llegado a maltratarla por lo que considera que su relación es “mala”. La paciente refiere que es un maltrato “psicológico”, “me dice cosas sobre mi persona, que la abandone de chica por ir a trabajar, que nunca la quise, yo no sé porque me dice todo esto si yo siempre he dado todo por ella, incluso mi riñón” (sic. paciente). Comenta que cuando Gloria está feliz o la trata bien ella se siente estable emocionalmente, sin embargo cuando ella está triste o enojada, ella se siente fatal. Gloria actualmente está casada con German, quien está cumpliendo condena en penal.

Aura reporta que Gloria es depresiva y que actualmente no se cuida, por eso perdió el injerto “en realidad nunca se cuidó pasaba días en donde comía lo que quería y no se tomaba ninguno de sus medicamentos”. Menciona que hija se dializa en casa ya que tiene el apoyo del seguro para hacer el procedimiento.

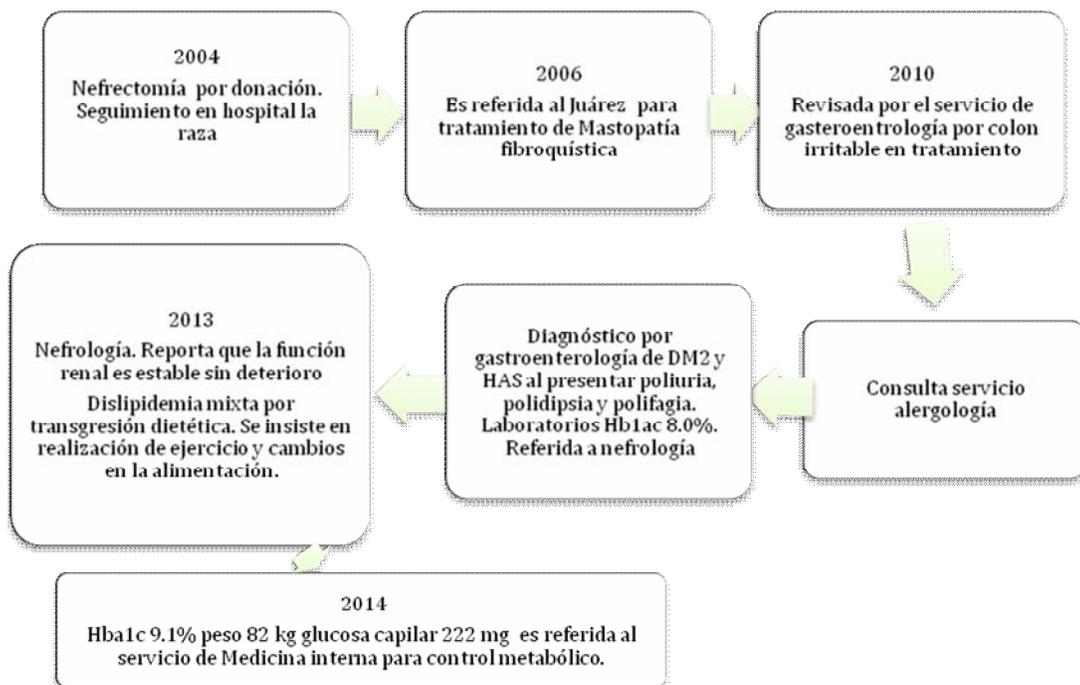
Aura también vive con A. (7 años) y F. (5 años), quienes son hijas de German, y que la paciente ve como “nietas”. Refiere querer mucho a las niñas y reporta tener buena relación con ambas. En casa también habita hermana de 55 años quien la ayuda con gastos económicos.

8. Familiograma



9. Historia del problema

Médica



Psicológica

2003 Intento de suicidio de hija con medicamentos. Paciente refiere no saber por qué, comenta que este evento fue el desencadenante de su malestar

2004 Gloria comienza a sentirse mal, comenta que estaba hinchada y le costaba trabajo caminar, Aura lleva a hija a clínica familiar quienes la diagnostica con ERC V. Los médicos indican necesidad de tratamiento sustitutivo, la paciente comenta que buscó la manera de que hija recibiera tratamiento. Ingresa a Hospital la raza, se comenta que es probable que el exceso de medicamento dañara la función renal y se propone la realización de un trasplante. La paciente en un primer momento sintió mucha preocupación y tristeza ya que le informaron que la situación de su hija era crítica, comenta constantemente haber pensado que fue mala madre por dejar que eso pasara. Refiere que ella se ofreció a ser donadora y quería a toda costa que se recuperara. Aura comenta haber pensado “Ella es joven, y si está en mis manos la voy a salvar”. Menciona que es algo que hizo “sin pesar”.

2005

En Diciembre de ese año se realiza trasplante. Paciente comenta que se le explicó el procedimiento y los cambios que tendría que realizar. “Yo solo podía pensar en mi hija, que ella estuviera bien, en realidad no lo pensé tanto, el amor de una madre es mayor” (sic. paciente).

2006 Hija se recupera, una vez dada de alta la paciente continuó con actividades. Veía que al inicio Gloria se cuidaba porque su esposo la apoyaba. Comenta que cuando no se tomaba los medicamentos y ella se lo decía su hija se molestaba mucho por lo que ella se ponía muy triste.

En los años subsecuentes comenta haberse preocupado mas por la salud de su hija que por la suya, reporta que la enferma era su hija por lo que ella quedaba en segundo plano

2011 Se da diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, paciente comenta que al inicio no comprendió en que constaba la enfermedad, ya que es algo que no se esperaba. Comenta sentir enojo debido a que los doctores le decían constantemente que hacer y qué no hacer, pero ella no entendía la importancia de por qué cuidarse

2013. Hija pierde el injerto, en el hospital le dicen que es por falta de cuidados. Aura refiere que “ese día se me cayó el cielo” ya que no esperaba esa noticia. Paciente reporta sentir tristeza al pensar que su hija estaría mal nuevamente

2014. Reporta que a partir de entonces empezó a sentirse triste y su relación con hija se fue deteriorando. Aura refiere que actualmente no se cuida como debería debido a que está más preocupada pensando en cómo está su hija que en ella misma. Menciona no seguir ninguna dieta, continuar comiendo como solía hacerlo, ni hacer ejercicio. Únicamente pone atención en los medicamentos que le mandan los cuales intenta ingerir, aunque hay algunos que por dinero no ha podido comprarlos.

Paciente reporta haber estado triste durante mucho tiempo, pero que se percata la necesidad de hacer cambios en su estilo de vida, ya que de lo contrario “terminarán igual”. Menciona que a veces la pone triste su situación, pero está dispuesta a hacer cosas por si misma para no acabar dializándose. Reporta que los médicos le han dicho, la necesidad de bajar de peso, y que por ahora aún sirve su riñón, “me dijeron que si me controlo ya estoy del otro lado, pero no es fácil”

Paciente comenta que le cuesta trabajo controlar lo que come, reporta que no entiende porque ahora no puede comer igual, dice tener problemas sobre todo con el pan y los antojitos. Además menciona que dado su trabajo es difícil cuidarse.

