



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Adherencia a la Dieta en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II: Un Estudio de Caso"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A (N)

Ana Marcela Guerrero Granados

Directora: Dra. **María de Lourdes Rodríguez Campuzano**

Dictaminadores: Mtra. **Antonia Rentería Rodríguez**

Lic. **Juan Carlos García Rodríguez**



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2014.



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 mi madre: por haberse mostrado empática en cada momento de felicidad, enojo y tristeza; porque siempre he encontrado en ella apoyo y paciencia, específicamente en cada decisión que tomé a lo largo de este ciclo, sin importar que alguna de ellas desafiara sus creencias. Por su infinito amor, su capacidad para afrontar las malas experiencias y sus enseñanzas, estoy inmersa en el camino de Minerva.

A Yeyo y a Marisol: por inspirar con amor cada uno de los pasos requeridos para llegar hasta aquí; son mi pasado y mi futuro.

A Minerva: porque es inspiradora y emocionante a cada paso que avanza; porque a través de sus latentes contradicciones siempre se muestra revolucionaria, cambiante y motivante.

A mi padre: a través de su postura crítica y enseñanzas, posibilitó que en situaciones difíciles buscara aprendizaje y continuara.

A mi hermano Galo: quien confía en mí como psicóloga y apoya mi vocación de manera incondicional.

A mi hermano Luis: quien me motiva a través de sus actitudes a realizar mis actividades siempre con dedicación y pasión.

A mi tía Alma: quien ha estado conmigo en los peores momentos de este ciclo. Me brindó un hogar y una madre cuando lo necesité, y me ha impulsado con alegría a seguir.

A Pany: por estar conmigo de forma incondicional en todo momento y mostrarme siempre amor; ella es para mí, la definición de perfección en cuanto a actitud.

A *Vic*: por acompañarme a lo largo de este ciclo e implicarse en él de sobremanera, haciéndome sentir siempre amada.

A *Paty*: ella ha estado a mi lado durante más de 10 años, apoyándome y dándome los mejores consejos, así como consuelo en las malas experiencias.

A *Ale Arellano*: a través de su postura crítica, ingenio y creatividad, logró desarrollar mi habilidad de trabajar en equipo, y de generar una amistad sólida y duradera, sin importar las grandes diferencias.

A *Sofi, Ale Sánchez, Saúl, Jesús, Lulú y Miguel*: quienes me acompañaron a lo largo de este proceso en diferentes momentos, permitiéndome así aprender cosas esenciales de mi carrera y de la vida en sí misma.

A *la Dra. Mayuya*: quien me aceptó como tesista, mostrando siempre confianza en mí, aún sin conocerme en el ámbito académico. Asimismo, me demostró que el hecho de tener grandes conocimientos, renombre y competencias en psicología no excluye una actitud de humildad, alegría y paciencia. Sus grandes enseñanzas y atenciones no me son relevantes únicamente en el ámbito académico, sino también en el personal: es, para mí, un gran ejemplo en muchos sentidos y me resulta honroso que haya aceptado fungir como directora de mi tesis.

A *la Mtra. Tony*: quien a través de una actitud alegre y de enseñanza, realizó atinadas aportaciones a mi tesis.

A *el Lic. Juan Carlos*: quien sobresale por sus conocimientos y prácticas en el ámbito clínico, así como por su forma de enseñar. Sus comentarios hacia mi trabajo aportaron, entre otras cosas, coherencia y orden.

Al Dr. Jorge Guerrero: por ser el profesor con el que más me apasionó trabajar y aprender psicología, pues su forma de enseñar y su actitud entusiasta me motivaron de sobremanera, reinstaurando así, mi amor por la carrera. En adición, su compañía y amistad es en verdad grata, pues imparte conocimiento aún sin quererlo.

Al Lic. Marco Vinicio Velasco: no sólo porque en el ámbito académico promovió en mí una forma de aprendizaje autodidacta, sino que, como psicólogo logró modificar de manera considerable mi forma de interactuar con los aspectos más dolorosos de mi vida. En él, encontré a un excelente profesor, psicólogo y amigo.

A PAPIIT, con clave de proyecto IT302911: sin cuyo apoyo económico, mi proceso de titulación se hubiera retrasado de forma considerable, pues de esta manera se hizo posible mi dedicación total a la elaboración de este trabajo.

ÍNDICE

	Págs.
Introducción.....	1
1. La Diabetes.....	3
1.1. Definición y estadísticas.....	3
1.2. Síntomas.....	7
1.3. Diagnóstico.....	7
1.4. Factores de riesgo.....	8
1.5. Complicaciones.....	9
1.6. Costos de la atención a la enfermedad.....	10
1.7. Tratamiento.....	10
2. Comportamiento y salud.....	16
2.1. Psicología de la Salud.....	16
2.2. Modelos de la psicología de salud y la diabetes.....	19
2.2.1. Teoría Social Cognitiva.	19
2.2.2. Teoría de la Acción Razonada.	22
2.2.3. Modelo de Creencias en Salud.	24
2.2.4. Modelo transteórico.	26
2.2.5. Modelo de Información-Motivación- Habilidades Conductuales.....	28
2.3. Análisis de los modelos de salud actuales.	30
3. El modelo psicológico de la salud biológica.....	33
3.1. Descripción del modelo.....	34
3.1.1. Proceso.....	34
3.1.2. Resultantes.....	39
3.2. El comportamiento y la prevención.....	42
3.3. Investigaciones interconductuales en el área de la salud.	44
4. Análisis contingencial y estudios de caso.	47
4.1. Definición.	47
4.2. Componentes Generales del Análisis Contingencial.	48

4.2.1. Identificación de las relaciones microcontingenciales valoradas como problema.	48
4.2.2. Evaluación del Sistema Macrocontingencial.	52
4.2.3. Valoración del génesis del problema.	53
4.2.4. Análisis de soluciones.....	54
4.2.5. Selección, diseño, aplicación y evaluación de las estrategias de intervención.....	56
4.3. Aplicaciones del análisis contingencial.	60
4.4. Estudios de caso.	62
5. Reporte del estudio de caso a través del análisis contingencial.....	65
5.1. Presentación del caso.....	66
5.1.1. Análisis Microcontingencial.	68
5.1.2. Análisis Macrocontingencial.	71
5.1.3. Génesis del Problema.	71
5.1.4. Análisis de soluciones.....	73
5.1.5. Selección y diseño de las estrategias de intervención.....	74
5.2. Evaluación.....	75
5.3. Resultados.....	77
5.4. Discusión.....	83
Conclusiones.....	86
Bibliografía.....	89

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 en México es un tema de salud pública realmente preocupante, pues las cifras de personas con esta enfermedad van en aumento, así como el rango de edad en la que se presenta. Es por lo anterior que al hablar de la diabetes como enfermedad crónica, nos encontramos ante un gran número de estudios médicos y en menor medida, estudios multidisciplinarios acerca del problema. No obstante, es ampliamente reconocido el hecho de que esto resulta ineficiente, pues se dejan de lado otros aspectos relacionados con la enfermedad, concentrándose sólo en el biológico.

De manera reciente y con relación al tema, se ha optado por estudios multidisciplinarios que incluyen a la psicología de la salud. Más específicamente, estos estudios suelen enfatizar la importancia de la prevención y la disminución de los síntomas característicos de la enfermedad a través de la modificación de estilos de vida, incluyendo siempre a la dieta debido a que es uno de los elementos imprescindibles en el tratamiento de la diabetes y es también, en el que más se muestra falta de adherencia. En concordancia con esto, el paciente está sujeto a diversos factores que posibilitan o imposibilitan esta adherencia y, por ende, una mejoría en su calidad de vida.

Para el estudio de la diabetes y otras problemáticas relacionadas con la salud, esta rama de la psicología cuenta con diversos modelos; no obstante, la mayoría de éstos se muestra ineficiente o impertinente en su teoría y aplicación. Un modelo alternativo es el Modelo Psicológico de la Salud Biológica desarrollado por Ribes en 1990 y cuya metodología es el Análisis Contingencial. Con dicha metodología y desde una concepción naturista, se puede abordar la salud considerando diversos conceptos y procesos que no son contemplados en las aproximaciones actuales a la salud. De esta manera, el Modelo Psicológico de la Salud Biológica, plantea a la dimensión psicológica de la salud como un proceso que se origina en la historia de cada persona y que tiene una doble resultante, afecta el propio comportamiento, así como dimensiones biológicas de la persona. El último elemento de esta etapa de resultantes es el estado de salud o enfermedad.

Con base en el modelo anteriormente mencionado, el presente trabajo tiene por objetivo realizar un análisis descriptivo de caso, con el cual se pretende evaluar el efecto de taller para mejorar la adherencia a la dieta en pacientes diabéticos, usando una aproximación interconductual, específicamente la metodología del análisis contingencial. En adición, se pretende ilustrar el impacto del programa de intervención, así como proporcionar un apoyo adicional al paciente en áreas específicas por las que se le dificulte la adherencia a la dieta. Se espera que este estudio contribuya a la comprensión del efecto de las diversas variables involucradas en el programa de intervención, así como de variables relevantes del propio paciente.

1. LA DIABETES

1.1. Definición y estadísticas.

La diabetes mellitus (DM) es un trastorno del metabolismo en el que se afectan diversos sistemas fisiológicos, incluyendo al encargado de metabolizar la glucosa (Olson, 1986). Para explicar este trastorno, Córdova, Aguilar, Rull y Gómez (2005) mencionan que al azúcar que tenemos en la sangre se le llama “glucemia”. En la diabetes, la glucemia se acumula en la sangre, en vez de ser almacenada en las células con la ayuda de la insulina. De esta manera, la glucosa se acumula en diversos tejidos, dañando así de innumerables maneras diversos órganos del cuerpo. Se puede decir, entonces, que un paciente diabético es aquella persona que presenta la insuficiencia de la hormona llamada insulina, por un periodo más o menos largo de tiempo y cuya insuficiencia suele mostrar permanencia (Schor, 1996).

En consistencia con lo anterior, se han realizado diversas clasificaciones de la diabetes y de otras enfermedades de tipo metabólico que se dan para explicar la forma o edad en la que éstas se manifiestan y el tipo de tratamiento que se aplica al paciente. La clasificación más usada, se propuso en 1978 por el Grupo Nacional de Datos sobre la Diabetes y fue aceptada por la Asociación Americana de Diabetes (Schor, 1996):

Diabetes mellitus tipo I:

- La edad de su aparición es, en general, en menores de 30 años.
- La estructura física usual de los pacientes es delgada.
- Carencia total o absoluta de insulina.
- Una vez instalada, rara vez retrocede.
- Puede aparecer en pacientes sin antecedentes familiares de diabetes.
- Sus manifestaciones clínicas son bruscas desde el comienzo.
- Dependen de la insulina inyectada para evitar la cetosis y preservar la vida. La cetosis es un estado del organismo que se produce cuando éste no tiene suficientes hidratos de carbono para obtener energía y comienza a utilizar las grasas para obtenerla.

- En 90% de ellos, el trastorno se inicia en la juventud o al principio de la edad adulta.
- Es crónica y degenerativa.
- Pueden poseer ciertos antígenos HLA, los cuales son genes que cumplen con la función de reconocer lo propio y lo ajeno, asegurando la respuesta inmune capaz de defender al organismo de algunos agentes extraños que generan infecciones.
- Si no es tratada desde la primera etapa, el estado de salud se va rápidamente deteriorando.
- Si no se toman las medidas adecuadas, la cetosis puede llevar a la pérdida del conocimiento o coma.

Diabetes mellitus tipo II:

- La edad de aparición, es usualmente en mayores de 40 años, aunque en la actualidad, han ido aumentando los casos de diabetes mellitus tipo II en menores de 18 años.
- La estructura física usual de los pacientes es obesa.
- Son frecuentes los antecedentes familiares asociados con el trastorno.
- Existe la posibilidad de que los síntomas no se manifiesten al inicio de la enfermedad.
- No puede ser corregida; sin embargo, puede ser controlada. Para esto se deben de mantener ciertas normas en cuanto a hábitos, para evitar la reaparición.
- Es crónica y degenerativa.
- No dependen de la insulina; sin embargo, puede ser usada para corregir hiperglucemia sintomática o persistente.
- No son propensos a la cetosis.

De acuerdo con lo anterior, la diabetes mellitus II es susceptible de una mejora considerable, y en casos radical, si es que se hacen cambios en los hábitos del paciente. Por esto, es importante mencionar que, en el presente trabajo y durante los talleres, se trató a pacientes con este tipo de diabetes.

Asimismo, es importante mencionar que este tipo de diabetes representa un asunto de preocupación en salud pública. Su impacto físico y emocional a lo largo del proceso de la cronicidad deteriora la calidad de vida de las personas que la padecen.

Actualmente, la Federación Internacional de la Diabetes (2012) estima que aproximadamente 371 millones de personas la padecen a nivel mundial y va en aumento en todos los países, esperando que alcance los 540 millones en 2025. En adición, el mismo organismo estima que en el 2011 murieron 4.8 millones de personas a consecuencia de la diabetes, que gastaron 471 billones de dólares en atención médica y la mitad, tenía menos de 60 años de edad.

En México, la diabetes mellitus tipo II ocupa el primer lugar en número de defunciones por año; tanto en hombres como en mujeres, las tasas de mortalidad muestran una tendencia ascendente en ambos sexos con más de 70 mil muertes y 400,000 casos nuevos anuales (NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, 2010). La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, (2012), mencionó que en México hay 6.4 millones de casos diagnosticados con diabetes, con una tasa de 9.2% de diagnóstico previo.

Por otra parte, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2013) indica que de cada 100 mil personas que murieron, 70 fallecieron por diabetes. Las tasas de mortalidad más altas se ubican en el Distrito Federal (99.57 de cada 100 mil personas), Veracruz (84.35 de cada 100 mil) y Puebla (81.57 muertes), mientras en Quintana Roo, Chiapas y Baja California Sur se presentan las más bajas (35.19, 45.22 y 46.98 de cada 100 mil personas, respectivamente). Estas diferencias son importantes a considerar en las acciones preventivas, de detección, diagnóstico y tratamiento de este padecimiento.

Por otra parte, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, en el 2012, arrojó las siguientes cifras:

- Poco más del 80% de las personas diagnosticadas recibe tratamiento
- 25% presentó evidencia de un adecuado control metabólico.
- 13% reciben insulina sola o insulina combinada con pastillas.
- El 16% no cuenta con protección en salud.

- 24.7% está en riesgo alto y 49.8% está en riesgo muy alto de padecer las complicaciones derivadas de la enfermedad
- 47% han recibido también diagnóstico de hipertensión arterial
- Son bajos los porcentajes de la población que se realizan mediciones de hemoglobina glucosilada, microalbuminuria y revisión de pies.

De igual manera, hay otras estadísticas relacionadas con las características sociodemográficas (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2004; Secretaría de Salud, 2002) y se mencionan a continuación:

- El tiempo de evolución de la diabetes mellitus tipo II es de 0 a 5 años en su mayoría (40%).
- Hay un mayor porcentaje de enfermos con una edad de entre 49 y 66 años (56%).
- El 80% de los pacientes es casado (80%).
- El nivel educativo es a nivel primaria, en su mayoría (65%).
- La diabetes afecta mayormente a las amas de casa (49%).
- El 70% de los diabéticos es de sexo femenino.

En otro sentido, existen diversos tipos de diabetes, que si bien entran dentro del tipo I o II, mantienen ciertas peculiaridades (Olson, 1986):

Diabetes gestacional:

- Su manifestación ocurre durante el embarazo. Estos pacientes tienen un riesgo considerable de desarrollar diabetes mellitus tipo II más tarde (Lerman, 2003).

Alteración previa de la tolerancia a la glucosa:

- Incluye a personas con tolerancia normal a la glucosa pero que antes presentaron intolerancia a la glucosa o hiperglucemia diabética, mujeres que presentaron diabetes gestacional o personas con hiperglucemia como resultado de estrés por un accidente, operación o infección.

Intolerancia a la glucosa, que se presenta en ciertos estados y síndromes:

- Estos estados y síndromes son trastornos hormonales o son provocados por medicamentos, enfermedades pancreáticas, alteraciones del receptor insulínico y otros síndromes genéticos y cromosómicos.

1.2. Síntomas

Lerman (2003), nos presenta una lista de síntomas que se manifiestan comúnmente en los pacientes. No obstante, hace reiterado hincapié en que no son determinantes y que no siempre están presentes:

- Poliuria: Aumento del volumen de la orina en una cuantía superior a 2 ml/min (más de 2 litros en 24 horas).
- Nocturia: afección en la cual la persona se despierta varias veces durante la noche para orinar.
- Polidipsia: hace referencia a la necesidad de beber con frecuencia y abundantemente.
- Polifagia o hiporexia franca: el primer término hace referencia al aumento anormal de la necesidad de comer, mientras que el segundo es la pérdida o disminución parcial del apetito.
- Pérdida de peso: debido a que la deficiencia en la producción de insulina posibilita un catabolismo exagerado de grasas y proteínas.
- Visión borrosa: es la pérdida de la agudeza visual y la incapacidad para visualizar pequeños detalles.

1.3. Diagnóstico.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012) menciona cuáles son los criterios para elaborar un diagnóstico de diabetes tipo II:

- Glucemia > 200 mg/dl, más la presencia de los síntomas anteriormente mencionados.
- La concentración plasmática de glucosa en el ayuno (FBS) está sobre 140 mg/dl en dos o más ocasiones.
- Sobrecarga oral de glucosa > 200 mg/dl
- Aplicación de hemoglobina glicosilada (HbA1c); si los resultados de la prueba anterior son positivos, entonces se reaplicará en los próximos seis u ocho días. En caso de reincidir, entonces se emplea una prueba de glucosa sanguínea entre una hora y dos horas después de que el paciente ingiera un ligero exceso de carbohidratos.