10. Impresión y actitud general

Paciente de constitución endomórfica, cooperadora ante entrevista e intervención presenta labilidad emocional

11. Examen mental

Paciente femenina con edad aparente igual a la cronológica, constitución endomórfica. Condiciones de higiene y aliño adecuados a contexto. Está orientado en tres esferas (T-E-P), atención y concentración adecuadas a estímulos ambientales. Memorias conservadas, consciente y alerta a respuestas del medio. Cooperadora ante entrevista. Estado de ánimo triste y preocupado con afecto ansioso y labilidad emocional. Pensamiento concreto, centrado en enfermedad y círculo primario. Lenguaje coherente, congruente y claro. Sin alteraciones sensorio-perceptuales. Impresiona clínicamente inteligencia promedio. Con noción de enfermedad.

Locus de control externo, estrategias de afrontamiento centrado en la emoción. Redes de apoyo escasas pero funcionales.

12. Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados obtenidos Conductas problema

Evaluación

- Autoregistros
- Entrevista
- Instrumentos: Inventario depresión de Beck puntuación de 11 / Depresión Leve
- Laboratorios
- Medidas fisiológicas

13. Análisis y descripción de las conductas problema

- Exceso de consumo de alimentos con alto contenido en grasa y carbohidratos
- Falta de realización de actividad física
- Creencias sobre enfermedad y cuidado de su salud
- Exceso en pensamientos y creencias sobre hija y enfermedad
- Déficit en identificación de conceptos sobre la enfermedad

14. Modelos secuencial integrativo (Anexo 3)

15. Análisis funcional de la conducta

Paciente femenino de 51 años de edad peso 82 kg, altura 1.57. Con Diagnóstico de DM2 y HAS y nefrectomía de riñón por donación. Glucosa 250 mg presión 140/90. Aura es referida por médico tratante por problemas con familiares que afectan control de su enfermedad. Se identifica como conducta problema la falta de adherencia al tratamiento al ser una demanda de paciente el querer cuidarse más y de médicos (nefrología, gastroenterología y Medicina Interna) controlar alimentación e incrementar el ejercicio para mejorar salud. Conductualmente se caracteriza por falta de ejercicio, ingesta de alimentos poco recomendados, que incluye pan y comida chatarra. En el área cognitiva se presenta pensamientos sobre su salud, sobre si misma y sobre hija, así como creencias sobre alimentación. Emocionalmente se siente tristeza y preocupación. Fisiológicamente Aura presenta dolor de cabeza, glicemias elevadas 250-300 y Hba1c 9.1%

Es altamente probable que la falta de adherencia ocurran ante ciertos estímulos externos e internos, dentro de los primeros se encuentran cuando sale de comprar, al vender los fines de semana, en fiestas, durante el desayuno o comida y al pelear con hija. Mientras que dentro de los internos se encuentra cuando percibe sensación de Hambre.

Las contingencias que se presentan tras la conducta problema son reforzantes positivos al incrementar la probabilidad de aparición de estas respuestas. En un inicio la paciente siente satisfacción por comer algo que le gusta, piensa en tomar los medicamentos para encontrarse bien y que el incumplimiento “no le hará daño. Piensa en necesidad de cuidarse, pero evalúa más placentero continuar viviendo igual que antes.”. Por su parte, los otros refuerzan positivamente las conductas de ingesta excesiva de grasas y carbohidratos cuando llevan comida chatarra al notarla “desanimada”, además señalan que llevar una alimentación saludable es muy caro. En un plazo mediano las consecuencias individuales son aversiva ya que siente culpa, tristeza, frustración y le preocupa su salud. Tiene pensamientos tales como no querer acabar como su hija o que es muy difícil cuidarse, mientras que los médicos le dicen que “se porta mal”, enfatizan necesidad de controlar alimentación y bajar de peso.

Dentro de la historia pasada de Aura influye el diagnóstico de ERCV a su hija, por lo que es donadora de riñón; así como los tratamientos psicológicos previos y la canalización a medicina interna para control glucémico. Dentro de sus creencias se encuentran el pensar que una madre debe ante poner sus intereses por el de sus hijos o pensar que el papel de una madre es que estar mal cuando sus hijos sufren.

Se decide desarrollar programa de intervención a nivel de estímulos desencadenantes y en nivel de respuesta motor, ya que al modificar los estos comportamientos la paciente podrá favorecer su adherencia al tratamiento.

Se trabajará con psicoeducación, técnicas en autocontrol como son: automonitoreo, autoreforzamiento, control de estímulos y auto verbalizaciones, además de técnica en solución de problemas.

16. Hipótesis funcional:

Si la falta de adherencia al tratamiento de la paciente está asociada a los estímulos externos que se presentan antes de la respuesta, así como a los a déficits y excesos comportamentales

relacionados principalmente con la alimentación y la realización de actividad física, entonces al brindar a la paciente psicoeducación y entrenamiento en técnicas de autocontrol se modificarán las conductas relacionadas con el seguimiento de las indicaciones médicas y existirán cambios en los parámetros fisiológicos de hemoglobina glicosilada, glucosa y peso que favorezcan su salud.

17. Identificación de Variables

Variable independiente	Variable dependiente	Meta
Información y Psicoeducación	Conocimiento sobre enfermedad	Que la paciente identifique las características de la diabetes y su relación con los estilos de vida
Técnicas en Autocontrol	Ingesta de alimentos Actividad física Peso Hemoglobina glicosilada	Que la paciente proporcione sus propias contingencias tras la realización de comportamientos relacionados con su adherencia al tratamiento Que la paciente modifique comportamientos que favorecen/interfieren la adherencia al tratamiento
Ejercicios en solución de problemas	Ingesta de alimentos Medidas fisiológicas	Que la paciente practique la ejecución de soluciones funcionales con respecto a su adherencia al tratamiento

18. Diagnóstico DSM-IV-TR

Eje I. Incumplimiento terapéutico y problemas de relación

Eje II. Ninguno

Eje III: Diabetes Mellitus tipo II

Eje IV. Ninguno

19. Objetivo general y específicos

Objetivo general. Modificar respuestas conductuales y cognitivas para favorecer el seguimiento de las indicaciones médicas y en el estilo de vida

Específicos:

- Que la paciente identifique las características de la enfermedad así como los cambios que puede hacer a nivel conductual para su control
- Que la paciente observe su comportamiento
- Que la paciente establezca criterios cambio y ejecución de las conductas meta
- Que la paciente modifique los excesos y déficits en alimentación, realización de actividad física
- Que la paciente controle las contingencias que se proporciona tras la emisión de una conducta
- Que la paciente aplique técnicas en autocontrol para favorecer su adherencia al tratamiento