1.4. Factores de riesgo.

Existen ciertos factores que posibilitan el que una persona desarrolle diabetes mellitus tipo II (Zárate, 1997; Alpízar, 2001):

No modificables:

- Ascendencia hispánica.
- Edad igual o mayor a 45 años.
- Antecedentes de diabetes mellitus en un familiar de primer grado.
- Tener un gemelo idéntico con diabetes mellitus.
- Que ambos padres padezcan diabetes mellitus.
- Antecedente de haber tenido un hijo con un peso al nacer mayor a 4 Kg.

Modificables:

- Obesidad: los pacientes obesos en ocasiones presentan un déficit de receptores para la insulina. Usualmente la reducción de peso compensa este déficit y el nivel de glucemia se normaliza. Al ser éste uno de los factores de riesgo mayormente afín a los hábitos alimenticios, más adelante se describe mejor esta relación.
- Sobrepeso.
- Sedentarismo.
- Tabaquismo.
- Manejo inadecuado del estrés.
- Hábitos inadecuados de alimentación.
- Estilo de vida contrario a lo estipulado para una buena salud.
- índice de masa corporal $\geq 27 \text{ Kg/m}^2$ en hombres y $\geq 25 \text{ Kg/m}^2$ en mujeres.
- índice de cintura y cadera ≥ 0.9 en hombres y ≥ 0.8 en mujeres.
- Presión arterial con cifras $\geq 140/90 \text{ mmHg}$.
- Triglicéridos $\geq 150 \text{ mg/dl}$.
- HDL de colesterol $\leq 35 \text{ mg/l}$.

Con relación al factor de obesidad, Kilo (1991) menciona que una porción elevada de la población que padece diabetes es también obesa; esta característica, por sí misma hace vulnerable al individuo a contraer diabetes. Esta frecuencia en la obesidad es atribuida al estilo de vida relacionado con el

sedentarismo; de esta manera, si se comparan poblaciones según su estilo de vida, se puede encontrar que mientras más inactivo sea el estilo de vida, más frecuente es que la población tenga a pacientes diabéticos dentro de sus estadísticas.

Por otra parte, menciona que el individuo está en riesgo de padecer diabetes aún cuando no muestre tendencias genéticas a la misma.

1.5. Complicaciones

De acuerdo con (Mcvan, 1987), cuando no se sigue el tratamiento pertinente, son diversas las complicaciones que se presentan en un paciente con diabetes mellitus tipo II:

- Cataratas: se manifiestan como consecuencia del almacenamiento de fructosa.
- Enfermedades cardiovasculares: la diabetes es un factor de riesgo para desarrollar arterioesclerosis. En adición, el paciente puede desarrollar dolores en las piernas debido a la obstrucción de vasos, insuficiencia arterial, y en casos extremos, úlceras.
- Insuficiencia renal e infecciones en vías urinarias: estas enfermedades se van presentando de manera lenta y recurrente. Asimismo, se puede manifestar micción que contiene burbujas, lo cual implica que las bacterias fermentan la glucosa en la vejiga.
- Alteraciones nerviosas de vejiga, ojos, tracto gastrointestinal, manos, pies y aparato reproductor: en estas enfermedades, se presenta desde un dolor fuerte en los músculos, hasta parálisis total de cualquiera de los mencionados.
- Enfermedades periodontales: en algunas ocasiones se presentan hemorragias, en otras no se presentan sino pérdidas dentales.
- Retinopatía: el paciente puede sufrir pequeñas hemorragias que afectan la retina; a consecuencia de esto, se pierde agudeza visual o se presenta ceguera.

- Lesiones cutáneas: se producen infecciones debido a que se estanca la glucosa debajo de la epidermis, particularmente en ingles, axilas y áreas inframamarias.

Kilo (1991) menciona que en comparación con el individuo que no padece diabetes, el diabético:

- Tiene una probabilidad 6.8 veces mayor de perder la vista.
- Tiene una probabilidad 11.3 veces mayor de desarrollar enfermedades renales.
- Tiene una probabilidad 29.9 veces mayor de padecer gangrena.
- Tiene una probabilidad de 4.6 veces mayor de desarrollar enfermedades cardiacas.
- Tiene una probabilidad 5.4 veces mayor de sufrir un accidente vascular cerebral.

1.6. Costos de la atención a la enfermedad

En países en vías de desarrollo como México, el cual, además prevalece en los primeros lugares de diabetes en el mundo, es importante mencionar las complicaciones económicas para su atención. Según Lerman (2003), existen tres tipos de costo: 1) el costo social, es decir, lo que le cuesta al gobierno en recursos médicos, 2) el costo para el paciente, lo que tiene que gastar en medicinas, transportes y otros, y 3) el costo a largo plazo, ya sea social o del paciente, que implica elementos tales como años de vida activa perdidos, así como pérdida de oportunidad para los hijos y el cónyuge.

Este es un aspecto importante a considerar, ya que éste es un factor de riesgo para que el paciente no se adhiera a la dieta.

1.7. Tratamiento

Lerman (2003) menciona que el diabético requiere de una atención integral. Ésta debe incluir no sólo medicinas, consejos o aplicación de pruebas, sino “un interés genuino por el paciente como persona” (p. 43), lo cual sugiere que esta atención también implica atención psicológica.

Es relevante decir que de la misma forma en que la diabetes tipo I y tipo II difieren en cuanto a características, la forma de intervenir es diferente. Lo que se describe a continuación, son, debido al objetivo del presente trabajo, las características del tratamiento para la diabetes tipo II.

El tratamiento consta de tres objetivos generales (Kilo, 1991):

- Alcanzar y mantener un peso corporal deseable.
- Reducir al mínimo la elevación de los niveles de glucosa en la sangre.
- Prevenir las consecuencias de la enfermedad.

De acuerdo con Zárate (1997), estos objetivos se cumplen con dieta, ejercicio y farmacoterapia:

Dieta.

Ésta es sumamente importante, puesto que si se lleva al pie de la letra, en la mayoría de los casos es suficiente para controlar la diabetes.

El principal fracaso en un tratamiento es justamente el que el paciente no se adhiera a la dieta, por lo que Zárate (1997) nos dice que para lograr tal adherencia se requiere educar al paciente, así como su cooperación y convencimiento para lograr este objetivo. Lerman (2003) menciona que el plan de alimentación es la parte más difícil del tratamiento, puesto que se requieren de horas de entrenamiento para implicar cambios conductuales. Asimismo, menciona que se requiere eliminar los mitos y la falta de información. Estas aseveraciones resultan insuficientes, puesto que enfatizan el papel de la información, olvidando otros factores importantes, que se discutirán en capítulos posteriores.

Existen diversos métodos para planear la alimentación con el fin de proporcionar las calorías necesarias y ofrecer una nutrición correcta (Figuroa, 2004):

- Plan de alimentación saludable: ésta se caracteriza por no ser estrictamente una dieta para diabéticos, sino que es recomendable también para el resto de la familia. En esta dieta, se hace la distinción entre alimentos favorables y no favorables: consumo de carbohidratos complejos ricos en fibra, tales como cereales (arroz, avena, cebada, centeno, etc.), leguminosas (frijol, garbanzo, haba, etc.), frutas frescas

con membranas comestibles (no sólo el jugo) y también vegetales de color preferentemente verde o amarillo. Asimismo, para el consumo de grasas, se recomienda que éstas sean de tipo poliinsaturada o monoinsaturada y evitar las saturadas, por su alto contenido de colesterol.

- Porcentaje de nutrimentos: esta dieta procura seguir un patrón en los porcentajes por grupos de alimentos. Se recomienda que del total, un 50 a 60% de los alimentos consumidos, sean carbohidratos; de proteínas de 10 a 20% y, finalmente, grasas en un 30%. Éstas se dividen en 10% para las poliinsaturadas, de 10 a 15% de monoinsaturadas y, menos del 10% para las saturadas.
- Sistema de intercambio de alimentos: este plan de alimentación se hace práctico debido a que los alimentos se hacen intercambiables o equivalentes entre sí, permitiendo así que la dieta sea más probable de seguir en cualquier localidad. En él, se agrupan todos los alimentos en seis listas básicas llamadas “porciones de servicio”, es decir, el tamaño usual en que se sirven. Las cantidades señaladas en la lista contienen aproximadamente las mismas cantidades en gramos de carbohidratos, proteínas y grasas, así como el mismo valor calórico por porción de servicio.
- Guía piramidal de los alimentos: Ésta es considerada como el primer contacto que tiene el paciente con su nueva forma de alimentarse; es como el médico le muestra un panorama general de alimentación. En la mitad inferior del triángulo aparecen los tres grupos principales, que constituyen la base de la alimentación, debido a que contienen carbohidratos complejos con alto contenido en fibra. Estos alimentos no requieren de selección, a diferencia del grupo de carnes y lácteos, mismos que deben ser elegidos según el menor contenido de grasa saturada de origen animal. En la parte superior, aparecen las grasas, azúcares, sales y alcohol, que deben de consumirse con moderación. Esta dieta está basada en una alimentación de 1,500 a 2,000 kcal.

- **Conteo de carbohidratos:** Las características de esta dieta deben ajustarse a las características del paciente: una persona sedentaria requiere de 30 Kcal/kg, mientras que un individuo con actividad moderada requiere de 35 Kcal/kg. Dichas calorías deben distribuirse a lo largo del día, evitando que el individuo realice comidas abundantes, puesto que se dificulta la deposición metabólica. Es importante, por otro lado, no recomendar dietas extremas de líquidos o de 0.1 Kcal/kg o menos, puesto que resultan difíciles de seguir por un tiempo prolongado.

En todas las dietas, se recomienda la fructosa para endulzar puesto que es más dulce y se requieren menos cantidades. Asimismo, se aconseja que la dieta sea rica en fibra puesto que retarda el vaciamiento gástrico, disminuyendo así la velocidad de digestión y absorción de carbohidratos, además de que produce sensación de saciedad, reduciendo así el consumo excesivo de alimentos (Zárate, 1997).

Ejercicio.

Es el elemento que auxilia a la dieta, puesto que posibilita la disminución de lipoproteínas, colesterol y triglicéridos. Además, hace que el organismo sea más sensible a la insulina y disminuye el riesgo de las complicaciones vasculares de la diabetes. Asimismo, permite que la bioquímica celular aumente la masa muscular y disminuya el tejido graso (Krall & Beaser, 1989).

No obstante, es importante remarcar que el ejercicio debe ajustarse a las necesidades de la persona y que está contraindicado cuando se padece de diabetes mal controlada, cuando existe riesgo de hipoglucemia o si el individuo padece de insuficiencia coronaria.

Farmacoterapia.

El autor menciona que la farmacoterapia es auxiliar y que no surte efecto sin dieta ni ejercicio, por lo que es secundario.

De esta manera, se prescriben hipoglucemiantes orales (Tolbutamida, Cloropropamida, Tolazamida, Acetohexamida y Gliburida), los cuales estimulan la secreción de insulina, favoreciendo así el metabolismo de la glucosa. De acuerdo con Pollak (2005), actualmente se dispone de una serie de hipoglicemiantes orales

o antidiabéticos (términos que no son sinónimos), que se pueden clasificar como sigue:

- Insulinosensibilizantes: como metformina, cuyo principal sitio de acción es el hígado, y las tiazolidinedionas o glitazonas, cuyos principales sitios de acción son el adipocito y el músculo.
- Secretagogos (sulfonilureas y meglitinidas): son fármacos que estimulan la secreción de la insulina preformada y tienen su efecto primordial en la glicemia postprandial.
- Inhibidores de la absorción de los hidratos de carbono: en América Latina están la acarbosa y el miglitol.

Por otra parte, se prescriben biguanidas y tiazolinedionas, pero no son tan usados debido a que posibilita que se presenten varias complicaciones. Sólo se usa el metformin para los casos de obesidad en la diabetes, ya que incrementa la sensibilidad periférica a la insulina, a la vez que disminuye la salida de glucosa del hígado (Zárate, 1997).

De manera menos frecuente, se recetan drogas que actúan sobre la absorción intestinal, tales como la carbosa y el hipolipidémico.

Finalmente, es trascendental que al establecer este tratamiento, también se requiere de control y observación posterior, hasta que el paciente alcance el peso y los niveles ideales, los cuales se describen a continuación:

- Un nivel de glucosa menor a 120 mg/dl.
- Hemoglobina A con porcentaje de 17%
- Colesterol total de 1,200 mg/dl.
- Colesterol de LDL de 1,200 mg/dl.
- Colesterol HDL mayor a 40 mg/dl.
- Relación de colesterol total menor a 3.
- Concentración de triglicéridos menor a 150 mg/dl.

Al alcanzar estas metas, se requieren seguimientos no tan constantes como los que se tienen durante el tratamiento mismo.

En conclusión, es substancial mencionar que los recursos terapéuticos para alcanzar los objetivos que se requieren cumplir durante el tratamiento, implican conductas relacionadas con el cambio de hábitos en la dieta, el ejercicio o fármacos. Esta modificación de conductas, que a su vez involucra la modificación de diversos aspectos de la vida del paciente, está implicada en la llamada “Psicología de la Salud”, la cual ha hecho diversas aportaciones para tratar estos temas.

2. COMPORTAMIENTO Y SALUD.

2.1. Psicología de la Salud

La irrupción de nuevas tecnologías y tratamientos farmacológicos han posibilitado contar cada día con mejores y más variados tratamientos médicos. Esto implicaría un aumento directo en la efectividad de los programas de prevención, de los tratamientos y en la calidad de vida de los pacientes; no obstante, no se han observado grandes cambios, por lo que es necesario que se presenten diversas condiciones, entre las cuales figuran: un panorama extenso acerca de los aspectos que posibilitan el desarrollo de la enfermedad, una adecuada prescripción por parte del equipo médico y un correcto cumplimiento de la misma por parte de los pacientes. La prescripción médica es un tema que corresponde sólo a competencias de médicos; sin embargo, para entender la salud y enfermedad, los psicólogos han requerido estudiar los aspectos en los que tienen injerencia.

La Psicología de la Salud es una rama derivada de la psicología, que tiene menos de cuarenta años ejerciendo sus funciones y siendo considerada dentro del sistema de salud. De acuerdo con Flórez (2004) sus antecedentes principales se encuentran en la psicología médica, la medicina psicosomática y la medicina conductual. La primera, se centró en la situación psicológica del paciente, específicamente en la comprensión y modificación de las condiciones psicológicas; la segunda, enfocó su atención en el concepto de lo mental y teorías de la personalidad debido a que éstas se consideran como factores que propician el desarrollo de ciertas enfermedades, lo que generó en su momento un enfoque más integral de la salud y la enfermedad, al no considerar lo orgánico como un aspecto exclusivo de estudio; por último, la tercera se hizo centro de atención de científicos sociales y de la salud, dando así un carácter formal y una visualización del campo de acción multidisciplinario a la medicina, integrando así saberes biomédicos y psicosociales en lo que a acciones preventivas y de tratamiento respecta.

De esta manera, la medicina conductual realizó diversos aportes desde el análisis experimental de la conducta a través de la aplicación clínica de principios

del condicionamiento clásico y operante. Esto, según lo indican Morrison y Bennett (2006), tuvo limitaciones dado que la Psicología debía y podía aportar más a la salud que lo que se podía brindar desde los enfoques centrados en los procesos de aprendizaje, como lo planteaba la medicina conductual.

Es así como surge la Psicología de la Salud, cuya historia es relativamente corta y se encuentra en constante desarrollo. La primera aparición de este concepto se remonta al año de 1968, cuando se creó un grupo de trabajo de psicología de la salud denominado “Grupo Nacional de Psicología” en el ministerio de Salud Pública de la República de Cuba, en donde se definía a esta rama de la psicología en función de la definición de salud con la que se contaba, relacionada con las nociones del “bienestar” mental y físico. Con base en estas limitaciones se construyó un concepto de esta área del saber de la psicología. Con esto como antecedente, Matarazzo (1980/2003), realizó una definición con menor ambigüedad, que posteriormente la Asociación Psicológica Americana (APA) modificó de manera mínima quedando de la siguiente manera:

“La Psicología de la Salud es la suma de las contribuciones educacionales, científicas y profesionales de la disciplina psicológica a la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, la identificación de la etiología y el diagnóstico de los factores asociados a la salud, la enfermedad u otras disfunciones asociadas, así como al análisis y ayuda al sistema de salud y la formación de la política de salud”.

En concordancia con lo anterior, Oblitas (2007) menciona que tradicionalmente los médicos han tenido acción exclusiva en este campo, partiendo de la noción de salud como algo a preservar o curar a través de la cirugía y la farmacología. No obstante, desde el surgimiento de la Psicología de la Salud, se ha transformado esta noción, considerando que la salud es algo que se debe desarrollar a través de labores preventivas. Actualmente, es incluida en los sistemas de salud de Estados Unidos, de algunos países europeos, e incluso, en algunos países del llamado tercer mundo, donde nuestro país ocupa un lugar importante. En varios países, incluyendo México, se han estructurado maestrías y doctorados en la especialidad (Pérez, 1983).