20. Plan de intervención en consulta externa:

<p>Sesión 1 (21 Agosto)</p>	<p>Intervención en crisis Psicoeducación</p>	<p>Se acude a consulta externa, paciente presenta llanto por lo que se hace respiración pasiva como conducta incompatible.</p> <p>Se establecer componentes de relación y protocolo CASIC. Posteriormente se proporciona estrategias para la comunicación verbal asertiva con hija al ser el motivo de consulta inicial.</p> <p>Durante intervención se detecta falta de adherencia al tratamiento por lo que se ofrece posibilidad de atención en consulta externa. Se explica enfoque medicina conductual y paciente se muestra interesada ya que anteriormente las psicólogas se centraron en “hablar del pasado” por lo que busca algo diferente</p>
<p>Sesión 2 25 Agosto</p>	<p>No se presenta a sesión</p>	<p>Paciente no acude a primera sesión, una semana después se presenta para reagendar cita</p>
<p>Sesión 3 y 4 9 de Septiembre y 23 de Septiembre</p>	<p>Evaluación inicial a través de entrevista e inventario</p>	<p>Se hace evaluación sobre problemática de adherencia y conflictos con hija. Se aplica Beck para evaluar sintomatología depresiva. Se recolecta información sobre parámetros fisiológicos.</p>
<p>Sesión 5 6 Octubre</p>	<p>Psicoeducación diabetes y explicación AFC</p>	<p>Se proporciona información sobre AFC, se establece junto con ella los objetivos de terapia. Paciente decide iniciar con el control de su enfermedad. Comenta que siempre los psicólogos hablaban de su tristeza pero que esta vez no quiere enfocar el tratamiento a problemas con hija, sino pensar en si misma</p> <p>Se da psicoeducación sobre la enfermedad</p>
<p>Sesión 6 14 oct</p>	<p>Técnicas en autocontrol: Control de estímulos y autoverbalizaciones</p>	<p>Se diseñan formatos de registro para ingesta de pan y consumo de tortillas. Se establecen objetivos semanales en reducción de carbohidratos de acuerdo a recomendación del médico. Se idean estrategias de control estimular y se escriben autoverbalizaciones</p>
<p>Sesión 7 22 oct</p>	<p>Control de estímulos y autoreforzamiento</p>	<p>Se continúa con técnica en control de estímulos en ingesta de carbohidratos y se agrega comida chatarra. Se instruye en autoreforzamiento. Se</p>

		dejan registros frecuencia en consumo de pan y tortilla, así como de niveles de glucosa ya que paciente compró glucómetro.
Sesión 8 10 Noviembre	Psicoeducación Automonitoreo niveles de glucosa Autoverbalizaciones	Se revisan tareas y se refuerza. Se proporciona psicoeducación sobre niveles de glucosa y alimentación. Se hace gráficas de peso y de glucosa para auto monitoreo. Se continua con autoreforzamiento

21. Resultados

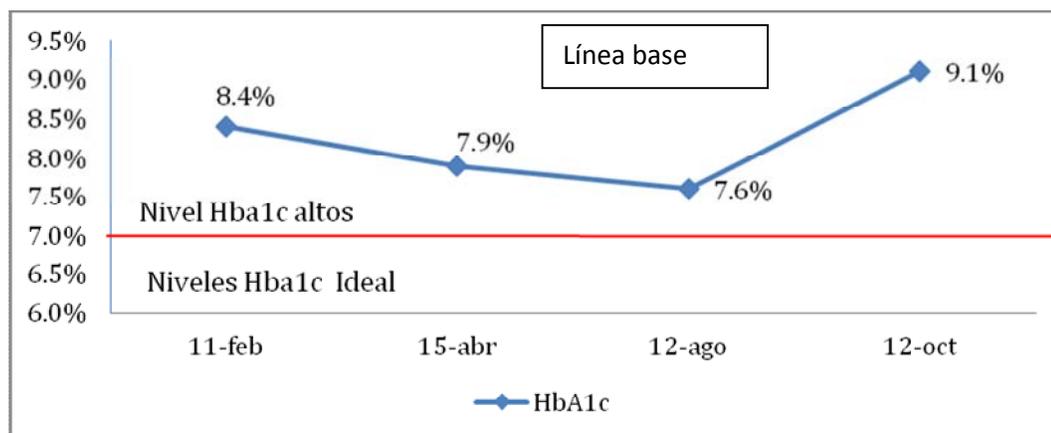
Se han llevado a cabo 7 sesiones en consulta externa. Hasta el momento la paciente ha sido cooperadora, acude puntualmente y ha faltado sólo una ocasión. Se establecieron diferentes objetivos que se evaluaron a través de auto registros. En la tabla 1 se observan los avances en cada una de estos objetivos que se establecieron en conjunto con la paciente. Se muestra que el porcentaje de realización de la tarea ha ido aumentando conforme avanzan las terapias, logros que se han reforzado.

Tabla1. Objetivos definidos en terapia

Objetivos	Sesiones				
	6	7	8	9	10
1. Disminuir ingesta de pan de 3 a 1 durante desayuno	33%	37%	71%		
2. Disminuir ingesta de tortilla (5 a 3 tortillas) durante comida		72%	89%		
3. Modificar ingesta de productos chatarra (de 8 a la semana a 3) cuando acude a consultas o al comprar materiales			90%		
4. Incrementar realización de actividad física					

Es importante mencionar que el control estimular permitió reducir la ingesta de carbohidratos y productos chatarra, ya que al hacer cambios tales como el tiempo destinado en comer, comprar menos producto o no llevar dinero para “antojitos” la paciente pudo modificar estas conductas.

Figura 2. Niveles de Hemoglobina glicosilada de la paciente en el último año y fecha en que fueron realizados los estudios



Por otro lado, la figura 2 muestra los niveles de Hba1c de la paciente en el último año, y que se toman como datos de línea base. Se continuará graficando esta información para evaluar los efectos de la intervención. La Tabla 2 muestra el peso de la paciente durante las sesiones, hasta el momento ha bajado 2 kilos durante 3 meses. A su vez, Aura ha iniciado a automonitorear sus niveles de glucosa y a identificar los alimentos que la elevan (por ejemplo refresco) o comer frutas en exceso

Tabla 2. Peso de la paciente a través de la intervención

Inicio	Intervención	
Sesión 1-4	Sesión 6-7	Sesión 8
82 kg	81 kg	80 kg

La paciente al inicio verbalizaba que este tiempo ha pasado cuidando a su hija pero que ahora se percata de la necesidad de preocuparse por su propia salud al entender el porqué de las recomendaciones médicas. Se observan cambios en los comportamientos de acuerdo con registros y que se continuarán evaluando con medidas fisiológicas a lo largo del tratamiento.

Cabe destacar que durante estas sesiones la paciente empezó a generalizar las técnicas aprendidas en otros contextos, tales como fueron los conflictos con hija, aplicando control de estímulos para peleas y autoverbalizaciones para tranquilizarse cuando estuvieran discutiendo o autoreforzarse cuando se percibía como buena madre.

Después de las sesiones psicoeducativas la paciente estaba interesada en conocer sobre la diabetes por lo que empezó a escuchar programas de radio y pidió información sobre enfermedad a médico tratante.

22. Conclusiones

Hasta ahorita la paciente ha sido adherente al tratamiento psicológico y el tipo de terapia ha sido efectiva de acuerdo a las necesidades encontradas. Se continuará con estas técnicas y se complementará con ejercicios en solución de problemas para encontrar alternativas que faciliten la modificación en estilos de vida. La generalización de las técnicas instruidas son parámetros que permiten evaluar los cambios en la paciente. Es importante mencionar que se pudo llevar un control fisiológico al acudir a múltiples consultas en el Juárez, ya que cada servicio pide laboratorios cada determinado tiempo, lo cual ha facilitado estas medidas.

Finalmente puede señalarse que a pesar de que la paciente fue canalizada por los problemas con hija, es necesario centrar la atención de la terapia no sólo en estos conflictos sino en la necesidad de salud encontradas y que va de la mano con la solicitud de la misma paciente

Anexo 1. Modelo Secuencial Integrativo

Estímulo	Organismo	Respuesta	Consecuencia
<p><i>Externo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando va a comprar su material • Al vender los fines de semana en el puesto • En fiestas • Desayuno y comida • Al pelear con hija • Cuando acude a consultas en hospital <p><i>Interno</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensación de Hambre <p><i>Historia pasada</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Donadora de riñón • Hija con insuficiencia renal, quien se dializa en casa • Relación con hija <p><i>Contemporánea:</i></p> <p>Referencia a medicina interna por descontrol</p>	<p><i>Biológico</i></p> <p>DM2/HAS Obesidad grado I</p> <p>Nefrectomía por donación de riñón</p> <p><i>Habilidades historia de reforzamiento</i></p> <p>Habilidades de autoobservación</p> <p><i>Cognitivos/culturales</i></p> <p>Una madre debe ante poner sus intereses por el de sus hijos</p> <p>El papel de una madre es que estar mal cuando sus hijos sufren</p>	<p>Falta de adherencia al tratamiento médico</p> <p><i>Motor:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de ejercicio • Falta de monitoreo de glicemias • Ingesta de alimentos más allá de las recomendaciones médicas de carbohidratos, grasas, azúcares • Ingesta de pan (3 bolillos desayuno y tortillas (5 al día) • Ingesta de comida chatarra <p><i>Cognitivo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos sobre si misma e hija. “ no puedo estar bien de salud si ella no lo está” • No me cuido por pensar en los otros antes que en mi • Me preocupo por la salud de mi hija antes que la mía • Creencias sobre alimentación 	<p><i>Inmediatas</i></p> <p><i>Individuales</i></p> <p><i>Internas</i></p> <p>Siente satisfacción por comer algo que le gusta</p> <p>Piensa en tomar los medicamentos para encontrarse bien</p> <p>Piensa “ no me hará daño”</p> <p><i>Otros:</i> Hija y familia llevan comida chatarra a paciente cuando la observan “desanimada”</p> <p>Dicen que es muy caro alimentarse sano y que cómo comerá sólo lechuga</p> <p><i>Mediatas</i></p> <p><i>Individuales</i></p> <p><i>Internas:</i> Pensamientos sobre futuro y pronóstico</p> <p>Tristeza/Frustración/Preocupación</p> <p>Piensa que al tomar medicamentos estará controlada,</p> <p>Piensa que es muy difícil llevar una dieta</p>

metabólico		<p>“ es muy caro cuidarte” “ no sé qué más comer”</p> <ul style="list-style-type: none"> • No me sabe, tengo que comer más • Soy muy antojadiza <p>Fisiológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor de cabeza • Glicemias elevadas 250-300 • Hba1c 9.1% • Mareo/ nauseas 	<p><i>Externas</i></p> <p>Culpa/ Tristeza</p> <p>Pensamientos como: No quiero acabar dializándome por eso tomo mis medicamentos</p> <p>Cambiar es complicado</p> <p><i>Otros</i></p> <p>Médicos le dicen se porta mal y enfatizan necesidad de controlar alimentación y bajar de peso</p>
------------	--	--	---

Apéndice 14. Caso 4

1. Ficha de Identificación del Paciente

Nombre: “Rebeca”	Sexo: Femenino
Estado Civil: Viuda	Edad: 49 años
Originario/Residente: DF. Azcapotzalco	Religión: Católica
DX Médico: Pb Hepatopatía autoinmune/ postoperada de resección intestinal por trombosis mesentérica	Ocupación: Ama de casa/ Reparación de impresoras
Escolaridad: Primaria completa	Nivel Socioeconómico: Medio
Remisión: Médico tratante a solicitud de familiar	Otro dato de interés: estuvo internada en hospital privado donde seccionaron parte del intestino debido a trombosis
Peso 49 kilos talla 1.50 m	Paciente en hospitalización para protocolo diagnóstico. Días hospitalizada HJM: 40 (06 de Diciembre al 15 de Enero)

2. Motivo de consulta

Familiar de paciente (Hija, cuidadora primaria) solicita apoyo psicológico a médico tratante al notarla “desesperada, desmotivada e inquieta” (sic).

Médico refiere a paciente, reporta que ha manifestado dudas sobre permanecer o no en hospital y que se observa “renuente” (sic). Además, comenta que el caso es difícil, por lo que el protocolo diagnóstico probablemente lleve tiempo al requerirse estudios inmunológicos que se realizan por fuera

Paciente reporta estar cansada, menciona percibir que no han avanzado en su caso y que los doctores no saben qué tiene, comenta querer ir a casa ya que “se siente desesperada de estar en cama” (sic).

3. Antecedentes Heredofamiliares

Interrogados y negados

4. Antecedentes Personales Patológicos

- *Crónicas degenerativas:* Hernia hiatal de 4 meses de diagnóstico sin tratamiento médico
- *Alérgicos:* interrogados y negados
- *Quirúrgicos:* Resección de aproximadamente un metro de intestino delgado secundario a trombosis mesentérica, así como realización de anastomosis. Procedimiento quirúrgico realizado en particular hace 4 meses sin complicaciones aparentes.
- *Hospitalización previas:* Por evento quirúrgico hace 4 meses, estancia durante 5 días.
- *AGO:* Menarca a los 12 años, IVSA 18 años. No tamizaje referido para CaCu o Ca mama al realizarse Papanicolaou y mastografía hace 1 año resultados sin alteraciones

5. Antecedentes Psicológicos/psiquiátricos patológicos

Interrogados y negados

6. Antecedentes personales no patológicos

Habitación: Cuenta con todos los servicios

Higiene: Baño diario

Toxicomanías: Interrogadas y negadas

Alimentación: Cambio de hábitos alimentarios a partir de cirugía y a falta de apetito, anteriormente seguía dieta equilibrada con alta ingesta de irritantes (picante)

Inmunizaciones: Completas

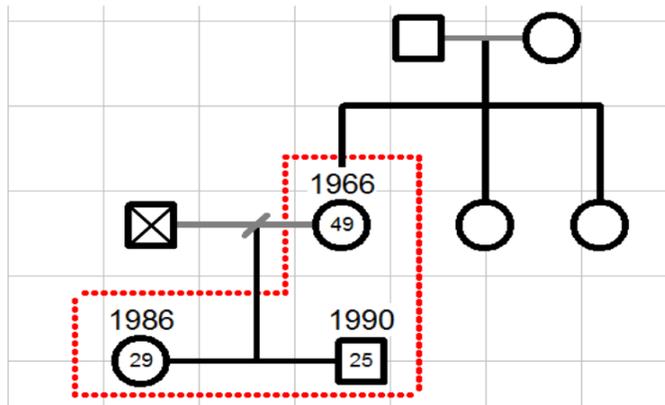
7. Dinámica familiar

Rebeca es viuda desde hace 5 años, su núcleo familiar se integra por un hijo de 25 años (H.) y una hija de 29 (F.) con quienes vive. La paciente comenta que la relación con sus hijos es muy buena, ya que ellos siempre la han apoyado en los momentos difíciles. Menciona sentirse preocupada por las “molestias” que puede causar a su familia durante estancia hospitalaria.