Cuando se hace referencia al término “salud”, no sólo se deben de considerar los aspectos físicos o psicológicos, sino que también se consideran aspectos sociales, económicos y culturales. Debido a esto, los psicólogos de la salud llevan a cabo ciertas funciones establecidas por la APA en 1993 (Oblitas, 2006):

- La identificación precoz de personas en situación de riesgo definido en términos psicológicos y socioculturales.
- El desarrollo de programas efectivos de promoción de conductas saludables, considerando particularmente las cuestiones ambientales a las cuales normalmente se somete al individuo. Se trata de todas aquellas acciones dirigidas a promover un estilo de vida saludable, entendiendo por salud no sólo la ausencia de enfermedad, sino también la presencia de un estado de bienestar físico y anímico en el individuo. En este sentido, destacarían las acciones destinadas a fomentar aquellos hábitos de salud que pueden hacer que las personas se sientan mejor en su vida diaria.
- La investigación, el entendimiento y la intervención en cuanto a los factores que permitan una buena calidad de vida para personas portadoras de enfermedades crónicas. Esta tarea implica, a su vez, la modificación de hábitos no saludables asociados a múltiples patologías, sean crónicas o agudas, a través de la promoción, la prevención, y, en casos de comportamientos de riesgo, la eliminación.

Con relación a lo anteriormente dicho, Piña (2004a) menciona que en la Psicología de la Salud se ha realizado una importante cantidad de trabajos acerca de una amplia variedad de enfermedades y tópicos, entre los cuales se encuentran: la salud sexual y los roles de género, la salud colectiva, las enfermedades relacionadas con el estrés, la relevancia del apoyo social en la enfermedad, el alcoholismo, el tabaquismo, la farmacodependencia, la atención psicológica a enfermos crónicos, los cuidados prenatales, casos psiquiátricos y su dimensión psicológica, nutrición y trastornos alimentarios, además de una novedosa incursión en el manejo y las perspectivas de los servicios de salud.

2.2. Modelos de la psicología de salud y la diabetes

Más específicamente y con relación a la temática que en el presente trabajo se maneja, la tarea de la Psicología de la Salud en el tratamiento de la diabetes se caracteriza por la amplitud de los ámbitos de aplicación. Existen intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento, para amortiguar o mejorar el impacto del diagnóstico y el afrontamiento de la enfermedad, para controlar los episodios hipoglucémicos y lograr el control glucémico, o para alterar los trastornos psicológicos que pueden acompañar a esta enfermedad (Piña, 2004a).

Cabe mencionar que de esta rama de la psicología se desprenden diversos modelos, mismos que explican las conductas o factores relacionados con la adherencia a la dieta y otros fenómenos de interés relacionados con la diabetes. Éstos se describen a continuación:

2.2.1. Teoría Social Cognitiva.

Esta teoría sugiere que el cambio de conducta que se requiere para la mejora de la salud se logra a través de la autoeficacia percibida, que se entiende como la creencia del paciente de que puede alcanzar de manera exitosa un cambio para mejorar su salud. Esto se logra a través del conocimiento y entendimiento de comportamientos específicos que se requieren para el tratamiento, creer que la adopción de una conducta saludable determinada disminuirá la probabilidad de enfermar, y tener apoyo social (Ortiz & Ortiz, 2007). En caso contrario, es decir, si la persona no se cree hábil para lograr las conductas pertinentes, se predice un fracaso en el cambio requerido.

De acuerdo con esta teoría, la motivación humana y la conducta están reguladas por el pensamiento y estarían involucradas tres tipos de expectativas:

- a) Las expectativas de la situación, en la que las consecuencias son producidas por eventos ambientales independientes de la acción personal.
- b) Las expectativas de resultado, que se refiere a la creencia de que una conducta producirá determinados resultados.

- c) Las expectativas de autoeficacia o autoeficacia percibida, la cual ya se ha definido anteriormente (Medina & Urra, 2007).

Con relación a la diabetes, el factor que se estudia es esta percepción de autoeficacia para llevar a cabo los cambios conductuales que se requieren para el tratamiento. Se valoran, asimismo, los principales determinantes de la adherencia, como edad, conocimiento sobre la diabetes, habilidades de autocuidado y afrontamiento, creencias de autoeficacia, percepción de síntomas, variables del tratamiento, estrés o apoyo social (Heredia, 2004).

En un estudio realizado por Avendaño y Barra en el 2008, se tuvo como objetivo examinar la relación existente entre la calidad de vida reportada por pacientes adolescentes con diagnóstico de diabetes y dos variables consideradas relevantes para el bienestar y la salud, la autoeficacia y el apoyo social percibido. Para el cumplimiento de tal objetivo, se utilizaron instrumentos como el Cuestionario de Calidad de Vida KIDSCREEN-27, la Escala de Autoeficacia Generalizada y el Cuestionario de Apoyo Social Percibido. Se encontró que la autoeficacia tenía una influencia muy significativa en el nivel de calidad de vida, explicando un tercio de la varianza, mientras que el apoyo social percibido mostró tener muy poca influencia sobre la calidad de vida informada por los adolescentes. Los autores mencionan que la influencia que tiene la autoeficacia sobre la calidad de vida de los pacientes se presenta por el hecho de que un mayor nivel de autoeficacia producirá una mayor vulnerabilidad o resistencia al estrés, una mayor capacidad de adaptación a las demandas que implican las transiciones evolutivas y también una mayor capacidad de ajuste a la experiencia de vivir con una condición de enfermedad crónica.

De acuerdo con Mulvaney (2009), para que el paciente pueda aprender a llevar a cabo de manera consistente y a diario las tareas de autocuidado diabético, necesitará la ayuda y el apoyo de las personas relevantes en todos los ámbitos de su vida: padres, hermanos, amigos, familia en general, cónyuges/parejas y, finalmente, los hijos. Asimismo, existen objetivos educativos específicos de la diabetes que van desde obtener conocimientos técnicos concretos relacionados con la comprensión de la relación entre dieta y glucemia, hasta enseñar a dar

prioridad en su vida a las opciones saludables y a la atención diabética. No obstante la importancia de lo anteriormente relacionado, según la autora, la necesidad de autoeficacia podría ser uno de los aspectos más importantes del autocuidado, por lo que la autora afirma que en la diabetes la autoeficacia se ve influida por:

- La experimentación del dominio: el éxito en la realización de tareas de autocuidado.
- El modelamiento: la observación de otras personas que aprenden a realizar una tarea o resolver un problema.
- La persuasión social: ser persuadido de que se es capaz de llevar a cabo la tarea.
- La interpretación individual de experiencias subjetivas, emocionales o fisiológicas.

Finalmente, la autora menciona que el primer paso para el cambio conductual implica un método para promover y mejorar "la fe" del paciente en que puede cuidar de sí mismo. Así, si creen que son capaces de esto, estarán más motivados para la resolución de problemas relacionados con su enfermedad.

Puji (2008) ha estudiado también la forma en la que se puede mejorar la autoeficacia en la diabetes, señalando que este factor es sumamente importante en el control diabético, debido a la influencia sobre las elecciones que realizan los pacientes, el esfuerzo que se aplica a una tarea y el tiempo que se está dispuesto a perseverar cuando se presenten fracasos. La mejora de la autoeficacia se ve influida, asimismo, por:

- a) Las experiencias propias: para esta percepción se requiere que la persona adquiera experiencia en la superación de obstáculos a través de sus propios esfuerzos, pues el autor remarca que cuanto más difíciles sean las situaciones, más poderosa será la experiencia.
- b) La experiencia de los demás: cuanta mayor similitud tenga la experiencia del otro con la del paciente mismo, más persuasivos serán los éxitos o fracasos del otro.

- c) El efecto de la persuasión social y el estatus psicológico del paciente: los cambios se manifiestan cuando se reducen los niveles de estrés, reparando los sentimientos emocionales negativos.

Asimismo, el autor menciona que la creación de grupos de autoayuda podría afectar la motivación para adoptar y mantener un comportamiento saludable.

2.2.2. Teoría de la Acción Razonada.

De acuerdo con Ortiz y Ortiz (2007) esta teoría conjunta las creencias, actitudes, conducta e intenciones. Éstas últimas son la médula, pues se considera que son las que predicen la conducta que se requiere modificar. A su vez, las intenciones son predichas por la actitud hacia ejecutar la misma conducta y por los factores sociales, tales como la percepción de los sujetos significativos para el paciente acerca de la conducta a modificar. Estas intenciones hacen referencia a la decisión del paciente de ejecutar o no una acción particular y, dado que es el determinante más inmediato de cualquier comportamiento humano, es considerada el factor más importante para la predicción de una determinada conducta. A su vez, esta intención está definida por dos factores: el actitudinal, que es la actitud hacia la conducta, y el factor social o normativo. Asimismo, ambos factores se encuentran en función de las creencias conductuales y las creencias normativas, respectivamente.

Por otra parte, esta teoría postula que la relación entre una variable externa al modelo y la intención de llevar a cabo una conducta específica está mediada por alguno de los factores que determinan la intención (Stefani, 2005).

Cabe mencionar que son escasas las investigaciones en las que no se consideren otros factores inmersos dentro del modelo de creencias de la salud, que se explicará más adelante. Es decir, son nulos los estudios en los que se implique única y rigurosamente la teoría de la acción razonada.

Un ejemplo de esto, es un estudio realizado por Dánello (2007), en el que tuvo por objetivo examinar variables cognitivas, motivacionales, sociales y conductuales relacionadas con la adherencia al tratamiento médico en diabéticos,

a través del Cuestionario sobre los Determinantes de la Adherencia (CDA). Se consideraron 9 dimensiones: aspectos interpersonales, creencias acerca de la susceptibilidad a la enfermedad, creencias acerca de la severidad de la enfermedad, eficacia percibida, percepción de normal, aceptación de normas, percepción de apoyo disponible, intenciones de adherirse y conducta de adherencia. La autora encontró que las intenciones de adherirse estuvieron fuertemente asociadas con la presencia de apoyo, autoeficacia y motivación hacia la salud. La adherencia apareció también altamente relacionada con la motivación hacia la salud, con las intenciones de adherirse, con la aceptación de normas, con el valor asignado a la salud, con la autoeficacia y con algunos aspectos interpersonales.

Partiendo de estos resultados, se asume que las intenciones a ejecutar ciertas conductas son el mejor predictor de que en el futuro las conductas de adherencia serán efectivas. Asimismo se sugiere que las intenciones están afectadas por las actitudes y las normas sociales, pues estos elementos juegan un papel fundamental en el momento de intentar adherirse al tratamiento.

Otro ejemplo de estos estudios es el realizado por Letelier, Núñez y Rey (2011), quienes tenían por objetivo realizar una taxonomía de personas con diabetes para comparar sus respuestas emocionales, intención de adherirse, percepción de necesidad y preocupación por el tratamiento. La taxonomía resultante fue de tres grupos de pacientes diabéticos: el preocupado, que confiaba en los procedimientos para atenuar los efectos de la enfermedad; el desesperanzado, que manifestaba una baja creencia acerca de la posibilidad de controlarla; y el negador, el cual no consideraba a enfermedad como crónica.

Con respecto a esto, se encontraron diferencias: el grupo preocupado se caracteriza por tener una alta valoración de las consecuencias negativas de la enfermedad, su cronicidad y su carácter cíclico. Sin embargo, confía en el tratamiento y en su capacidad personal para atenuar los efectos de la enfermedad, por lo que su intención resulta ser más latente que en el resto de los grupos. El grupo desesperanzado es similar al preocupado, en cuanto a percibir las consecuencias de la enfermedad y reconocer el carácter crónico y cíclico de ésta;

sin embargo, manifiesta una baja creencia acerca de su capacidad y la de los medicamentos para controlarla, por lo que su intención también se manifiesta baja. El grupo negador subvalora las consecuencias de su condición, declara no experimentar ciclos en relación a sus síntomas, no considera a la diabetes como una enfermedad crónica y declara menos síntomas que los otros grupos, por lo que su intención se presenta nula.

2.2.3. Modelo de Creencias en Salud.

Este modelo parte de la suposición de que los comportamientos saludables están racionalmente determinados por la vulnerabilidad de las personas frente a las amenazas de su salud. Frente a estas percepciones, el individuo acaba atribuyendo un valor que lo lleva a pensar o no en la eficacia de las acciones que lo conducen a la mejoría de su salud (Teixeira, 1993). Este modelo se deriva de la teoría cognitivo-conductual para explicar por qué la gente falla en tener conductas saludables, considerando el impacto de las consecuencias y expectativas relacionadas con la conducta (Ortiz & Ortiz, 2007). De esta manera, los factores que se consideran para predecir si se logran cambios o adherencia, son:

- a) grado de motivación e información que tenga sobre su salud,
- b) autopercepción como potencialmente vulnerable ante la enfermedad,
- c) percibir la condición como amenazante,
- d) estar convencido que la intervención o tratamiento es eficaz, y
- e) percepción de poca dificultad en la puesta en marcha de la conducta de salud.

De la misma forma, Cabrera, Tascón y Lucumí (2001), incluyen dos procesos dentro de este modelo:

- 1) Susceptibilidad: se refiere a la percepción del paciente relacionada con el riesgo de sufrir la enfermedad. Incluye, además, la aceptación de diagnósticos, la valoración de otras susceptibilidades, etc. Es importante resaltar que para que este proceso se presente, se debió haber conocido o escuchado con anterioridad acerca de la existencia de la enfermedad y los riesgos de contraerla. Esto implica aspectos como el optimismo o el

pesimismo al respecto, es decir, que el paciente haya sobrestimado o subestimado a la enfermedad.

- 2) Severidad: se refiere a la percepción subjetiva de qué tan severa es la enfermedad o qué tan severo es que no se realice una intervención o tratamiento pertinente cuando ésta se presenta. Este proceso está relacionado con la severidad de efectos físicos, socioeconómicos y psicológicos que puede causar a la persona, además se presenta sólo en individuos que presentan alguna de las siguientes condiciones: son sintomáticos, presentan amenazas inminentes para su salud o condiciones médicas frente a las que se tiene algún tipo de experiencia.

Existen diversos trabajos empíricos que implican lo anteriormente descrito, entre ellos, el de Garza, Calderón, Salinas, Núñez y Villarreal (2003), quienes tuvieron por objetivo identificar las atribuciones que pacientes diabéticos le dan al origen de la enfermedad y los síntomas. Se identificaron 25 conceptos asociados al origen de la enfermedad, siendo el primero el más mencionado: susto, coraje, herencia, fuerte impresión, preocupaciones, problemas familiares, problemas emocionales, mucha azúcar en los alimentos, depresión, dieta, estrés, presiones del trabajo, obesidad, alcohol, un parto, vida sedentaria, edad, problemas sentimentales, Naproxén, descuido, estilo de vida, problemas económicos y morales, y por brujería. En cuanto a los síntomas, la mayoría de pacientes reportaron sentirse mejor después de tomar los medicamentos, mientras que la minoría indicó sentirse igual o peor por la elevación de los niveles de glucosa.

Los autores consideran que conocer estas atribuciones facilita la explicación y la comprensión del paciente, además de proporcionar un marco para incidir en conductas que minimicen resultados negativos. Asimismo, las atribuciones ayudan a detectar qué conocimientos dirigidos al mantenimiento de la salud se deben de proporcionar, además de motivar la realización de conductas preventivas.

En la misma línea de investigación, McCord y Brandenburg (1995), realizaron un estudio cualitativo que exploró las conductas reales, las creencias y actitudes de los pacientes diabéticos para ayudar a descubrir maneras en que los

médicos podrían ayudar a mejorar la adherencia de éstos. Encontraron que la mayoría de los pacientes que decían tener un buen conocimiento de la diabetes, eran cumplidos con su régimen médico, considerando a la diabetes como una enfermedad grave. Asimismo, a pesar de que muchos pacientes expresaron emociones fuertes de frustración y enojo, una mayoría expresó que la diabetes les proporcionó una vida más feliz o sana. Por otra parte, los pacientes que no presentaron adherencia, se inclinaban a la creencia de que la diabetes no afectaría el resultado eventual de sus estilos de vida, además había mayor probabilidad de que no quisieran más información sobre su estado de salud.

Otro ejemplo de estudios inmersos en este modelo es el realizado por Garay, Malacara, González y Jordán (1998), quienes investigaron el papel de la creencia en la medicina convencional, el tipo de atención médica y los factores familiares y socioeconómicos sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus. A través de un diseño transversal analizaron los factores asociados con la adherencia a la dieta y los medicamentos. Encontraron que los pacientes bajo el cuidado de un especialista presentaban mayor adherencia a la dieta y el medicamento, así como una mayor creencia en la medicina convencional. Con base en lo anterior, mencionan que el principal factor asociado con la adherencia a la medicación y la dieta es esta creencia, además de estar asociada, a su vez, con el nivel socioeconómico, la escolaridad y los años desde el diagnóstico de la enfermedad.

2.2.4. Modelo transteórico.

Este modelo propone cinco etapas de cambio para lograr la adquisición, la reducción o la eliminación de conductas, a través de las cuales se parte para una intervención, puesto que esto da pie para predecir las conductas de los pacientes (Ortiz & Ortiz, 2007):

- 1) Precontemplación: el individuo no tiene intención para cambiar en el corto plazo, la cual dura aproximadamente 6 meses o más.
- 2) Contemplación: el sujeto no está preparado para tomar acciones en el presente, pero podría intentarlo a corto plazo.

- 3) Preparación: el individuo está considerando activamente cambiar su conducta en el futuro inmediato, en un lapso aproximado de un mes.
- 4) Acción: el paciente ha hecho un cambio en el pasado reciente, pero este cambio no está bien establecido.
- 5) Mantenimiento: se ha cambiado la conducta por más de 6 meses y la persona lleva a cabo acciones para conservar este cambio.