F. es pedagoga, es la cuidadora primaria y quien permanece más tiempo a su cuidado (mañana y parte de la tarde), ella menciona tener conflictos con su hermano al no poder suplirla algunas noches, debido a que él es quien la cuida en ese horario.

Rebeca mantiene buena relación con sus hermanas J y L, quienes la apoyan económicamente con los gastos de hospitalización y en algunas ocasiones acuden al hospital

8. Familiograma



9. Historia del problema

Médica

- Resección de intestino debido a trombosis mesentérica en hospital privado
- Quince días antes del ingreso, Rebeca presenta adinamia, hiperoxia, somnolencia y náuseas con vómitos de contenido gastroalimentario. Estos síntomas la condicionan a postración en cama y disminución en la ingesta alimentaria habitual reduciéndola a consumo de líquidos
- Una semana antes del ingreso, se exagera malestar, presenta pérdida de conciencia, desorientación, indiferencia y ausencia de respuesta al medio
- Familiares deciden llevarla a hospital público por falta de recursos para acudir con médico privado
- Paciente llega al servicio de Urgencias del HJM donde se realiza punción lumbar y toma de TAC craneal, sin alteraciones significativas. Glasgow 9/15. Se solicita

valoración al servicio de neurología quienes refieren presencia de encefalopatía de origen nutricional con presencia de desequilibrio hidroeléctrico de tipo hipocalcemia. Se da reposición en agudo, así como solución base, gasométricamente al ingreso presenta alcalosis respiratoria descompensada con hiperlactatemia y bioquímicamente con anemia moderada. Hiperbilirrubinemia a expensas de BD y con perfil toxicológico negativo

- Transferida al servicio de Medicina Interna para protocolo de estudio y tratamiento. Al subir a piso, presenta mejoría en estado neurológico Glasgow 13/15. Refiere pérdida de 14 kilos en los últimos 4 meses así como plenitud post prandial y periodos de estreñimiento. Conforme a estudio de caso se proporcionan los siguientes dx: Encefalopatía hepática/Insuficiencia hepática en estudios/Síndrome consuntivo/Síndrome de retención hídrica/DHE Hipokalemia, hipernatremia, hipercloremia, hipocalcemia/Candidiasis oral / Pb trombosis de la vena porta a descartar.
- Interconsulta Gastroenterología quien descarta trombosis vena porta, y sugiere trombosis venosa mesentérica. Se realiza Angiotac datos sugestivos de trombosis hepática
- Se solicitan estudios inmunológicos que son enviados a Instituto de Nacional de Nutrición con el objetivo de descartar síndrome de hipercoagulabilidad (trombofilia). Tras entrega de resultados se descarta padecimiento.
- Interconsulta endoscopia. Se realiza presentando datos de gastritis, servicio pide estudio de histopatológicos de resección intestinal previa. Se proporciona sin información relevante.
- Interconsulta Cirugía Vascular quienes solicitan TAC, el servicio menciona que no existe dx y por su parte no requiere manejo.
- Apoyo Nutricional proporciona dieta complementaria y colocación de sonda para nutrición parental total (4 días).
- A los 15 días existe elevación de leucocitos y trombocitos. Se toma urocultivo y expectoración en búsqueda de foco de infección. Se descarta proceso infeccioso
- Continúa en protocolo de estudio por hepatopatía y enfermedad inflamatoria intestinal.
- Paciente presenta dolor abdominal, náuseas e hiperbilirrubinemias constantes.

- Se interconsulta nuevamente al servicio de gastroenterología quienes solicitan colonoscopia. Se pide descartar enfermedad autoinmune (esclerodermia), se solicitan nuevos laboratorios para el Instituto Nacional de Nutrición. Se propone Hepatopatía autoinmune
- Se interconsulta a Reumatología quienes proponen descartar proceso oncológico. Se toman marcadores tumorales, se pide biopsia de hígado. Mastografía y ultrasonido transvaginal.
- Se sospecha de enfermedad autoinmune en espera de resultados de muestras enviadas.
- Durante ultrasonido paciente presenta vómito acompañado de sangrado, por lo que se transfunde
- Es transferida al servicio de gastroenterología donde permanece 2 días
- Se traslada a paciente a Instituto Nacional de Nutrición

Nota: Médico comenta que es un caso “difícil” ya que hay insuficiencia hepática y una aparente falla intestinal tras la resección previa. Sin embargo no saben si ambos padecimientos están relacionados o son síntoma aparte, además que los estudios no muestran un diagnóstico, dado que el estado de salud es variable. También existe poca información de resección realizada.

Psicológica

Rebeca comentó ser una persona sana y trabajadora hasta antes de enfermar. Refiere empezar a preocuparse por su estado de salud hace 5 meses cuando presenta dolores de estómago muy intensos, náuseas y vómitos, por lo que decide acudir al médico privado. Se administra tratamiento: antibiótico y omeprazol (se desconoce dosis y esquema) y se da seguimiento en la consulta externa. La paciente pensó que se sentiría mejor con medicamento y al limitar la ingesta picante en su dieta.

Después de 1 meses con el malestar se realizan estudios y se informa la necesidad hacer una resección intestinal, recibiendo tratamiento en hospital de Ticomán.

Paciente accede al pensar “recuperaría su salud”(sic). ”Menciona haber estado “nerviosa” (sic) al momento de la operación, sin embargo pensó que era necesario para estar sana, mencionó haberse dejado “en manos de los médicos”. Rebeca acudió puntualmente a sus citas y siguió las

indicaciones, su familia le comentó que “estaría mejor” después del tratamiento. En ese instante paciente atribuyó su enfermedad a problemas intestinales derivados de la comida picante que comentó “gustarle mucho” (sic).

Tras operación, refiere que empezó a tener menos hambre, al inicio reportaba esto con sus familiares por lo que acudieron a varias consultas en clínica privada. Médicos refieren ser “normal” (sic) la disminución de apetito, indicando reposo y consumo de dieta blanda, instrucciones que Rebeca reportó seguir. Conforme transcurren los días los síntomas permanecen, sin embargo paciente considera sus familiares han gastado “mucho dinero” (sic) por lo que ante cuestionamientos sobre estado de salud refiere mejoría

Rebeca mencionó no dar importancia a sus síntomas al pensar “que no estaba enferma” o que curaría con medicamentos y reposo. Verbaliza nunca haber vivido una situación similar, ya que su familia siempre fue “muy sana”, queriendo demostrar que ella también lo era

Paciente reporta no acordarse cómo ingreso al hospital, señala que lo último que recuerda es estar platicando con su hijo, y días después haber despertado en una cama “llena de aparatos y tubos” (sic).

Los primeros días comenta sentirse “lastimada” al ser muchos estudios, piquetes y molestias sobre todo con la colocación de la sonda. Reportó sentirse observada y “estudiada” por médicos

Argumenta que desde su ingreso, se “siente desesperada” (sic) debido a que no ha recibido informes sobre sus condiciones de salud, “no hay un diagnóstico” por lo que ha pensado “no tener nada” y que su padecimiento no es tan grave para ser tratada en hospital. Percibe que han pasado muchos días y que no se ha llegado a ningún resultado, por lo que no entiende el por qué “siguen reteniendo” (sic). Piensa que los médicos son buenos, pero “no le dan respuestas” pues desde su ingreso no “sabe nada”. Piensa que cuando uno acude al doctor con una revisión es posible que te den tratamiento.

Refiere ser su primera hospitalización prolongada percibe que le han ocultado información y manifiesta desear saber respuestas concretas sobre su estado, sobre todo, si se recuperará pronto. Dice querer retomar sus actividades, ya que tenía planes con familiares durante fiestas decembrinas (vacaciones) que ahora “se han arruinado” (sic).

10. Impresión y actitud general

Paciente caquética, facie triste, presenta llanto contingente a temática hospitalaria y redes de apoyo, volumen de voz bajo. Cooperadora ante entrevista presenta gesticulaciones tales como fruncir el ceño, mover los ojos o apretar los labios

11. Examen mental

Paciente femenina con edad aparente menor a la cronológica, constitución caquética. Condiciones de higiene y aliño adecuados a contexto hospitalario.. Está orientada en tres esferas (T-E-P). Memorias conservadas, atención y concentración disminuidas. Consciente, hipoalerta a respuestas del medio. Cooperadora ante entrevista. Estado de ánimo preocupado con afecto ansioso. Pensamiento concreto, centrado en hospitalización distorsiones cognitivas del tipo filtro mental, minimización, dicotómico y adivinación. Lenguaje coherente, congruente con tono de voz baja. Sin aparentes alteraciones sensoriales. Juicio conservado. Impresiona clínicamente inteligencia promedio. Con noción de enfermedad. Locus de control externo, estrategias de afrontamiento centrado en la emoción del tipo evitativas/pasivas. Redes de apoyo funcionales y apoyo social percibido.

12. Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados obtenidos Conductas problema

- Entrevista clínica
- Observación clínica

13. Análisis y descripción de las conductas problema

- Exceso de pensamientos distorsionados del tipo filtro mental, adivinación, dicotómicos y minimización (ejemplo cuadro secuencial)
- Déficit en identificación de conceptos sobre protocolo diagnóstico y hospitalización
- Creencias distorsionadas sobre enfermedad y papel del personal de salud
- Exceso de quejas sobre hospitalización con familiares
- Llanto con familiares

13. Modelo secuencial integrativo (Anexo 3)

14. Análisis funcional de la conducta

Paciente femenino de 49 años de edad en protocolo diagnóstico por hepatopatía en estudios/ postoperada de resección intestinal por trombosis mesentérica a descartar enfermedad inflamatoria intestinal. Referida por médico tratante a solicitud del familiar. Paciente refiere estar “desesperada ante estancia hospitalaria” (sic). A nivel motor se caracteriza por movimientos estereotipados de manos y pies y verbalizaciones de querer ir, sobre estancia hospitalaria y sobre pronóstico, por ejemplo “ Me va a pasar lo mismo que a la persona de enfrente” (sic). A nivel cognitivo por pensamientos distorsionados del tipo minimización, adivinación, filtro mental, dicotómicos, creencias sobre protocolo de estudios y percepción que el tiempo pasa lento. A nivel fisiológico presenta taquicardia

Es altamente probable que estas respuestas ocurran ante los siguientes estímulos externos: al despertar y estar con familiares antes del pase de visita, al escuchar a los médicos hablar sobre su caso, cuando se toman muestras de sangre, al observar procedimientos médicos que se realizan a los pacientes que la rodean, al escuchar historias de otros pacientes o cuando se proporciona informe médico en pase de visita.

Las consecuencias inmediatas tras la respuesta de interés son: llanto al terminar el informe y estar presente el familiar, verbalizar dolor cuando se toman muestras y verbalizaciones comparativas entre su caso y el de otros pacientes. Esto produce preocupación y tristeza y percepción de tener poca información sobre su estado de salud. Los otros refuerzan positivamente estas respuestas, la familia al mencionar que estará bien, y pedirle que permanezca en el hospital; mientras que los médicos refuerzan negativamente al irse de la habitación. De forma mediata, la paciente tiene pensamientos que incluyen distorsiones cognitivas del tipo filtro mental, sentimientos de tristeza, frustración y preocupación. Paciente dice a familiares las horas que lleva en hospital y solicitar la lleven a casa. Los médicos tratantes refuerzan positivamente las creencias de paciente al dar informes a familiar, comentar necesidad de estancia por 1 semana como mínimo; mientras que otros familiares lo hacen al contar su experiencia en el hospital

Dentro de la historia pasada de la paciente influye el ser la primera estancia prolongada en hospitalización y recientemente las indicaciones dadas por los médicos privados. A la vez, el

déficit en comunicación asertiva de demandas y la historia de reforzamiento donde familiares reforzaron creencias y conductas de primera hospitalización

Se decide desarrollar programa de intervención dirigido a respuestas cognitivas y a favorecer la información proporcionada por el personal de salud en relación al protocolo diagnóstico. Se trabajará con información, psicoeducación y ejercicios cognitivos para este fin.

15. Hipótesis funcional:

Si el afrontamiento ante la estancia hospitalaria está asociada las respuestas cognitivas (pensamientos y creencias sobre el proceso de enfermedad) entonces al brindar a la paciente información psicoeducación, y ejercicios en terapia cognitiva (paro de pensamiento, distracción instrumental, balance decisional y búsqueda de evidencia) se modificará la interpretación que rebeca tiene sobre su estancia favoreciendo su adaptación al protocolo de estudios

16. Identificación de Variables

Variable independiente	Variable dependiente	Meta
Información y Psicoeducación	Conceptualización del protocolo diagnóstico Conceptos básicos de la TCC	Que la paciente identifique las características de su padecimiento, del hospital y de la TCC
Ejercicios cognitivos	Estrategias de afrontamiento	Que la paciente desarrolle estrategias de afrontamiento adaptativas ante estancia hospitalaria

17. Diagnóstico DSM-IV-TR

Eje I Factor psicológico que afecta estancia hospitalaria (Estilo de afrontamiento)

Eje II. Ninguno

Eje III: Pb. hepatopatía autoinmune/ postoperada de resección intestinal por trombosis mesentérica a descartar enfermedad inflamatoria intestinal

Eje IV. Ninguno

18. Objetivo general y específicos

Objetivo general. Desarrollar estrategias de afrontamiento adaptativas ante hospitalización

Específicos:

- Que la paciente identifique las características del protocolo de estudios y de enfermedad
- Que la paciente evalúe ventajas y desventajas de estancia hospitalaria
- Que la paciente practique estrategias de afrontamiento adaptativas durante la hospitalización
- Que la paciente enliste los estudios que se han realizado y el papel del personal de salud
- Que la paciente genere pensamientos alternos sobre el proceso de enfermedad