En esta línea, Kasila, Poskiparta, Karhila y Kattunen (2003), tuvieron por objetivo explorar la disposición del paciente para el cambio dietético, a través de este modelo. Los participantes fueron pacientes con diabetes mellitus tipo II recientemente diagnosticados. Se encontraron diferencias entre las etapas de cambio en las que se encontraban los pacientes, puesto que en función de éstas, variaron las diversas dietas, así como los hábitos alimenticios. Estas etapas de cambio podrían implicar su conducta alimentaria general o algunos aspectos menores de sus dietas. Es por lo anterior que los autores consideran que es importante entender las etapas específicas de cambio del paciente, puesto que proporcionan un panorama más amplio a los consejeros de salud acerca de qué estrategias de orientación son más funcionales o adecuadas. Sin embargo, la determinación de las etapas del cambio de los pacientes mediante el examen de las conversaciones de asesoramiento es a veces difícil, por lo que el autor sugiere investigaciones de corte cualitativo.

En otro estudio realizado por Jackson, Asimakopoulou y Scammell (2007), se examinó la aplicación de este modelo para aumentar la actividad física en 40 personas con DM tipo II. Estas personas recibieron un folleto acerca de la actividad física, así como una entrevista; sin embargo, a un grupo de personas específicas también se les proporcionaron consultas con un dietista y otro grupo fue el control. Tanto la percepción subjetiva de los niveles de actividad física como la etapa de cambio, fueron medidas al inicio del estudio y después de seis semanas. De esta manera, se encontró que ambos grupos mostraron un aumento en niveles de actividad física y no se encontraron diferencias significativamente altas entre el grupo que recibió las consultas con el dietista y el grupo control, en cuanto a las tasas de éxito para la progresión de la etapa. No obstante, los autores

concluyen que un dietista con la ayuda de una entrevista puede ofrecer con éxito una intervención transteórica para las personas con diabetes, lo que se podría traducir en un aumento de la actividad física y el estado de cambio.

Otro ejemplo de este tipo de estudios es el realizado por Vallis et al. (2003), quienes tuvieron por objetivo identificar las características de los individuos con diabetes relacionadas con diferentes etapas de preparación para el cambio a una alimentación baja en grasas, para lo cual se tomaron en cuenta factores como las diferencias en etapas demográficas, de alimentación, autocuidado y psicosociales. Se encontraron diferencias entre etapas en relación con el sexo, la calidad de vida, porcentaje de calorías y número de porciones diarias de verduras. Los individuos que se encontraron en etapas de acción, tenían una mayor probabilidad de ser mujer, tener una mejor calidad de vida y hábitos alimenticios más saludables, así como de estar casados. Por otra parte, el apoyo social fue más alto para aquellos sujetos en etapas de contemplación, mientras que para los pertenecientes a la etapa de acción era menor. Asimismo, los pacientes que se encontraron en etapas de acción, tenían más edad, comían más fruta, no fumaban, recibían educación acerca de la diabetes y tenían una mejor calidad de vida y menos estrés.

2.2.5. Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales.

Este modelo se somete a estudios correlacionales de manera constante, los cuales, en conjunto con investigaciones empíricas, arrojan como resultado que la información, la motivación y las habilidades conductuales explican 33% de la varianza del cambio conductual (Ortiz & Ortiz, 2007).

Específicamente, demuestra que la información es un elemento de suma importancia, pero por sí sola no es suficiente para modificar la conducta; por lo que la información y la motivación afectarían la conducta por medio de las habilidades conductuales. Sin embargo, cuando las habilidades conductuales son familiares o no complicadas, la información y la motivación pueden modificar la conducta.

En concordancia con lo anterior, la motivación es definida como un conjunto de fuerzas percibidas que llevan a la persona a actuar influenciada por sus experiencias y otros factores externos (Feldman, 2001). Existen motivaciones intrínsecas y extrínsecas; las primeras son responsables de la participación del individuo en una actividad, por el propio placer que ésta le proporciona y no como una recompensa tangible, mientras que las segundas se presentan con el objetivo de obtener una recompensa tangible.

En un estudio realizado por Apóstolo, Castro, Ribeiro y Faustino (2007), se tuvo como objetivo el caracterizar la incertidumbre ante la enfermedad y la motivación para el tratamiento, y evaluar la relación entre estas dos variables en pacientes con DM tipo II. El autor menciona que la incertidumbre está estrechamente relacionada con la falta de información y se presenta en cuatro etapas: 1) antecedentes que generan la incertidumbre, 2) la apreciación de la incertidumbre como amenaza u oportunidad, 3) estrategias adoptadas para reducir la incertidumbre evaluada como una amenaza, 4) estado de adaptación que resulte de las estrategias adoptadas.

Se encontró con relación a lo anterior, que cuando los pacientes presentan la sintomatología propia de la diabetes y se enteran de su estado de salud, presentan una mayor incertidumbre en cuanto al pronóstico y al tratamiento que recibirán. Por otra parte, los resultados obtenidos revelan que los pacientes que mantienen hábitos de vida saludables y muestran una mejoría y mantenimiento en su estado de salud, tienen un grado de motivación más alto. Con respecto a los pacientes que presentan un grado de motivación más bajo, éstos refieren como motivo principal el comportarse de acuerdo con lo que los demás esperan de ellos, lo cual es un aspecto de la motivación extrínseca.

Finalmente, realizando una correlación entre incertidumbres y motivación, se dice que son los pacientes con mayores incertidumbres quienes se sienten menos motivados para el tratamiento, en especial los que tienen mayor incertidumbre sobre el pronóstico y el tratamiento.

A propósito de lo anterior, Granados y Escalante (2010) señalan que la información es un prerrequisito pero por sí solo no es suficiente para alterar la

conducta, siendo además débil la relación entre información y motivación, en tanto que las habilidades conductuales son eficaces cuando se trata de conductas familiares y no complicadas.

2.3. Análisis de los modelos de salud actuales.

Una vez descritos estos modelos de salud, es necesario mencionar que diversos autores (Ryle, 1967; Ribes, 1990; Noar & Zimmerman, 2005; Piña, Ybarra, Alcalá & Samaniego, 2009) han encontrado ciertas deficiencias e insuficiencias, tanto en las teorías en las que están sustentados, como en los modelos mismos. Éstas se mencionan a continuación:

- 1) Los modelos resultan insuficientes para explicar la forma en la que se presentan las enfermedades, además de que a partir de sus preceptos no es posible contemplar los aspectos preventivos, que son imprescindibles en el área de la Psicología de la Salud.
- 2) Muchos de estos modelos se fundamentan en discursos mentalistas, según los cuales, las causas de la conducta son "las intenciones" o "las cogniciones", que el individuo puede o no controlar. Esta concepción, establecida como metáfora, muchas veces pierde este sentido metafórico y adquiere uno verdadero, asumiendo así la existencia de un mundo interno complejo que dirige y controla la conducta manifiesta. Es por esto que se enfatiza el hecho de que el lenguaje en el que se emplean categorías mentalistas no representa problema alguno en el marco de su uso ordinario; sin embargo, en el contexto de las ciencias resulta inadmisibile y genera problemas de tipo teórico y aplicado, derivados de premisas erróneas.
- 3) Las teorías o modelos terapéuticos que implican a lo cognitivo, asumen que la cognición puede ostentarse a través de distintos fenómenos, tales como ideas, intenciones, pensamientos, etc.; asimismo, separan estos fenómenos de lo que llaman 'conducta', la cual es considerada en términos prácticos, como las acciones manifiestas y observables del individuo. En adición, pretenden establecer una relación causal entre

ellos: la cognición causa o afecta a la conducta, o viceversa. Al entender a la cognición como algo distinto de la conducta se margina el papel del medio, así como la propia historia del individuo. Es de esta forma que no se contempla una intervención que altere los factores que hacen que la persona piense de esa manera, como tampoco se considera modificar su percepción acerca del entorno o sus experiencias.

- 4) En cuanto a las teorías que usan a la motivación como factor principal para que el paciente se adhiera al tratamiento, podemos decir que hay una confusión principal: “la motivación” deja de ser uno de los factores de disposición implicados en la interacción y se concibe como causante del comportamiento “problema”. Una forma de más coherente de concebir a la motivación es considerándola como un factor disposicional, debido a que para que la motivación se presente, se deben de dar ciertas condiciones.

Algo similar ocurre con la teoría social cognitiva, en la cual los diferentes tipos de expectativas son causantes de la motivación y la conducta. Como se puede observar, se hace confuso si éstas expectativas son causantes o son causadas por otros factores. De acuerdo con lo anterior, la lógica mecanicista explica lo psicológico como secuencias o cadenas de causalidad integradas por variables, dejando fuera de ello cualquier elemento que no cumpla con dicha lógica.

- 5) Cuando se hace una transición entre la teoría que sustenta a estos modelos y la práctica, se dificulta su aplicación a casos particulares, debido a que la teoría se basa en categorías conceptuales generales; para ello se requeriría de un tipo de teoría, que enfatice el estudio de las diferencias individuales, basada en la historia psicológica como concepto medular.
- 6) Al margen de las deficiencias teórico-conceptuales de los modelos que se han mencionado, es imprescindible señalar que éstos han abusado de los métodos de auto-reporte, tales como inventarios y encuestas.

7) Estos modelos también presentan ciertas perspectivas reduccionistas, haciendo énfasis, ya sea en factores biológicos o en factores sociales. Para evitar este reduccionismo, y tomando en cuenta que lo psicológico tiene qué ver con el comportamiento individual, se debe prestar atención a estos factores de la siguiente manera: los factores biológicos se definen como la condición misma de existencia del individuo y de las reacciones biológicas integradas a su actividad, mientras que los factores socioculturales se representan como las formas particulares que caracterizan a un individuo en su interrelación con las situaciones de su medio, con base en su historia personal.

Teniendo como base las críticas anteriores, Ribes (1990) elaboró el Modelo Psicológico de la Salud Biológica, el cual trata la dimensión psicológica de la salud considerando su vinculación con dimensiones biológicas y sociales a través del comportamiento.

De acuerdo con Piña (2008):

“Este modelo psicológico de salud biológica se ha distinguido del resto por su estructura teórica y conceptual, por evitar incurrir en errores categoriales e imprimirle coherencia y congruencia al discurso sobre lo psicológico frente a los fenómenos de la salud y la enfermedad”

Asimismo, este modelo, en el cual se basa el presente trabajo, identifica los componentes específicos del comportamiento que intervienen en el proceso de salud-enfermedad, así como los resultantes del mismo y las dimensiones no psicológicas relacionadas con la salud. Este modelo, se describe a continuación de manera más amplia.

3. EL MODELO PSICOLÓGICO DE LA SALUD BIOLÓGICA.

Al hablar de salud, existen dos formas generales para abordar la temática: ya sea a través del modelo biológico-médico o a través del sociocultural. El primero hace alusión a las condiciones y funciones del organismo, así como a los sistemas y subsistemas que lo integran, mientras que el segundo, establece una correlación entre carencia de enfermedad y condiciones prácticas de vida. De acuerdo con Ribes (1990), para su viabilidad, ambos modelos deben concretarse en un eje común: el modelo psicológico.

De acuerdo con lo anterior, el autor menciona los siguientes supuestos que fundamentan tal modelo:

- 1) La descripción psicológica de salud-enfermedad se estudia de manera individualizada y se ubica en este continuo como un eje entre los factores biológicos y los socioculturales, entre otros supuestos que más adelante se describen.
- 2) Los factores biológicos y socioculturales no se analizan de la misma forma en un modelo psicológico, como se les estudia en sus disciplinas originales.
- 3) Los factores biológicos son considerados condición de existencia del individuo presente en el modelo y de las reacciones biológicas que se presentan en la interacción misma.
- 4) Los factores socioculturales se estudian como aquellas situaciones enmarcadas en un contexto sociocultural que afectan en la interacción.

En cuanto al análisis de la dimensión psicológica, se deben de considerar las siguientes condiciones:

- a) La forma en la que modula a los factores biológicos y socioculturales, así como la manera en que media a estos mismos.
- b) Las competencias que probabilizan que el individuo interactúe con eficiencia ante diversas situaciones que puedan afectar o mejorar su estado de salud.
- c) Las maneras consistentes en las que el individuo hace contacto inicial con situaciones que puedan afectar su salud.

3.1. Descripción del modelo

Una vez expuestos los fundamentos que sustentan a este modelo, se expone en la Figura 1 la representación del mismo. Éste se encuentra dividido en dos categorías descriptivas: el proceso psicológico y sus resultantes. Estas categorías, así como los factores que las componen, se describen a continuación.

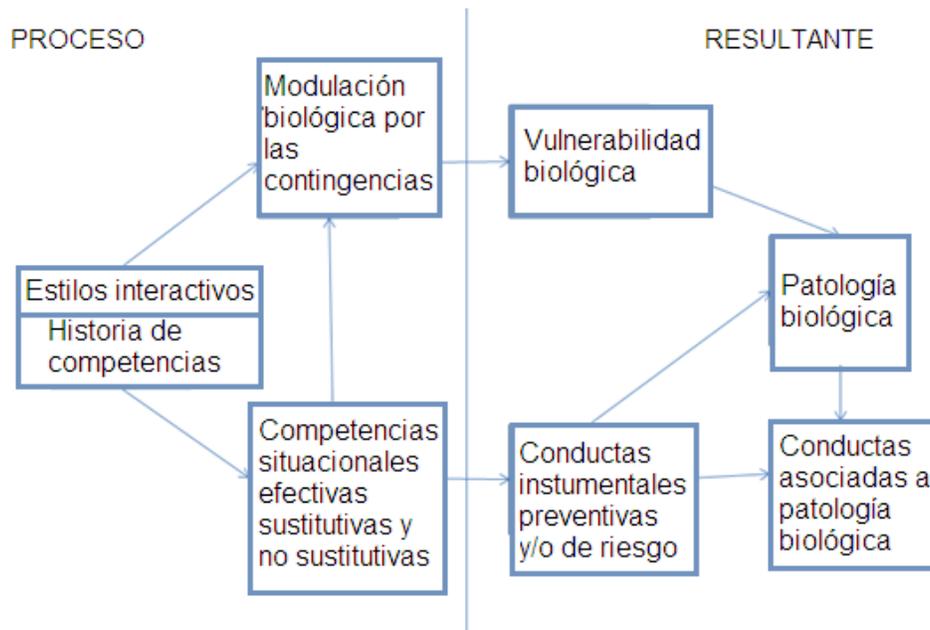


Figura 1. Modelo Psicológico de la Salud Biológica.

Fuente: Ribes, (1990).

3.1.1. Proceso.

Es aquel que se origina en la historia del individuo y vincula a factores orgánicos con acciones propias del individuo, enmarcadas en un contexto sociocultural. Los factores que comprenden a este proceso, se detallan a continuación:

La historia interactiva del individuo.

La historia interactiva del individuo hace referencia a la forma de comportarse del individuo en el pasado ante ciertas situaciones. Esta historia se presenta como una disposición del individuo para comportarse de determinada manera en una situación presente, con base en las formas de interacción previas. En este sentido, Ribes (1990) nos menciona que esta historia tan sólo probabiliza la manera en la

que se va a comportar el individuo en la situación presente, en tanto la pasada y la presente sean semejantes.

De este factor, se derivan dos categorías: los estilos interactivos y la disponibilidad de competencias funcionales. La primera, hace alusión a la manera consistente con la que un individuo se enfrenta ante una situación determinada. Este concepto se asemeja al concepto de “personalidad” que se ha manejado en las teorías tradicionales; no obstante, en esta aproximación se establece que la persona no actúa al margen del ambiente y de que los estilos interactivos son idiosincrásicos, por lo que Ribes (1990) planteó una taxonomía preliminar de 12 estilos interactivos, en los que define los arreglos contingenciales o situaciones en los que la gente desplegaría estos modos únicos de responder. .

La segunda categoría, por su parte, es de naturaleza interactiva y está relacionada con la capacidad que tiene el individuo para comportarse de determinada manera, de acuerdo con la funcionalidad adquirida en interacciones pasadas ante la presentación de ciertas contingencias que producen las consecuencias de un comportamiento; dicha capacidad implica tanto los requerimientos propios de la situación, como los efectos o consecuencias que se desprendan de la conducta misma.

Competencias funcionales presentes.

Éstas se manejan dentro de los mismos principios con los que se ha explicado la capacidad conductual y hacen referencia a disposiciones y no así ocurrencias. Las competencias funcionales presentes se componen de un conjunto de habilidades sucesivas o coetáneas, que no equivalen a habilidades, sino a una colección de ocurrencias (Ribes, 1990). Estas competencias o capacidades, al conformar un factor de tipo probabilístico, pueden facilitar que el individuo se comporte de manera efectiva en una situación que implica criterios de logro, tales como la satisfacción de una demanda, una respuesta acertada, la solución de un problema, o la producción de algún resultado; la incompetencia o falta de capacidad, por otro lado, dificulta o hace menos probable que se emitan comportamientos de logro.

Asimismo, al ser un elemento disposicional, estas competencias son susceptibles de evaluación, considerando en la historia del individuo las habilidades o conducta de logro que emite en el presente o que ha emitido, en un conjunto de situaciones convencionalmente similares. De esta forma, para identificar si un individuo se evalúa como competente o incompetente, se requiere tomar en cuenta lo siguiente: a) los requerimientos de la situación como campo de contingencias, es decir, lo que la situación demanda en términos conductuales, así como qué tipo de consecuencia ya sea en el individuo o en el ambiente se presentará como efecto del comportamiento; b) los factores que definen el contexto de la interacción y que son identificables como características propias de la situación (condiciones físicas o sociales) o como propias del organismo (condiciones biológicas); y c) la historia de competencias, es decir, las formas de respuesta del individuo de acuerdo con su experiencia particular y con base en su capacidad conductual (Ribes, 1990). Las competencias se pueden presentar en distintos niveles funcionales:

- a) Interacciones situacionales no instrumentales: en éstas, el comportamiento se encuentra regulado por las relaciones que se presentan en la situación, sin que sus acciones alteren a éstas, por lo que el individuo adquiere un papel reactivo. El autor señala que estas reacciones pueden presentarse sólo en la situación específica; fuera de ésta, la conducta puede manifestarse de otra forma. Por ejemplo, cuando la persona con diabetes se encuentra con la comida que tiene disponible en el lugar en el que se encuentra y simplemente lo come.
- b) Interacciones situacionales instrumentales: Al igual que la interacción anterior, es una forma de comportamiento funcional que se presenta únicamente en la circunstancia que se suscribe a una situación en particular. No obstante, a diferencia de las interacciones no instrumentales, el individuo se comporta diferencialmente para producir cambios sobre dicha situación y su propio comportamiento. Un ejemplo de esto en el tema de la diabetes, podría ser el caso de una señora que

tiene a su disposición alimentos favorables, como podrían ser verduras y pechuga de pollo y, no obstante, los empaniza y fríe en aceite.

- c) Interacciones extrasituacionales: en esta interacción, el individuo se comporta con base en las contingencias presentes como si se encontrara ante contingencias o acontecimientos que tienen, tuvieron o tendrán lugar en otro momento, con características y propiedades distintas a la circunstancia actual. Es importante revelar el hecho de que en estas interacciones, el individuo requiere necesariamente de un comportamiento lingüístico.

Estas interacciones se pueden manifestar de diferentes maneras, ya que la persona puede:

- 1) Reaccionar en ausencia de la situación como si estuviera en ella. Por ejemplo, cuando una persona se alimenta como solía alimentarse cuando vivía en casa de sus padres.
- 2) Reaccionar en una situación como si no estuviera en ella. Un ejemplo de esto sería cuando una persona asiste a una reunión y se alimenta como si estuviera en su casa, cuidando lo que come.
- 3) Reaccionar en una situación como si fuera distinta. Un ejemplo de esto se podría presentar cuando una persona asiste a una feria de alimentos y no consume alguno, sino que es partícipe de otras actividades que ahí se presenten.
- 4) Reaccionar en una situación con las interacciones no instrumentales de una situación. Un ejemplo de esto es, cuando a una persona le llega el olor de la comida, se le antoja y se la come.
- 5) Reaccionar en una situación con las interacciones instrumentales de una situación. Por ejemplo, cuando una persona planea realizar una comida poco saludable, la compra y la prepara aún teniendo en cuenta que no es favorable, y finalmente, la consume.
- 6) Reaccionar de manera combinada, con base en las posibilidades anteriormente expuestas.

- d) Interacciones transituacionales: Es nivel es el más complejo en cuanto a interacciones y hace alusión a la abstracción de las condiciones con las que se enfrenta el individuo. De esta manera, el individuo enfrenta la situación con base en cómo la conceptualiza, modificando así las propiedades funcionales de los eventos, las contingencias de la situación y además los criterios mismos de efectividad. Esto implica un papel determinante del comportamiento lingüístico, el cual regula y determina las propiedades y eventos funcionales para el individuo, prescindiendo de las contingencias presentes en la situación. Cabe mencionar que sería difícil que una conducta como la de comer alcanzara la complejidad de este nivel funcional.

Modulación biológica por las contingencias

Al describir el modelo, Ribes menciona que la interacción de un individuo con las contingencias del ambiente no se restringe a la dimensión psicológica únicamente. De esta manera, se considera al individuo como una totalidad, por lo que al hablarse del comportamiento, necesariamente se debe de considerar las condiciones biológicas del organismo que se comporta.

Al ser analizada de esta manera la dimensión biológica, se evitan concepciones psicósomáticas u otras tradicionales en las que se fragmenta, considerando que la conducta está desligada del cuerpo y por ende, de los factores biológicos.

En consistencia con lo anterior, Ribes considera al comportamiento como la funcionalidad adquirida a través de la reactividad biológica. De esta forma, las contingencias de la situación no afectan sólo el aspecto conductual, sino que modulan los sistemas reactivos biológicos y los estados resultantes en el organismo.

3.1.2. Resultantes.

En palabras de Ribes (1990):

“El proceso psicológico de la salud tiene un doble nivel resultante [...]: en un primer momento pueden observarse sus consecuencias en el grado de vulnerabilidad biológica del organismo a la enfermedad, y la disponibilidad y emisión de conductas instrumentales preventivas o de riesgo para la aparición de enfermedades biológicas. Estos dos factores convergen para determinar la probabilidad de que se produzca la enfermedad y de que aparezcan los comportamientos correlativos a ella. Estos dos efectos últimos constituyen la segunda etapa de los resultados del proceso psicológico de la salud” (p. 28).

Estas resultantes se ostentan, ya sea de manera psicológica o de manera biológica:

- a) De naturaleza psicológica, tenemos a las conductas instrumentales relacionadas con efectos preventivos o de riesgo, así como a las conductas asociadas a la patología biológica.
- b) De naturaleza biológica, tenemos a la vulnerabilidad biológica y a la patología biológica como tal; éstas no siempre tienen origen desde una perspectiva psicológica. En contraste con lo anterior, hay algunos casos en los que el desencadenamiento de estas resultantes se genera por variables psicológicas, una vez que se han configurados como síndromes potenciales.

Todas estas resultantes, se describen con mayor detalle a continuación.

Vulnerabilidad biológica

Es un resultante a nivel biológico derivado de la interacción de algunos componentes orgánicos que aumentan el riesgo de que, una vez presentándose los factores de riesgo o de contacto directo, se presente una patología. Ésta se puede ir generando por: a) malos hábitos, afectando estas condiciones biológicas, b) factores puramente orgánicos, tales como alteraciones congénitas y genéticas, y c) condiciones claramente mediadas por la conducta, en las que el individuo, al interactuar con ciertas contingencias, desarrolla cambios orgánicos.

Conductas instrumentales preventivas y/o de riesgo

Son aquellas acciones efectivas que ejerce el individuo para propiciar que se prevenga una enfermedad o, en su defecto, aumentar los riesgos de contacto con agentes físico-químicos y biológicos productores de alguna patología biológica. Asimismo, estos comportamientos pueden estar encaminados a reducir los impactos sintomatológicos u orgánicos, o por el contrario, también se puede aumentar el nivel de estado patológico a través de estas acciones.

Estas conductas, por ende, reflejan una relación estrecha con las competencias funcionales presentes relacionadas con la salud, mismas que son consideradas como disposicionales y que, finalmente se pueden ver reflejadas o actualizadas en la emisión de conductas instrumentales. En resumen, las conductas instrumentales pueden indicar si el individuo es o no competente.

De esta manera, encontramos dos tipos de conductas instrumentales: las de riesgo y las preventivas. Las primeras, pueden ser a su vez:

- a) Directas: son aquellas en las que el individuo mantiene un contacto con la fuente patógena, ya sea infecciosa o causante de lesiones (como cuando una persona tiene relaciones sexuales sin condón).
- b) Indirectas: en éstas, se pueden presentar dos condiciones en las que el individuo mantiene contacto no necesariamente directo con los agentes que producen la enfermedad, y no obstante, aumenta la probabilidad de desarrollar una enfermedad: 1) el individuo se expone gradualmente a agentes tóxicos (como consumir verduras que han sido regadas con aguas negras o tratadas con plaguicidas); o 2) se involucra en prácticas que gradualmente van dañando el organismo (comer grasas en exceso, fumar, o beber).

Al respecto, Ribes (1990), menciona que las conductas directas suelen ser más fáciles de entrenar, puesto que las consecuencias que se presentan a éstas, son a corto plazo.

Por otra parte, el autor menciona que existen cuatro formas de competencias disponibles que configuran conductas instrumentales preventivas eficaces, que se equiparan a tipos de saber hacer:

- a) Saber qué tiene que hacerse, en qué circunstancias tiene que hacerse, cómo decirlo y cómo reconocerlo.
- b) Saber cómo hacerlo, haberlo hecho antes, o haberlo practicado.
- c) Saber por qué se hace o cuáles son sus efectos y reconocer si se tiende o no a hacerlo
- d) Saber hacer otras cosas en dicha circunstancia, o saber hacer lo mismo de otra manera.

Estas formas de saber hacer, se encuentran relacionadas con algo más que un simple ejercicio de una forma particular de conducta; esto en contraposición a lo que se suele realizar en intervenciones de corte cognitivo, en donde se hace referencia a la simple recepción de información, usualmente incompleta, acerca de un hacer.

Por otra parte, Ribes (1990) menciona cuatro relaciones funcionales que se generan a partir de los factores del modelo y sus momentos:

- 1) Conductas instrumentales de alto riesgo y alta vulnerabilidad biológica, que derivan en el desarrollo de una condición patológica.
- 2) Conductas instrumentales de alto riesgo y baja vulnerabilidad biológica, que genera la posibilidad de condición patológica, dependiendo de la enfermedad de la que se trate.
- 3) Conductas instrumentales de bajo riesgo y alta vulnerabilidad biológica, que es algo similar a lo anterior.
- 4) Conductas instrumentales de bajo riesgo y baja vulnerabilidad biológica, derivadas en bajas probabilidades de desarrollo de condición patológica.

Una vez establecido lo anterior, se menciona que la estrategia consiste en proporcionar prácticas que posibiliten un entorno que disminuya la vulnerabilidad biológica, así como prácticas instrumentales que favorezcan la prevención de riesgo de enfermedad o, en su defecto, el desarrollo de la enfermedad ya presente. Asimismo, se debe de considerar el entrenamiento en formas de interacción, en las que las situaciones de la vida cotidiana del individuo no propicien conductas instrumentales de alto riesgo, así como una alta vulnerabilidad biológica.

Patología biológica.

Ésta se presenta generalmente cuando se conjugan dos factores: un alto grado de riesgo y un alto grado de vulnerabilidad biológica.

Conductas asociadas a patología biológica.

En consistencia con la resultante anterior, al presentarse la patología biológica, no se deben de descuidar los aspectos psicológicos propios de la interacción, a saber:

- a) factores vinculados al tratamiento y a la adherencia del mismo: hace referencia a la planeación y supervisión para el ajuste conductual del individuo a la prescripción dictaminada por el médico. La adherencia, en este sentido, constituye un factor crítico en la curación de patologías biológicas, por lo que se trata de un punto sumamente importante para el éxito del proceso terapéutico.
- b) factores de rehabilitación en enfermedades crónico-degenerativas: se procura que los ejercicios rehabilitadores prescritos, sean sistematizados y facilitados a través de métodos conductuales, haciendo énfasis en la motivación y el aprendizaje.
- c) la aparición de conductas relacionadas con la patología biológica, que posteriormente adquieren autonomía funcional: se interviene a través de técnicas conductuales para atacar tales comportamientos y de esta manera, facilitar la terapia.

3.2. El comportamiento y la prevención

Ribes (1990) plantea que la prevención se puede abordar desde diversos niveles que constituyen un papel fundamental para este objetivo: el sociocultural, el biomédico y el psicológico. No obstante, aunque todas ellas son fundamentales para este objetivo, la psicológica implica prioridad, puesto que se atiende la salud desde lo individual y sin esto, los otros niveles carecen de validez práctica. Con base en este supuesto, el autor propone una alternativa a los niveles de prevención propuestos por el enfoque biomédico:

El nivel primario de atención hace referencia a acciones estrictamente preventivas, por lo que constituyen acciones relacionadas con la vida cotidiana de los individuos antes de que aparezcan riesgos biológicos, es decir, están vinculadas al comportamiento del individuo. Este nivel implica las siguientes acciones:

- a) Promoción de hábitos de higiene personal y sanidad ambiental.
- b) Desarrollo de hábitos alimenticios que auspicien el desarrollo y la nutrición
- c) Divulgación de medidas que favorezcan la planificación familiar y la prevención de enfermedades sexuales
- d) Campañas de inmunización preventivas de enfermedades infecciosas y crónico-degenerativas
- e) Detección y curación de enfermedades infectocontagiosas de naturaleza endémica.
- f) Diagnóstico temprano de riesgo de enfermedad o de patologías incipientes para su canalización terapéutica a los dos niveles restantes de atención.
- g) El desarrollo de estilos de vida que reduzcan la propensión a condiciones aumentadas de vulnerabilidad biológica, a través del seguimiento de dietas apropiadas, el consumo controlado de productos dañinos, adquisición de conductas que reduzcan las reacciones de estrés-
- h) La promoción de conductas alternativas a aquellas que induzcan riesgos de salud tales como los deportes no competitivos, el disfrute de formas de recreación que no impliquen sustancias químicas o biológicas, así como la promoción de estilos de vida que reduzcan la toxicidad ambiental.
- i) El entrenamiento en la evitación de accidentes de la vida cotidiana
- j) Adquisición de los comportamientos que previenen muerte o lesiones del individuo mismo, o de otros cuando ocurren catástrofes.

Los niveles secundario y terciario de atención están implicados en condiciones en las que la patología ha evolucionado en distintos grados o ha

producido daños a la salud. Conductualmente, se considera la realización de ciertas medidas para que se presente lo siguiente: un comportamiento de adherencia, eliminación de comportamientos que interfieren con la eficacia de los tratamientos, el aumento de inmunocompetencia por reducción de las reacciones del estrés, así como la emisión de acciones que beneficien los procesos de rehabilitación. Cabe mencionar que estas acciones también cubren un aspecto preventivo, que incluye:

- a) La detección de patologías agudas y crónicas con distinto grado de avance
- b) Diversos tipos de cirugía mayor y menor
- c) Atención a partos
- d) Transplante de órganos
- e) Rehabilitación de pacientes con distintos tipos de impedimentos físicos
- f) Atención a pacientes terminales
- g) Tratamiento de cuadros patológicos con distinto grado de avance, que requiere de internamiento más o menos prolongado, así como de tratamientos ambulatorios.

3.3. Investigaciones interconductuales en el área de la salud.

Con base en el Modelo Psicológico de la Salud Biológica desarrollado por Ribes en 1990, se han realizado numerosos estudios e investigaciones, sobre todo relacionados con el tema del VIH/SIDA.

Un ejemplo de esto, es el realizado por Piña (2004b), quien tuvo como objetivo principal evaluar la capacidad de predicción de eventos disposicionales (conocimientos, creencias, circunstancias sociales y motivos) sobre la práctica de cuatro conductas de riesgo para la infección por VIH en una muestra de estudiantes universitarios. De tales eventos, únicamente los motivos evidenciaron su poder de predicción sobre todas las conductas de riesgo. En este estudio, se analizaron los resultados en función de la importancia que reviste la incorporación de variables de tipo motivacional en el diseño y puesta en marcha de programas de prevención del SIDA dirigidos a ese sector de la población.

De la misma manera, Díaz-González, Rodríguez, Cervantes, Villegas y Montijo (2005) realizaron una investigación en la cual se describe un instrumento que evalúa las competencias funcionales relacionadas con el VIH/sida, elaborado con base en un instrumento precedente que pretendía identificar ciertos factores críticos relacionados con el comportamiento preventivo o riesgoso de contraer el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Ambos instrumentos se desarrollaron con base en el modelo psicológico de la salud biológica y haciendo uso del análisis contingencial.

Asimismo Piña y Sánchez (2007), presentaron un modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión al tratamiento en personas con VIH, con base en el modelo psicológico de Ribes y cuyos elementos se agrupan en cuatro fases, dos psicológicas y dos biológicas. La primera incluye variables disposicionales –situaciones interactivas vinculadas con estrés, competencias funcionales y motivos– y comportamientos instrumentales de riesgo y prevención; la segunda contempla, en una primera instancia, la enfermedad por VIH y otras resultantes en diferentes patologías; la tercera, el papel que juegan dos tipos de comportamientos, los de adhesión al tratamiento y los asociados a la enfermedad; la cuarta y última, comprende los efectos potenciales que ambos comportamientos tienen sobre la modulación y vulnerabilidad biológicas, y su posterior impacto sobre el desarrollo de otras patologías relacionadas con el VIH, consideradas en la segunda fase.

No obstante toda esta investigación realizada con relación a la psicología de la salud y el SIDA, existen muy pocos estudios teniendo como temática la diabetes. En consistencia con esto, Rodríguez y García (2011), realizaron una propuesta conceptual en la que se aborda la prevención de la diabetes desde el Modelo de Salud de Ribes, describiendo los elementos a considerar en el caso de la diabetes. Estos autores proponen lineamientos generales que permiten el diseño de estrategias eficaces para lograr que los pacientes tengan las competencias que les permitan adherirse a la dieta y de esta forma, controlar su enfermedad.

Para concluir, y con base en lo descrito a lo largo de este capítulo, en el siguiente se describen los supuestos sobre los cuales está constituido el análisis contingencial. Ésta es una metodología sumamente útil para analizar e intervenir en el campo de la salud (y otros), y tiene su sustento teórico en el Modelo Psicológico de la Salud.

4. ANÁLISIS CONTINGENCIAL Y ESTUDIOS DE CASO.

4.1. Definición.

En el modelo de salud anteriormente descrito, se hace evidente una congruencia entre la teoría y el campo aplicado, a través de un modelo de interfase que hace posible esta transición.