19. Plan de intervención y resultados

Sesión	Técnica	Resultados	Sesiones con familiares
Sesión 1 (09 de Diciembre)	Ejercicio solución de problemas (Balance decisional) Información	<p>Se acude con paciente quien reporta “sentirse harta y fastidiada” al continuar hospitalizada sin que se le haya dicho que “qué es lo que tiene”. Menciona que han pasado 3 días y no sabe ninguno de los resultados de los estudios hechos, ni el por qué requiere continuar en hospital. Comentó haber preguntado a médico tratante sobre alta y estar pensando en firmar voluntariedad. Se realiza ejercicio de balance decisional en donde se establecen ventajas y desventajas de estancia.</p> <p>Después de evaluar pros y contras, paciente decide permanecer en hospital, por lo que se proporciona información sobre protocolo diagnóstico y de por qué se han pedido varios laboratorios. Al término de la sesión la paciente comenta estar dispuesta a quedarse, sin embargo refiere tener dudas sobre estado de salud, se enlistan preguntas y se acuerda al día siguiente preguntar a médico durante pase de visita (se escriben 4 preguntas relacionadas con: 1. Situación de salud general; días que estará hospitalizada; 3. Resultados de laboratorios y estudios 4. ¿Qué es la bilirrubina? 5. ¿Qué pasa con su hígado?</p>	Entrevista a hija, quien comenta paciente ha estado “quejumbrosa”, por lo que busca apoyo psicológico para “ayudarla emocionalmente” (sic).
Se comenta caso con médico tratante, se plantea posibilidad de proporcionar información y orientación sobre estado de salud. Durante pase de visita médico proporciona información, reporta paciente preguntó 3 dudas escritas.			
Sesión 2 11 Diciembre	Entrevista Psicoeducación	Se acude con paciente quien reporta haber formulado 3 de las preguntas establecidas (primeras tres). Paciente identifica ideas principales del informe dado y se reitera información restante.. Rebeca comenta que otras 2 preguntas se las contestó su hija con quien se corrobora información	

		<p>Se pide hacer una síntesis de las ideas principales, que paciente resume de forma adecuada</p> <p>Se hace evaluación inicial a través de entrevista</p>	
<p>13 al 16 de Diciembre paciente presenta fiebre y bilirrubidemias (por encima de los valores normales de 7 a 13) intermitentes, condicionando desorientación y estado de alerta disminuido (no se realiza intervención por condición médica)</p> <p>15 de Diciembre Se hace monitoreo con familiar, quien Menciona que después de recibir información paciente ha cooperado “más” con alimentación, se deja peinar y ayuda durante el baño. Señala que han disminuido las “quejas” de querer irse del hospital, sin embargo aún menciona que existen “ pocos avances del caso”</p>			
<p>Sesión 3 17 de Diciembre</p>	<p>Psicoeducación TCC</p> <p>Detención de pensamiento</p>	<p>Se explica a paciente TCC y cómo pensamiento se relaciona con conducta y emoción. Se da un ejemplo al poner una situación y explicar diferentes tipos respuestas (se enfatiza ejemplo con los compañeros de cuarto). Paciente se muestra cooperadora. Se pide dar 2 ejemplos que paciente describe, uno de ellos se relaciona con estancia hospitalaria</p> <p>Se identifican 3 pensamientos recurrentes. Se explica técnica de detención de pensamiento y se pide ponerla en práctica al verbalizar en voz alta “Párate” (determinado por paciente). Seguido de la realización de una actividad contingente que es “ decirse a si misma” verbalizaciones que permitieran distraer el primer pensamiento. Se da un ejemplo y se enlistan 4 frases en conjunto.</p> <p>Se pide hacerlo en voz alta. Paciente pone en práctica ejercicio. Se acuerda realizarlo durante el día en la presencia de los pensamientos identificados</p>	<p>Familiares comentan paciente puso en práctica el verbalizar “párate”</p>
<p>Sesión 4</p>	<p>Ejercicio en técnicas cognitivas</p>	<p>Se pregunta sobre actividad anterior. Paciente reporta haber puesto en práctica los ejercicios. Valora que en ocasiones le fue</p>	<p>Se explica a familiares el objetivo de la</p>

17 de Diciembre	(Distracción I)	<p>de utilidad cuando pensaba en estar en casa o que no se le ha explicado procedimiento. Menciona que le “costó trabajo” con pensamientos relacionados con “ no saber que tiene” (sic).</p> <p>Se establece con la paciente tres actividades distractoras para realizar ante la presencia de los pensamientos identificados. Se acuerda en función de agrado: leer, realizar pulseras como regalos navideños y sopa de letras. Se reitera objetivo de la actividad, paciente refiere “ estar entusiasmada” (sic) al aburrirse durante el día.</p> <p>Se da material para pulseras. Paciente hace 2 collares, 3 pares de aretes y tres pulseras. Lee revista (explica 2 notas revisadas). Menciona haberle ayudado a pensar menos”</p>	técnica a realizar. Se pide cooperación para proporcionar materiales (revista y sopa de letras) a lo cual están de acuerdo.
Médico tratante se va de vacaciones y caso es referido con otro adscrito.			
Sesión 5 y 6 18 y 22 de	Ejercicio en técnicas cognitivas(Búsqueda de evidencias)	<p>Paciente verbaliza haber “asimilado que está enferma” (sic), sin embargo comenta que el pensamiento que sigue presente es que “se ha perdido el tiempo y que todo aún es muy “vago” (sic). Se hace ejercicio de búsqueda de evidencia donde se compara estado anterior a actual. Se escriben los estudios realizados y algunos de los resultados encontrados. Se pide apoyo de residente para proporcionar información al paciente. Al término paciente señala identificar 1) disminución de bilirrubinas 2) menor dolor en zona abdominal 3) tratarse de dos “cosas” (hígado e intestino) 4) haberse descartado con estudios realizados en nutrición trombofilia 5) con muestras de instinto seccionado haberse descartado otros padecimientos infecciosos. Se refuerza comprensión de información y se reitera enfocarse en el proceso no sólo en resultado</p>	
24 diciembre. Monitoreo y componentes relación. Paciente menciona estar triste por las fechas navideñas, pregunta si se organiza algo especial, ya que quisiera pasar la noche con sus hijos. Se solicita apoyo de trabajadora social quien proporciona pase para dos personas.			