De la misma manera, se desarrollan metodologías congruentes que pueden aplicarse de manera directa a las personas con las cuales el psicólogo trabaja. Ribes y López (1985) realizaron una taxonomía funcional que se sustenta en premisas lógicas, epistemológicas y metodológicas, así como en categorías analíticas que permiten el surgimiento de una metodología de análisis del comportamiento humano individual en su ambiente natural. Este sistema tecnológico se denomina Análisis Contingencial y se compone de categorías propias que permiten un análisis y transformación de la conducta humana en el campo aplicado (Rodríguez, 2011).

El análisis contingencial nos permite analizar el comportamiento dando cuenta de la forma en la que el individuo interactúa con su ambiente e identificando cuáles son los factores que conforman esta interacción, y de esta forma, poder describir el papel funcional que juega cada uno de ellos. En consistencia con esto, el Análisis Contingencial está constituido por cuatro dimensiones: a) microcontingencial, que hace referencia a al conjunto de relaciones que se establecen en una interacción delimitada situacionalmente, b) macrocontingencial, el cual alude al contexto normativo en que se da la interacción, c) disposicionales: son las “colecciones de ocurrencias” (Ryle, 1967) que probabilizan o interfieren la emisión de algún comportamiento y, d) personas: hace referencia a las personas significativas que forman parte de la interacción y a su papel funcional en la misma.

Por otra parte, podemos decir que esta metodología es susceptible de uso en cualquier área en la que se encuentre presente el comportamiento humano, incluyendo el campo de la salud, pues sus conceptos y categorías permiten dar cuenta de los factores psicológicos involucrados en el proceso de salud-enfermedad (Ribes, Díaz-González, Rodríguez y Landa, 1986). Por otra parte,

esta metodología permite no sólo lo anterior, sino que es posible analizar el comportamiento con el fin de modificarlo.

4.2. Componentes Generales del Análisis Contingencial.

Las categorías más relevantes de esta metodología, para el propósito que nos ocupa, son las comprendidas bajo el subsistema microcontingencial; no obstante, a continuación se hace la descripción de los cinco pasos a través de los cuales se realiza este análisis, incluyendo la evaluación del sistema macrocontingencial.

4.2.1. Identificación de las relaciones microcontingenciales valoradas como problema.

En esta categoría, se analizan de manera funcional aquellos factores que constituyen una interacción delimitada por situaciones específicas e implica la red de relaciones que establece un individuo con su medio. Se compone de cuatro subcategorías que permiten el análisis de los distintos factores psicológicos implicados en la situación específica:

- 1) Morfologías de conducta: Las morfologías de conducta se refieren a lo que el individuo hace o dice para relacionarse con otros y con su ambiente en una situación determinada.
- 2) Situaciones: Hacen referencia al conjunto de características físicas y sociales del individuo y de su ambiente, y engloba al contexto en el que ocurre una relación. Son de tipo disposicional, lo cual implica que su papel es probabilístico, haciendo más probable o menos probable que una relación ocurra, es decir, pueden facilitar o entorpecer una interacción. Dentro de esta categoría se evalúan los siguientes factores:
 - a) Circunstancias sociales: bajo este rubro se identifican las circunstancias sociales en las que se presenta la situación. Éstas pueden ser: familiar, noviazgo, amistad, laboral o de recreación, entre otras. Un ejemplo de esto, es cuando una persona suele comer insalubrementemente cuando se encuentra con su pareja.
 - b) Lugar o lugares: son aquellos ambientes físicos en los que se presentan las interacciones que se analizan. Un ejemplo que ilustra

lo anterior, es que la conducta de comer de manera insalubre de un paciente diabético es más probable que se emita cuando visita mercados.

c) Objetos o acontecimientos físicos. Al igual que los otros elementos que componen esta subcategoría, estos desempeñan funciones disposicionales en alguna interacción concreta, por ejemplo: ante climas fríos o lluviosos, una persona incrementa la probabilidad de consumir atole.

d) Conductas socialmente esperadas. Al ser el comportamiento socialmente valorado, en este rubro se identifican las conductas que se esperan en una situación determinada. Un ejemplo de esto, es cuando se espera que una persona enferma se adhiera a su tratamiento: que consuma las medicinas que el médico le indicó, asista regularmente a sus citas médicas y tenga unos hábitos alimenticios adecuados

e) Competencias e incompetencias para llevar a cabo lo socialmente esperado. Las competencias que un individuo ha ido adquiriendo a lo largo de su historia tienen una función disposicional en el presente, y al contrario, si la persona muestra incompetencias en una interacción, puede fallar en los criterios que se requieren en ésta. Por ejemplo, una persona no sabe qué alimentos elegir para tener una alimentación balanceada y esto hace más probable que coma de forma poco saludable.

f) Inclinationes y propensiones. Las inclinaciones, hacen referencia a los gustos y preferencias que pueden facilitar o interferir con ciertas relaciones; por ejemplo, si a una persona le gusta comer alimentos grasos y salados, éste puede ser un factor que interfiere con llevar una dieta saludable. Las propensiones, por otro lado, también tienen un papel probabilístico para que se emita o no una conducta; éstas incluyen estados temporales de corta duración, tales como: estados de ánimo (tristeza, felicidad, enamoramiento, etc.), conmociones

emocionales (furia, euforia, ira, miedo, etc.) y condiciones biológicas (como dolor de cabeza, intoxicación por drogas o alcohol, enfermedades diversas, etc.). Un ejemplo de lo anterior sería cuando un individuo que consume marihuana, tiende a comer alimentos ricos en azúcares y grasas cuando se encuentra drogado, ya que ésta estimula el apetito (Franchi, 2005).

g) Tendencias. Éstas se analizan con base en las experiencias pasadas del individuo e incluyen: costumbres, hábitos y formas de conducta vinculados a efectos específicos, y que por ello, fungen como disposicionales. Un ejemplo de lo anterior sería cuando una persona suele cocinar con mucha grasa y sal.

3) Personas. Esta subcategoría permite analizar las diversas funciones que desempeñan los comportamientos de las personas significativas que participan en la interacción de estudio. En este rubro, la unidad de análisis es la de individuo mediador-individuo mediado y no son de tipo disposicional, mientras que el resto (auspiciador, regulador de propensiones y regulador de tendencias) lo son:

a) Mediador: Es el comportamiento que tiene como función estructurar las contingencias en una situación determinada y, de esta manera, la persona que lo emite dirige o determina el tipo de relación que se da en la microcontingencia. Un ejemplo de esto, que la pareja del diabético se moleste si éste no come los mismos alimentos y en la misma cantidad.

b) Mediado: es cuando el comportamiento de un individuo se adscribe a las contingencias impuestas por el comportamiento otro. Complementando el ejemplo anterior, sería que el diabético consuma los alimentos para evitar que su pareja se moleste.

c) Auspiciador: es el comportamiento de una persona que posibilita que se presente alguna interacción, aunque que no forme parte de ésta. Un ejemplo de esto, es un nutriólogo que se presenta

en televisión, enfatizando las ventajas de comer de manera saludable y balanceada.

d) Regulador de propensiones e inclinaciones: hace referencia al comportamiento de las personas que modulan gustos, preferencias, estados de ánimo o conmociones emocionales, y que, por tanto hacen más probable cierta interacción. Por ejemplo, la persona diabética que no ha visto en mucho tiempo a su hija, y ésta, para celebrar, le cocina su comida preferida.

e) Regulador de tendencias: es el comportamiento de aquella persona que regula hábitos, costumbres o actitudes interactivas, ya sea por su función histórica o por su capacidad. Un ejemplo de esto es cuando las madres les enseñan a cocinar a sus hijos con exceso de sal, grasa o carne; de esta manera, la persona diabética tiene la costumbre de cocinar, y por ende, de comer así.

4) Efectos. Esta subcategoría hace alusión al hecho de que el comportamiento puede ser de tres tipos: a) efectivo, cuando el comportamiento del individuo afecta el comportamiento de otros, b) afectivo, cuando este comportamiento afecta el comportamiento del mismo individuo, y c) inefectivo, cuando el comportamiento no afecta a la conducta de otros. Con base en lo anterior, se estudia lo siguiente:

- Efectos sobre la conducta de otros: ejemplifica esto el hecho de que la familia tenga que cuidar al enfermo de diabetes, debido a las complicaciones derivadas de la enfermedad. Esto podría ocasionar que las actividades de cada miembro sean modificadas.

- Efectos sobre uno mismo: un ejemplo es el hecho de que las personas se encuentren constantemente vigilando qué es lo que el enfermo come, posibilitando que éste se considere incompetente para realizar actividades tan básicas como el comer,

- Sin efectos: Aún no se presentan complicaciones relacionadas con la enfermedad, por lo que no se presentan efectos.

4.2.2. Evaluación del Sistema Macrocontingencial.

El análisis microcontingencial se complementa con el sistema macrocontingencial, que es el análisis del contexto valorativo de la interacción. En otras palabras, es el estudio de la dimensión moral de la interacción que se estudia, partiendo del hecho de que la conducta se valora con base en el contexto cultural en el que ocurre, según la época, la cultura, las condiciones socioeconómicas y el medio geográfico.

La moral es una dimensión de la conducta humana en la que se refleja la ideología social. Un análisis psicológico de la moralidad se concreta en las prácticas de los individuos, específicamente en lo que hace y cree una persona en relación con lo que hacen y creen las personas significativas en su medio social.

En concordancia con lo anterior, los valores morales (como acciones y creencias) son formas de comportamiento que se explicitan como un “deber ser” en una relación. Estas relaciones regulan las acciones y creencias del individuo, quien se comporta desligándose del tiempo y espacio, respondiendo así a contingencias no presentes en la situación actual, es decir, a microcontingencias ejemplares. Con base en esto, el análisis macrocontingencial consiste en analizar correspondencias entre acciones y creencias de una persona y de otros, en dos tipos de microcontingencias:

Microcontingencias ejemplares: son aquellas en las que, alguna persona o personas de manera explícita imponen o impusieron formas de comportamiento como ‘deber ser’ en ciertas relaciones.

Microcontingencias situacionales: son aquellas interacciones presentes reguladas por microcontingencias ejemplares y en donde los criterios de valoración son tácitos.

Tomando en cuenta los elementos anteriores, el análisis macrocontingencial se realiza a través del estudio de correspondencias entre ambas microcontingencias, las cuales presentan dos dimensiones: la relación efectiva, que alude a las prácticas del individuo en cuestión del hacer, y la conducta sustitutiva, la cual hace referencia a las creencias. Esta adecuación entre el hacer y el creer se analiza a través de distintos niveles de

correspondencia: a) intrasujeto, en la que se estudia la correspondencia entre lo que hace y cree el individuo que participa en la interacción de estudio, y b) intersujeto o entre sujetos, en la cual se analiza la existencia de correspondencias entre las prácticas y las creencias de los individuos significativos, las correspondencias entre las prácticas y creencias del individuo en cuestión y las propias de las personas significativas en la interacción.

4.2.3. Valoración del génesis del problema.

Otro paso para la realización del análisis contingencial es el estudio de la historia interconductual del individuo, esto es, el cómo las experiencias pasadas juegan un papel disposicional importante en la interacción que se estudia, porque éstas pueden probabilizar la emisión o no emisión de ciertas conductas en el presente.

El génesis del problema se contempla en su análisis los siguientes aspectos que nos permiten entender la historia de la interacción que se estudia:

1. Historia de la microcontingencia

- a. Circunstancia en la que se inició la conducta: hace alusión a las circunstancias históricas específicas que delimitan la microcontingencia que se analizó.
- b. Situación en que se inició la microcontingencia actual: considera la situación en la cual se originó la interacción.
- c. Historia mediadora de la conducta: nos permite evaluar si el individuo dispone de conductas en el presente han fungido como mediadoras en el pasado.
- d. Funciones disposicionales en el pasado de las personas significativas en la microcontingencia presente: nos permite identificar si las personas significativas en la interacción han regulado en otras circunstancias aspectos tales como estados de ánimo, conmociones, tendencias, etc.

2. Estrategias de interacción

- a. Los tipos de situaciones o arreglos contingenciales enfrentados por el usuario.

- b. El modo consistente en el que el usuario enfrenta dichas situaciones.

3. Evaluación de competencias

Cuando el análisis contingencial se utiliza con el propósito de cambiar comportamientos que se valoran como problemáticos, se identifican también los puntos que se describen a continuación:

- a. Ejercicio no problemático de la conducta problema: nos permite identificar los siguientes aspectos:
 - i. Situaciones en donde la conducta problema no se valora como tal, según la circunstancia social y el lugar.
 - ii. Personas involucradas en estas situaciones.
 - iii. Otras morfologías de conducta del usuario en dichas situaciones.
- b. Funcionalidad de las conductas en dichos contextos:
 - i. La función mediadora de la interacción en otros contextos.
 - ii. Posible funcionalidad disposicional de la conducta problema.
 - iii. Efectividad de la conducta problema en otros contextos.
- c. Disponibilidad de respuestas no problemáticas potencialmente funcionales en la microcontingencia presente:
 - i. Relaciones microcontingenciales no problemáticas.
 - ii. Morfologías de conducta adecuadas cuando se presentan microcontingencias similares a la que se estudia.
 - iii. Morfologías del usuario en situaciones no problemáticas en las que participan las personas significativas de la microcontingencia problema.

4.2.4. Análisis de soluciones

Una vez que se ha hecho uso del análisis contingencial como metodología para alterar comportamientos valorados como problema, se procede a buscar las posibles soluciones y la intervención que éstas conllevan.

Se debe de tomar en cuenta que este paso se lleva a cabo al margen de los criterios institucionales y a través de la desprofesionalización, pues el psicólogo y el usuario en conjunto, plantean diversas soluciones posibles con base en el análisis de un conjunto de criterios, tales como: la viabilidad de la solución planteada, la motivación del usuario para el cambio, los recursos requeridos y con los que se dispone, el costo emocional y los efectos a corto, mediano y largo plazo.

Con base en los análisis micro y macrocontingencial, así como en el análisis de soluciones, se determina, entonces, la dirección del cambio, utilizando la Tabla 1.

Tabla 1. Tabla de Análisis de Soluciones.

	Cambio Macrocontingencial	Mantenimiento Macrocontingencial
Mantenimiento microcontingencial		
Cambiar conducta de otros		
Cambiar conducta propia		
Opción por nuevas microcontingencias.		
Otras opciones funcionales de la misma conducta		

En esta representación, el eje horizontal está ocupado por la dimensión macrocontingencial. En ésta, existen dos opciones de solución; mantenimiento o cambio. Por lo que, cuando se ha determinado que la interacción problema es de naturaleza microcontingencial, se mantiene la macrocontingencia sin cambios; por el contrario, cuando el problema es de naturaleza macrocontingencial, se puede

alterar incidiendo en esa dimensión y manteniendo la microcontingencia tal y como está. Es importante mencionar que existen interacciones que implican ambas dimensiones, por lo que se tendrá que optar por lo más pertinente según sea el caso.

Con respecto al eje vertical, perteneciente a la dimensión microcontingencial, se tienen cuatro opciones de solución que a continuación se describen:

- a) Cambiar la conducta de otros en la misma microcontingencia: Se busca el cambio del comportamiento de otras personas que participan en la relación, siendo éste el objetivo principal de la intervención, lo cual no excluye otros cambios.
- b) Cambiar la conducta propia en la misma microcontingencia: consiste en alterar la conducta del usuario en términos de su función (mediadora, mediada, etc.), para que adquiera competencias, y de esta forma, medie, precise o regule sus efectos.
- c) Opción por nuevas microcontingencias: consiste en que el usuario abandone las microcontingencias actuales y se involucre en otras.
- d) Promover otras opciones funcionales de la misma conducta en la microcontingencia: consiste en modificar la microcontingencia aprovechando los recursos con los que cuenta el usuario.

4.2.5. Selección, diseño, aplicación y evaluación de las estrategias de intervención.

En concordancia con la teoría de donde proviene, el análisis contingencial parte del hecho de que los procedimientos y técnicas deben ser usadas de acuerdo con de manera individualizada.

De esta manera, Díaz-González, Landa, Rodríguez, Ribes, y Sánchez (1989) proponen el diseño y selección de intervención con base en: a) los criterios de solución partiendo del hecho de si la problemática es de naturaleza microcontingencial o macrocontingencial, y b) las dimensiones que deben ser

modificadas en estos sistemas. Asimismo, proponen la selección y evaluación de las técnicas que se van a usar, con respecto a los siguientes criterios funcionales:

a) La naturaleza de la interacción terapéutica: este aspecto contempla las características de la interacción que se estudia, así como a las características específicas de la conducta a las que se dirige la técnica. A continuación, se describen cinco categorías que dan cuenta de la naturaleza funcional de la interacción a cambiar:

- a. Oportunidad: alude al acto de discriminar las circunstancias y lugares en las que se debe emitir una conducta.
- b. Precisión: implica el hecho de que el individuo sabe efectuar determinada conducta pero no lo hace de manera precisa.
- c. Tendencia: involucra la alta probabilidad de emisión de cierta conducta que es valorada como problemática.
- d. Relación de efecto: comprende la alta probabilidad de que determinada conducta involucre ciertas consecuencias.
- e. Adquisición: involucra la emisión de alguna conducta para que ésta adquiera una nueva funcionalidad.

b) El tipo de procedimiento en términos de sus efectos.

- a. Procedimientos para alterar disposiciones. Son aquellos cuya función es alterar factores disposicionales tales como: las propiedades de objetos y acontecimientos físicos, desplazar competencias disponibles, inclinaciones y tendencias.
- b. Procedimientos para alterar la conducta de otros. Implican la modificación de la función (mediada, mediadora, reguladora, etc.) de la conducta de otras personas.
- c. Procedimientos para alterar la propia conducta: involucran a la transformación de la conducta propia para modificar función, crear o alterar competencias y establecer conductas que cambien los efectos de los factores disposicionales.
- d. Procedimientos para alterar prácticas macrocontingenciales: aluden a procedimientos que hagan posible la modificación de las

prácticas valorativas propias, de otros o el ajuste de las propias a las de otros.