Paciente menciona que el apoyo familiar es lo que la ha ayudado en hospital y que está feliz de poder compartir las fecha con ellos			
26 de Diciembre Familiares hablan con médico tratante sobre avances del protocolo de investigación. Médico comenta es un caso de “gastroenterología”, por lo que reiteraran su caso buscando trasladarla a ese servicio.			
29 de Diciembre	Se hace resumen sobre las estrategias terapéuticas implementadas y los cambios observados. Rebeca comenta entender cómo pensamientos influyeron en su estado inicial “desesperante” (sic). y comenta darse cuenta que la “actitud” afecta el cómo nos sentimos y cómo vivimos las cosas. Mencionó ya no llorar ni “quejarse tanto”. Se refuerza la disminución e verbalizaciones de irse o de “estar atorados con caso” (sic).	Familia plantea posibilidad de buscar trasladar a paciente ya que perciben no se encuentra en el servicio correspondiente de acuerdo a referido por médico tratante. Se realiza ejercicio de solución de problemas e hija hace contacto con Instituto de Nacional de Nutrición. Se hace una lista de pendientes administrativos en caso de traslado. Hija habla con médico tratante para solicitar resumen médico y solicitar su opinión. Médico refiere considera ser “conveniente” en caso de tener la posibilidad al “ser” un caso difícil”	
30 de Diciembre. No se encuentra a paciente ni a familiar por realización de endoscopia.			
5 Enero. Paciente continúa hospitalizada el fin de semana. Durante pase de visita familiar pregunta sobre transfusión programada durante madrugada. Médico comenta que en hojas de enfermería se señala haber “ pasado el paquete de sangre”, sin embargo hija señala no haber visto cuándo se había administrado. Se acuerda tomar laboratorios para aclarar situación. Paciente dice estar molesta ya que “ no sé hizo la transfusión” se explica procedimiento administrativo al existir dudas sobre función de enfermería e internos de guardia, reiterando informe médico			
6 y 7 Enero Regresa médico tratante quien explica la dificultad del caso. Paciente baja a ultrasonido transvaginal, sangra durante procedimiento, acompañado de vómito con sangre (no se da intervención al presentar molestias físicas)			
Sesión 11 8 Enero	Ejercicio cognitivo (retribución)	Paciente comenta encontrarse mejor. Sin embargo le preocupa “ sentir que no le echa ganas” ya que nota a su hija “ desgastada” (sic) sintiéndose se culpable. Se hace ejercicio en reatribución Se establece porcentaje de acciones que están bajo su control, considerando inicialmente que el 90% depende de ella. Se	Hermanas acuden a cuidarla

		<p>enumeran que las cosas que puede realizar para “ cooperar”: comer, peinarse, bañarse o preguntar a personal de salud (nuevos residentes)</p> <p>Al término atribuyendo un 50% a factores personales y el restante a otros elementos que pudieran influir en el “ desgaste” de su familiar.</p>	
11 Enero paciente pasa al servicio de gastroenterología. No se localiza a cuidadora principal			
13 de Enero paciente es trasladada a Instituto Nacional de Nutrición			

20. Conclusiones

En un primer momento la información y psicoeducación permitió disminuir las verbalizaciones/quejas sobre el protocolo de estudios y de la estancia hospitalaria, sin embargo la prolongación del diagnóstico incrementó las cogniciones relacionadas con estado de salud.

Se eligió trabajar con ejercicios cognitivos al existir distorsiones sobre proceso de enfermedad, además de considerar que la paciente contaba con recursos suficientes para la puesta en práctica de las intervenciones seleccionadas. Quizá el caso pudo abordarse con técnicas diferentes, por ejemplo, a través de manejo de contingencias o el entrenamiento en habilidades de comunicación asertiva con el fin de favorecer relación con médicos. Mientras que con familiares pudieron diseñarse estrategias en solución de problemas para evitar desgaste del cuidador primario

La prolongación de la estancia sumada a las condiciones de salud fluctuantes dificultó el trabajo terapéutico. Se proporcionará seguimiento vía telefónica en los próximos días para monitorear estado de salud del paciente.

Anexo 1. Modelo secuencial integrativo

Estímulo	Organismo	Respuesta	Consecuencia
<p>Externo</p> <p>Al despertar y estar con familiares (hijos y hermanas) antes del pase de visita</p> <p>Al escuchar a los médicos hablar sobre su caso</p> <p>Cuando se toman muestras de sangre</p> <p>Al observar procedimientos médicos que se realizan a los pacientes que la rodean</p> <p>Al escuchar historias de otros pacientes</p> <p>Cuando se proporciona informe médico en pase de visita</p> <p>Historia pasada</p> <p>Estancia hospitalaria previa</p> <p>Contemporánea:</p>	<p>Biológico</p> <p>Resección de intestino por trombosis. Pb hepatopatía autoinmune</p> <p>Habilidades déficits y excesos</p> <p>Pensamiento que facilita conclusiones lógicas</p> <p>Déficit en comunicación asertiva de demandas</p> <p>Historia de reforzamiento</p> <p>Reforzamiento proporcionados por familiares ante primera hospitalización</p> <p>Actividades recreativas y de tiempo libre</p> <p>Interés por lectura y realización de</p>	<p>Respuesta de estrés aguda</p> <p>Motor:</p> <p>Movimientos estereotipados manos y pies</p> <p>Verbalizaciones de querer ir</p> <p>Verbalizaciones sobre estancia hospitalaria “Es innecesaria”</p> <p>Verbalizaciones sobre pronóstico “Me va a pasar lo mismo que a la de enfrente” (sic)</p> <p>Cognitivo:</p> <p>Pensamientos del tipo minimización sobre hospitalización y pronóstico “No estoy enferma” “en casa estaría mejor” “no me pasa nada”</p> <p>Pensamientos del tipo adivinación“ voy a morir al igual que la paciente de enfrente” “Por mas que hagan no darán con mi diagnóstico” “ si voy a morir que sea en casa”</p> <p>Creencias distorsionadas sobre</p>	<p>Inmediatas</p> <p>Individuales</p> <p><i>Externa:</i> Llorar cuando está con familiar y al terminar el informe</p> <p>Verbalizar dolor cuando se toman muestras</p> <p>Verbalizaciones sobre su caso y el de otros pacientes</p> <p><i>Internas</i></p> <p>Siente preocupación y tristeza</p> <p>Percibe tener poca información sobre su estado de salud</p> <p>Otros:</p> <p>Familia (hijos y hermanas) dice que todo estará bien y piden se tranquilice</p> <p>Hija pide que espere ya que su cura está en el hospital</p> <p>Médicos se van de la habitación</p> <p>Mediatas</p> <p>Individuales</p> <p><i>Internas:</i></p> <p>Pensamientos con distorsiones tipo filtro</p>

<p>Médicos privados refirieran evolución favorable, así como tratamiento mediante medicamentos y reposo</p> <p>Decir no tener ningún malestar a familiares</p>	<p>manualidades</p> <p>Cognitivo/culturales</p> <p>Un enfermo causa molestias y problemas</p> <p>Una médico puede tratar a un paciente con verlo</p> <p>Religión católica practicante</p>	<p>protocolo de estudios“ Sólo hacen estudios y no me dicen nada, sólo sé que es algo del hígado pero no entiendo” “no me dicen porque es algo malo”</p> <p>Percepción que el tiempo pasa muy lento</p> <p>Pensamientos de tipo filtro mental sobre el personal de salud: No han hecho nada, no saben bien”</p> <p>Pensamientos dicotómicos “Nunca saldré de aquí”</p> <p>Fisiológico:</p> <p>Taquicardia</p>	<p>mental sobre futuro y pronóstico. Me voy a curar, estaré sana al salir, no estoy enferma</p> <p>Tristeza/Frustración/Preocupación</p> <p>Piensa que es innecesario estar en el hospital</p> <p>Piensa que el personal de salud oculta información</p> <p>Confirma sesgos cognitivos</p> <p><i>Externas</i></p> <p>Decir a familiares las horas que lleva en hospital</p> <p>Pide a familiares irse del hospital</p> <p>Otros</p> <p>Médicos tratantes dan informes a familiar</p> <p>Médicos comentan necesidad de estancia por 1 semana como mínimo</p> <p>Familiares de otros pacientes cuentan su experiencia</p>
--	--	--	--