- c) Las funciones del terapeuta. Este aspecto hace referencia al papel funcional que puede adquirir el comportamiento del psicólogo, de acuerdo con en los distintos momentos de la relación terapéutica:
- a. Auspiciar: en ésta, el psicólogo crea las condiciones para que una interacción específica se dé, sin formar parte de ella.
 - b. Informar: consiste en referir las circunstancias, factores y efectos que se relacionan con la interacción objetivo.
 - c. Regular: implica modular los momentos y las morfologías propias de una conducta específica.
 - d. Instigar: involucra persuadir al usuario para comportarse de una manera específica.
 - e. Entrenar: consiste en establecer conductas deseables a emitir.
 - f. Instruir: incluye el tipo de conducta compatible con determinada interacción.
 - g. Participar: formar parte de una interacción

Para evaluar el impacto funcional de los procedimientos de intervención, se emplea la Guía de evaluación de cambios (ver Tabla 2). Ésta consiste en una clasificación funcional de cambios que se observan a través de las sesiones, sean éstos debido a la intervención o no.

En el eje vertical de esta matriz, se indica el momento en el que se presenta algún cambio, es decir: durante la identificación del problema, durante el análisis de soluciones o en la fase de intervención. En el eje horizontal se indica el procedimiento que se empleó para generar determinado cambio, así como la naturaleza del mismo.

Finalmente, se proponen 17 categorías para indican el tipo de cambio que se puede presentar (Díaz-González, Landa, Rodríguez & Sánchez, 1989):

- a) Alteración de disposiciones: consiste en la modificación de factores disposicionales que dan contexto a la conducta problema.
 - a. Propiedades de objetos y acontecimientos físicos.

- b. Desplazamiento de competencias
 - c. Inclinaciones
 - d. Tendencias
 - e. Conducta propia con efectos disposicionales sobre sí mismo.
 - f. Estrategias de interacción
- b) Alteración de la conducta de otros: alude a la modificación de las funciones de las personas significativas en una interacción.
- a. Conducta de auspiciadores
 - b. Conducta de reguladores de propensiones e inclinaciones
 - c. Conducta de reguladores de tendencias
 - d. Conducta de mediadores
- c) Alteración de la propia conducta: abarca las posibilidades de cambio funcional de la conducta del individuo.
- a. Efectos sobre sí mismo de la conducta propia
 - b. Conducta mediadora propia
 - c. Desarrollo de competencias
 - d. Establecimiento de conductas que alteran efectos de otras conductas propias
- d) Alteración de prácticas macrocontingenciales: implica las posibilidades de cambio en las prácticas valorativas.
- a. Conducta propia que altera prácticas valorativas de otros.
 - b. Conducta propia para ajustarse a las prácticas valorativas de otros.
 - c. Conducta de otro que cambia prácticas valorativas propias y/o de otros.
- e) Sin cambio: hace referencia a que el individuo no manifiesta cambio alguno

Tabla 2. *Guía de Evaluación de Cambios (G.E.C).*

	Procedimiento empleado	Tipo de cambio observado
I. Definición del problema		
II. Análisis de soluciones		
III. Procedimientos de cambio		
IV. Seguimiento		

4.3. Aplicaciones del análisis contingencial.

Como ya se mencionó anteriormente, el análisis contingencial es una metodología con la cual se hace posible la selección y el diseño de intervenciones que posibiliten la solución de una interacción problema. De esta manera, se han publicado diversos artículos que enfatizan las ventajas del uso del análisis contingencial como metodología para modificar el comportamiento. Uno de ellos es el realizado por Díaz-González, Rodríguez, Robles, Moreno y Frías (2003), en el cual mencionan que el modelo psicológico de la salud biológica propuesto por Ribes (1990) permite identificar los factores psicológicos que intervienen en el proceso psicológico que lleva a la salud-enfermedad, y el análisis contingencial, como sistema, analizar y alterar los factores pertinentes. En este trabajo se abordó la prevención del VIH/sida a partir de lo anterior, describiendo así los lineamientos generales que permiten la construcción de instrumentos orientados hacia la evaluación de la capacidad de los individuos para comportarse preventivamente en situaciones de riesgo relacionadas con la transmisión del VIH/sida. Finalmente se nos menciona que para sus objetivos de investigación, la dimensión microcontingencial fue la más relevante, pues al analizarse la conducta sexual de un individuo específico y sus comportamientos de riesgo, se deben identificar sus diversas prácticas sexuales en cuanto a sus morfologías: si toma o no la iniciativa para un contacto sexual, si se relaciona sexualmente con una sola pareja o con varias, si investiga o no la historia sexual de su pareja, si rechaza o acepta una oferta sexual, si propone o no el uso de medidas preventivas o si emplea condón

sistemáticamente, etc. Asimismo, se menciona que las subcategorías de esta dimensión permiten entender los factores que influyen para que se presenten prácticas de riesgo.

En otro trabajo en el cual se considera la aplicación del análisis contingencial en el área de la psicología de la salud, Moreno et al. (2008) realizaron un estudio que tuvo por objetivo el determinar las posibles relaciones entre las diferentes dimensiones de la primera relación sexual, los factores disposicionales y la mediación para el uso del condón en estudiantes sexualmente activos, de 16 años en promedio. Para lo anterior, se hizo uso del análisis contingencial, ya que a partir de sus categorías permite valorar los factores disposicionales y mediacionales, y su relación con los comportamientos preventivos o de riesgo. En este estudio se tomaron en cuenta las variables de: características del debut sexual, consistencia del uso del condón y factores disposicionales. Se encontró que el lugar en el que ocurre la primera relación sexual, así como que el hecho de que la pareja proponga el uso del condón, son los mejores predictores de su uso consistente. Asimismo, se encontró que los encuentros posteriores al debut sexual se vieron facilitados o entorpecidos por variables tales como el papel facilitador o inhibidor de los factores disposicionales, así como el papel funcional de las personas que participan en la interacción. Los factores disposicionales que más se encuentran estrechamente relacionados con la conducta de no usar el condón, por una parte, fueron: los estados emocionales, la circunstancia social, el haber bebido. Las personas, por otra parte, hacen referencia a la conducta de la pareja de pedir el uso del condón. Este estudio enfatiza el uso del análisis contingencial, pues permitió evaluar el papel predictivo de diversos factores que tradicionalmente se habían analizado de manera aislada en la literatura.

Por otra parte y con relación a las aplicaciones del análisis contingencial en el campo clínico, Rodríguez (2010) presentó un caso clínico cuya problemática fue identificada como problemas en las relaciones de pareja. Este caso se abordó usando al análisis contingencial, permitiendo así analizar funcionalmente las diversas relaciones implicadas con la problemática, así como seleccionar los

procedimientos más pertinentes para la intervención. La intervención estuvo caracterizada por el uso de procedimientos no estandarizados. Además, se menciona que fue durante la fase de análisis de soluciones donde se alcanzó la mayor parte de los objetivos establecidos. Finalmente, la autora comenta que el uso de esta metodología permitió detectar cambios desde el inicio del proceso terapéutico, así como conocer el papel funcional del terapeuta en tanto a los efectos a lo largo del proceso. Además, se resalta la importancia del papel activo tanto del terapeuta como del usuario en la desprofesionalización.

Otro trabajo realizado por Rodríguez (2003) estuvo relacionado con la violencia intrafamiliar y fue abordado desde el análisis contingencial. De acuerdo con las distintas fases de esta metodología, se realizó una evaluación, una intervención y un seguimiento de tres años, alcanzando los objetivos establecidos. La autora concluye que este sistema es útil para la sistematización de estudios de caso, pues éste permite a una visión integral de cada caso, que va desde el análisis de la interacción problema hasta la evaluación de resultados de la intervención, permitiendo un análisis multifactorial cualitativo. Asimismo, menciona que es posible abordar cualquier problemática psicológica a través de este análisis, pues se caracteriza por ser genérico y, por otro lado, sintético porque respeta la singularidad del caso.

4.4. Estudios de caso.

Actualmente, a partir de la aceptación y uso de las distintas herramientas de la metodología cualitativa (George y Benett, 2005; Kaplan, 1964; Merton, 1967), se ha considerado al estudio de caso como una herramienta de investigación científica. Esto, debido a que preguntas de tipo "cómo" y "por qué" son más explicativas y llevan fácilmente al estudio de casos los casos no deben tomarse para evaluar la incidencia de un fenómeno.

El valor de los estudios de caso reside por una parte, en que no sólo pueden estudiar un fenómeno, sino también su contexto (Yacuzzi, 2005). Por otra parte, permiten registrar y medir la conducta de las personas involucradas en el

fenómeno estudiado. Además, de la obtención de datos de corte cualitativo y cuantitativo (Martínez, 2006).

El método de estudio de caso es apropiado para temas que se consideran relevantes, pues, según Martínez (2006), la investigación empírica tiene los siguientes rasgos distintivos:

- Examina o indaga sobre un fenómeno contemporáneo en su entorno real.
- Las fronteras entre el fenómeno y su contexto no son claramente evidentes.
- Se utilizan múltiples fuentes de datos.
- Puede estudiarse tanto un caso único, como múltiples casos.

Relacionado con lo anterior, Eisenhardt (1989) concibió un estudio de caso como una estrategia de investigación dirigida a comprender las dinámicas presentes en contextos singulares, la cual podría tratarse del estudio de un único caso o de varios casos, combinando distintos métodos para la recogida de evidencia cualitativa y/o cuantitativa con el fin de describir, verificar o generar teoría.

En este sentido, Chetty (1996) enfatiza los pros del uso del estudio de casos como metodología de investigación:

- Es adecuada para investigar fenómenos en los que se busca dar respuesta de cómo y por qué ocurren.
- Permite estudiar un tema determinado.
- Es ideal para el estudio de temas de investigación en los que las teorías existentes son inadecuadas.
- Permite estudiar los fenómenos desde múltiples perspectivas.
- Permite explorar en forma más profunda y obtener un conocimiento más amplio sobre cada fenómeno, lo cual permite la investigación de nuevas correlaciones.

Por otra parte, las principales desventajas de los estudios de caso como metodología son los siguientes, de acuerdo con Solano (2005):

- Los resultados no pueden ser susceptibles de generalización, a menos que existan las suficientes evidencias empíricas y un uso ordenado y adecuado del método.
- Debido a sus características, esta metodología resulta exigente de tiempo y dinero, ya que el caso constituye en sí mismo una investigación formal.

No obstante lo enunciado como desventaja, las premisas que rigen los estudios de caso resultan compatibles con el análisis contingencial, que es una metodología útil para valorar y transformar el comportamiento individual en su contexto. De esta manera, se vislumbra la posibilidad de indagar aspectos del comportamiento individual que se muestran relevantes para la comprensión de diversos fenómenos. En vez de ilustrar cifras, el estudio de caso al igual que el análisis contingencial, ilustra las particularidades de un fenómeno, lo cual resulta de importante utilidad en el campo de las investigaciones tecnológicas o aplicadas.

5. REPORTE DEL ESTUDIO DE CASO A TRAVÉS DEL ANÁLISIS CONTINGENCIAL

Existen diversos estudios que enfatizan el uso del análisis de caso como una metodología de investigación, debido a que a través de un conocimiento íntimo de casos concretos en determinada área de investigación, se posibilita una comprensión dependiente del contexto y otros factores que están en el núcleo mismo de la problemática que se estudia (Flyvbjerg, 2004).

De acuerdo con Rodríguez y Díaz-González (1999), para los investigadores que hacen uso de esta metodología, la proximidad del estudio de caso con las situaciones de la vida real y su gran riqueza de detalles son importantes en dos aspectos. Primero, es relevante para el desarrollo de una visión matizada de la realidad, incluida la visión de que la conducta humana no se puede entender simplemente como actos regidos por unas reglas. Segundo, los casos son importantes debido a que con base en ellos, se posibilita el desarrollo de las técnicas necesarias para hacer buenas intervenciones.

En concordancia con esto y con relación al problema de la adherencia a la dieta en pacientes diabéticos y su dimensión psicológica, en el presente trabajo se hizo uso del análisis contingencial, el cual es, como se explicó anteriormente, una metodología derivada del modelo interconductual y sirve para el análisis y el cambio del comportamiento individual.

A continuación, se presenta el análisis contingencial que se realizó acerca la conducta de comer de manera poco saludable de una paciente diabética. Asimismo, es necesario destacar que el análisis de caso se centra en el comportamiento específico de adherencia.

Mujer casada con 51 años de edad, ama de casa. Su núcleo familiar está conformado por su esposo e hijos. Su escolaridad es secundaria.

Queja principal: Presenta problemas para adherirse a su dieta y esto le genera consecuencias directas a la salud, pues cuenta con 5 años diagnosticada como hipertensa y un mes antes de presentarse al taller, le diagnosticaron diabetes.

Remisión: Institución que remite: DIF Real de Tultepec.

Intentos previos de solución del problema:

Antes de ser diagnosticada, intentó realizar diversas dietas en las que únicamente controlaba las porciones de cereales y grasas, de acuerdo con su propio criterio. Nunca asistió con algún nutriólogo o profesional que la orientara en este aspecto. Además, refiere que era común que a la semana de empezar la dieta, la terminara abandonando por la tentación de comer algún postre o comida grasosa.

Valoración del problema por parte del usuario y por parte de otros:

La señora considera que esto es un problema debido a que, al no adherirse a la dieta, presenta problemas de mala circulación, visión borrosa y otros síntomas relacionados con la diabetes.

5.1. Presentación del caso

La información que a continuación se presenta, se obtuvo a través de diversas entrevistas realizadas los días 6 y 13 de Mayo del año 2013.

La señora “M” asistió a los talleres acompañada de su esposo, y ahí mismo fue seleccionada para la atención individualizada. La señora comenta que en un inicio, entraron para saber qué otras cosas podrían comer, pues el médico que la atendió y la diagnosticó no la pudo instruir al respecto.

Ella menciona que un mes antes de asistir al taller le diagnosticaron diabetes, además de que lleva 5 años padeciendo de hipertensión, para lo cual se medica con Lozartan. Asimismo, mencionó que su padre fue hace un año diagnosticado con diabetes y que es el único familiar directo que presenta el mismo padecimiento que ella.

Nunca logró seguir una dieta más allá de una semana, pues le ofrecían alimentos ricos en grasa o en azúcar y ella aceptaba, no sin antes tratar de no hacerlo. La manera en la que comía antes de ser diagnosticada, era sin control de porciones ni de tipo de alimento. Sus hijos, para consentirla, le compraban sus postres favoritos o la llevaban a comer a distintos lugares. Asimismo, menciona que podía saltarse horarios de comida, aunque por lo general, sí realizaba las tres principales.

Cuando fue diagnosticada, asistió al DIF de Tultepec, pues presentaba síntomas tales como adormecimiento en pies, visión borrosa y náuseas. Al tomarle la presión, la cual se presentó en un nivel alto, le pidieron medirse también la glucosa. En esa ocasión, el resultado fue de 280, por lo que le pidieron que se hiciera la prueba de Hemoglobina Glicosilada. Los resultados mostraron una constancia en los niveles elevados de azúcar, llegando hasta 380 en un día. Ella menciona que se sintió muy triste y que creyó que se iba a morir. Asimismo, manifestó haberse sentido extrañada por el diagnóstico, pues no recordaba haber vivido un susto lo suficientemente fuerte que le produjera diabetes.

Su familia, por su parte, le proporcionó todo el apoyo necesario, cambiando la alimentación radicalmente, evitando la sal y la grasa. Todos trataron de ponerse a dieta, comiendo únicamente nopales y pechuga, por lo que se hartaron de esta situación y continuaron con su alimentación como antes.

Con respecto a su dieta, la usuaria señala que tiene una vida sedentaria, pues no realiza ejercicio y toma refresco o agua azucarada, en vez de agua simple. Además, aunque trata de disminuir las porciones de grasas y sal, aún no sabe cuál es la manera ideal de alimentarse, por lo que mantiene sus hábitos alimenticios: muchos cereales y proteínas, sin un control de horarios y con posibilidad de saltarse las comidas.

En este sentido, menciona tener dificultades para negarse a sus alimentos preferidos, pechugas empanizadas o pastel, pues son su "debilidad" y si se los ofrecen en alguna reunión, acepta y los consume sin siquiera pensarlo. Por el contrario, comenta que no se le dificulta seguir la dieta cuando algún integrante de su familia, en especial su esposo, se encuentra presente, pues siempre vigilan que cumpla con su régimen alimenticio.

Por otra parte, menciona que cuando se encuentra sola en casa es muy probable que rompa la dieta, pues se siente vacía, triste y ansiosa, por lo que come sin poner mucha atención a los alimentos que consume.

La usuaria también menciona que es más propensa a romper la dieta cuando predomina un clima frío o lluvioso, pues se le antojan bebidas calientes tales como chocolates o atoles, así como churros o tortas de tamal.

Cuando rompe la dieta, su esposo e hijos la regañan y la apoyan vigilándola en las reuniones familiares y le compran dulces para diabéticos o fructosa. Ella, por su parte, cree que carece de fuerza de voluntad y se pone triste.

Con relación a lo anteriormente mencionado, la señora “M” se siente capaz de lograr su adherencia a la dieta, pues cuenta con el apoyo de su familia y conocidos, además de que le teme a las complicaciones de la diabetes; sin embargo, mantiene hábitos alimenticios no saludables arraigados, tales como comer y cocinar con mucha grasa y sal.

El médico que la atiende en el DIF le recomienda bajar de peso y adherirse a su dieta, aunque no le especificó la forma en la que debía hacerlo. Ella, por su parte, espera bajar de peso, aprender a comer, mejorar su salud y no presentar las complicaciones propias de la enfermedad.

5.1.1. Análisis Microcontingencial.

Morfologías	Situaciones	Personas	Efectos
<p>Morfologías del usuario:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Come alimentos ricos en grasa, azúcares y sal. - Come en exceso alimentos pertenecientes al grupo de los cereales y proteínas. - Se salta los horarios de las comidas. 	<p>Circunstancia social:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuando está sola. <p>Lugares:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La calle - Las tiendas de abarrotes <p>Objetos o acontecimientos físicos:</p> <p>El clima frío o lluvioso.</p>	<p>Mediador: La usuaria.</p> <p>Mediado: La usuaria.</p>	<p>Sobre sí mismo:</p> <p>Cuando rompe la dieta:</p> <ul style="list-style-type: none"> *aumento de glucosa. *aumento de peso. *hormigueo en pies. *náuseas ocasionales. * Visión borrosa. * Piensa que tiene poca fuerza de voluntad. *Se pone triste.

<p>-Si el platillo es de su agrado, consume más de un plato.</p> <p>- Come en porciones muy grandes.</p> <p>- Cocina con mucha grasa y sal.</p> <p>- Toma refresco y bebidas endulzadas.</p> <p>-Consume alimentos insalubres.</p> <p>-Lleva una vida sedentaria.</p> <p>-Cuando ve comida que le gusta, se la come.</p> <p>--Cuando le ofrecen comida insalubre, acepta.</p> <p>-Al romper la dieta no vuelve a intentar adherirse a ella.</p>	<p>Conductas socialmente esperadas:</p> <p>Del médico: Que siga con su dieta y con su tratamiento.</p> <p>Su familia: esperan que se adhiera a su dieta.</p> <p>Capacidad en el ejercicio de las conductas esperadas:</p> <p>No sabe cómo alimentarse de manera adecuada</p> <p>No sabe cocinar sin tanta sal y grasa.</p> <p>No tiene autocontrol en situaciones que hacen más probable que rompa su dieta.</p> <p>Inclinaciones y propensiones</p> <p>- Gustos y preferencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Pechuga empanizada 		<p>Sobre otros:</p> <p>-La tienen que estar vigilando</p> <p>-Cuando rompe la dieta, la regañan y se preocupan por ella.</p>
---	---	--	--

<p>Morfologías de otros:</p> <p>Familia:</p> <p>-Presentan los mismos hábitos alimenticios que la usuaria.</p> <p>Amigos y familia extensa:</p> <p>- La invitan a reuniones donde hay comida poco saludable.</p> <p>- Vigilan que consuma los alimentos poco saludables que le ofrecen.</p>	<p>o Pastel</p> <p>Estado de ánimo:</p> <p>Cuando se siente sola, triste o ansiosa, come alimentos poco saludables y en mayor cantidad</p> <p>Tendencias</p> <p>-Está acostumbrada a cocinar con mucha sal y grasa.</p> <p>- Se sirve en el plato sin contar porciones</p> <p>- Se sirve de comer sin poner atención al tipo de alimentos o a la cantidad.</p> <p>-Está acostumbrada a comer grasoso.</p>		
---	---	--	--

Persona mediadora: La usuaria

Nivel de mediación: directa

5.1.2. Análisis Macrocontingencial.

En este caso, la conducta de comer se valora como problemática con base en un criterio de salud relacionado con la adherencia a una dieta de porciones y medidas, y no en un criterio de orden moral; esto, debido a que no se encuentran faltas de correspondencia en términos de la forma en la que come y la de otros, ni en términos de creencias con respecto a la salud y al tratamiento que debe de seguir.

5.1.3. Génesis del Problema.

I. Historia de la microcontingencia

Circunstancia en que se inició la conducta.

Al morir la madre de la usuaria cuando ésta contaba con 16 años de edad, quedó al cuidado de sus hermanos mayores que ya eran casados, pues su padre pasaba todo el día trabajando. Sus hermanos le daban de comer según lo que cocinaban las esposas de éstos, que por lo regular era comida grasosa y con sal, además de postres. Antes de esto, la usuaria menciona que su madre les daba de comer balanceado y saludable.

Situación en que se inició la microcontingencia actual.

Su marido en varias ocasiones le mencionó que debía de bajar de peso por su salud, por lo que en contadas veces la usuaria intentó reducir las cantidades de cereales, grasa y sal que consumía; no obstante, cuando alguien le ofrecía algún alimento poco saludable, ella aceptaba y no retomaba la dieta.

Al ser diagnosticada, no le informaron en qué consistía la dieta que debería de llevar y sólo le mencionaron que evitara grasas y azúcar; ella menciona haberse deprimido y pensó en que se iba a morir. Su familia, por su parte, intentó solidarizarse con ella, comiendo únicamente pechugas y nopales; sin embargo, se desesperaron de que esto fuera la única opción y abandonaron estos alimentos para continuar alimentándose como lo hacían anteriormente.

Historia mediadora de la conducta.

Ella ha logrado en ciertas ocasiones mediar su conducta de comer; sin embargo, esto se presenta en lapsos de tiempo menores a una semana.

Funciones disposicionales en el pasado de las personas significativas en la microcontingencia presente.

Su marido le hizo énfasis en la importancia que tenía el que ella bajara de peso, incluso advirtiéndole sobre lo que podría pasar si le diagnosticaran diabetes. Cuando ella trataba de ponerse a dieta, él la vigilaba y le recordaba esto; no obstante, una vez que ella la rompía, él ya no insistía más.

II. Evaluación de competencias

Ejercicio no problemático de la conducta problema.

Cuando se encuentra en compañía de su familia o de su esposo, no rompe la dieta pues se siente acompañada y vigilada. Además, cuando trata de adherirse todos los integrantes tratan de apoyarla y de seguir la dieta también.

Ella, por otra parte, menciona que guisa rico.

Funcionalidad de las conductas en dichos contextos.

Debido a que casi siempre se encuentra acompañada de su familia o su esposo, es muy probable que se adhiera a su dieta; sin embargo, al no contar con la información necesaria para balancear su alimentación, no se reportan efectos relevantes sobre su salud.

Disponibilidad de respuestas no problemáticas potencialmente funcionales en la microcontingencia presente.

Ante su familia, muestra habilidades de autocontrol y de automediación.

Relaciones microcontingenciales no problemáticas.

Cuando está con su familia, se siente vigilada y no rompe la dieta.

5.1.4. Análisis de soluciones.

Con base en el análisis contingencial se realizó el análisis de soluciones que se representa a través de la tabla 3.

Tabla 3. Análisis de Soluciones Perteneiente al Estudio de Caso.

	Cambio Macrocontingencial	Mantenimiento Macrocontingencial
Mantenimiento microcontingencial		
Cambiar conducta de otros		
Cambiar conducta propia		X
Opción por nuevas microcontingencias.		
Otras opciones funcionales de la misma conducta		X

Como se puede observar, se optó por un mantenimiento macrocontingencial y un cambio microcontingencial, debido a la naturaleza del caso, que está relacionado con aspectos de salud.

Con base en lo anterior, se eligió en primera instancia, cambiar la conducta propia de la usuaria en términos de: a) adquisición: con relación a conocimientos sobre salud y nutrición, así como de habilidades de autocontrol, b) efectos: para reducir las complicaciones relacionadas con la diabetes que presenta, y c) precisión: para desplazar sus habilidades mediadoras. Esto, en consistencia con el hecho de que la usuaria se encuentra motivada a seguir con su tratamiento, además de que la posibilidad de logro es latente pues cuenta con el apoyo de su familia y, de esta manera se pueden mostrar efectos a corto, mediano y largo plazo relacionados con la situación de su enfermedad.

5.1.5. Selección y diseño de las estrategias de intervención

El estudio de caso que aquí se presenta, se deriva de una línea de investigación y de un protocolo cuyo objetivo fue evaluar un taller para mejorar la adherencia a la dieta en pacientes diabéticos. La persona de quien se describe el caso, fue participante de este taller mientras se le brindó una atención personalizada.

El objetivo general de la intervención basada en el análisis contingencial, fue que la usuaria incrementara la adherencia a su dieta. Por otra parte, los objetivos específicos que se plantearon son que: a) la usuaria tuviera información que posteriormente le permitiera regular extrasituacionalmente su conducta de comer, y que b) La usuaria alterara algunos factores situacionales vinculados con el cumplimiento de su dieta.

De esta manera, con base en los criterios funcionales descritos por Rodríguez (2011) y en lo reportado en el análisis contingencial, se eligieron los procedimientos que a continuación se describen:

1. Para que la usuaria obtuviera información acerca de su enfermedad y de aspectos básicos de nutrición, se emplearon procedimientos educativos tales como: conferencias con apoyo de presentaciones en Power Point, videos animados y ejercicios en los cuales se modelaba y moldeaba la elección y preparación de alimentos a través de ensayos conductuales. Cabe mencionar que en cada sesión se realizaba una dinámica de preguntas y respuestas, de modo que el tema quedara claro. En adición, la forma de evaluar fue a través de un instrumento que consistía en preguntas cerradas relacionadas con el contenido informativo que se le proporcionó.
2. Para que la usuaria pudiera alterar los factores situacionales relacionados con el cumplimiento de su dieta, tales como lugares, acontecimientos físicos, o la circunstancia social de estar sola; se empleó un entrenamiento en habilidades de autocontrol, específicamente las de control estimular, tales como: a) Restricción física encaminada a prevenir una conducta: como masticar chicle sin azúcar o cubitos de agua congelada en cuanto se presentara la

situación, b) eliminación de factores disposicionales: deshacerse de la comida no saludable que se encontrara a su disposición en la casa, c) establecimiento de conductas para incrementar el control social: teniendo en cuenta que su marido inhibe la conducta de comer alimentos no saludables, tratar de mantenerse siempre acompañada de éste, y d) modificar las propias condiciones físicas o fisiológicas: cumplir con sus horarios de alimentación de forma estricta y de esta manera, no salir a determinados lugares con hambre ni comprar alimentos no recomendados para llevarlos a casa. Posteriormente, se emplearon técnicas de intervención conductual, que incluyeron autorreforzamiento y autocastigo.

5.2. Evaluación

El taller, así como la atención individualizada que se reporta aquí, constó de 12 sesiones, que se fueron haciendo una vez a la semana. En cada sesión y con el objetivo de medir la adherencia, en cada sesión se le entregó a la usuaria un registro de alimentación que llenaba diariamente y que contenía las porciones diarias de los distintos grupos de alimentos que se recomendaba consumir y que ella debía registrar: 2 porciones de lácteos, 3 de frutas, 5 de verduras, 5 de proteínas, 6 de cereales y 3 de grasas. Asimismo, los tiempos de comida estaban distribuidos en 5 columnas: desayuno, colación, comida, colación y cena. Una vez que la usuaria lo entregaba, se sumaban las porciones semanales consumidas, y se comparaban con las porciones semanales que se proponían, haciendo posible que de esta manera obtuviera una retroalimentación. Cabe mencionar que esta dieta fue diseñada por la nutrióloga Jenny Craig en 1983, considerando una talla promedio, una actividad física mínima de 30 minutos, y está planeada para una ingesta de 1700 calorías diarias; ésta se basa en el control de porciones y en la elección de alimentos más saludables.

Para evaluar a lo largo de las sesiones, en qué momento ocurría un cambio y de qué tipo, se usó un formato diseñado para el análisis contingencial propuesto por Rodríguez (2011) (ver Tabla 4). En éste, se muestra una clasificación funcional

de los cambios que se pueden presentar en distintos momentos de la intervención; de esta manera, la Guía de Evaluación de Cambios (G.E.C), muestra en su eje vertical, el momento terapéutico en el que se genera un cambio, ya sea en el momento de la identificación del problema, en la fase de análisis de soluciones o en la fase de intervención. Lo anterior permite identificar cuáles son los cambios susceptibles de atribuirse a la aplicación de los procedimientos programados y cuáles no.

Por otra parte, en el eje horizontal se muestran los procedimientos empleados en las fases de intervención y los tipos de cambio que se observa en esa fase. Éstos últimos se encuentran codificados en 17 categorías especificadas en la última columna y se basan en los criterios funcionales propuestos por DíazGonzález, Ribes, Rodríguez y Landa (1989): a) disposiciones: hace referencia a la alteración de los factores que le dan contexto a la interacción y se compone de seis categorías, b) conducta de otros: implica la alteración de las funciones de la conducta de otras personas significativas en la interacción, c) conducta propia: señala un cambio funcional en la conducta del usuario, y d) sin cambio: el usuario no reporta alguna alteración de la conducta.

Tabla 4. Guía de Evaluación de Cambios (GEC)

		Procedimiento Empleado	Tipo de Cambio Observado	Códigos
M O M E N T O D	I. Definición del problema.			Disposiciones 1. Propiedades de objetos y acontecimientos físicos. 2. Desplazamiento de competencias.
	II. Análisis de soluciones			3. Inclinationes. 4. Tendencias.
	III. Intervención			5. Conducta propia con efectos disposicionales sobre sí mismo.

E L C A M B I O				6. Estrategias de interacción. Conducta de otros 7. Conducta de auspiciadores 8. Conducta de reguladores de propensiones e inclinaciones. 9. Conducta de reguladores de tendencias. 10. Conducta de mediadores Conducta propia 11. Efectos sobre sí mismo de la propia conducta. 12. Conducta mediadora propia. 13. Desarrollo de competencias. 14. Establecimiento de conductas que alteran efectos de otras conductas propias. 15. Sin alteración o cambio
--	--	--	--	---

5.3. Resultados

La intervención duró 12 sesiones distribuidas a lo largo de 3 meses, durante las cuales la usuaria obtuvo atención como participante del taller y de manera individualizada.

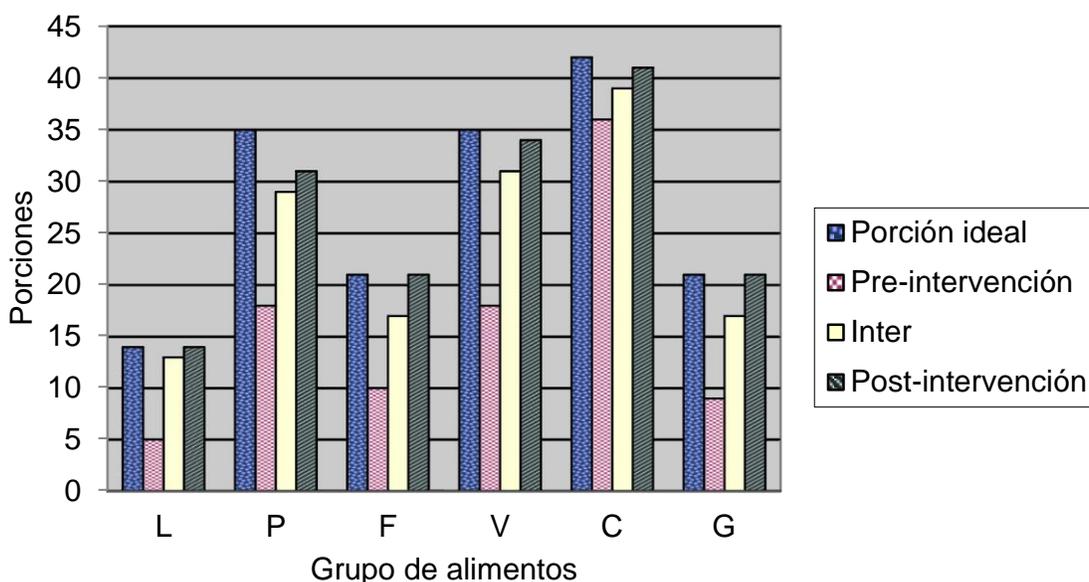


Figura 2. Adherencia. Comparación entre distintos momentos de la intervención

En la Figura 2 se presentan los resultados relacionados con la adherencia a la dieta, la cual consiste en el cumplimiento de las porciones según lo especificado con anterioridad en los registros. Estos resultados se obtuvieron a través de los autorregistros diarios de alimentación.

En esta figura, el eje x representa al grupo de alimentos que se especifican en los registros, mientras que en el eje y se representa el número de porciones consumidas. Es importante resaltar el hecho de que la usuaria no excedió en ningún momento las porciones sugeridas.

Al iniciar la intervención (pre-intervención), la usuaria se encontraba adherida en un 46.42%, mientras que a la mitad de la intervención (inter-intervención) aumentó a un 86.90% y, al final de la intervención (post-intervención) incrementó en un 97.02% con referencia a las porciones propuestas. Cabe mencionar que estos porcentajes se obtuvieron realizando una regla de tres: se multiplicaron por 100 las porciones consumidas por la usuaria, y, el resultado de esto se dividió entre las porciones sugeridas en el taller.

Tabla 6. Guía de Evaluación de Cambios (G.E.C.)

		Procedimiento Empleado	Tipo de Cambio Observado	Códigos Disposiciones
M O M E N T O D E L C A M B I O	I. Definición del problema.		13. 9.	1. Propiedades de objetos y acontecimientos físicos. 2. Desplazamiento de competencias. 3. Inclinations. 4. Tendencias. 5. Conducta propia con efectos disposicionales sobre sí mismo. 6. Estrategias de interacción. Conducta de otros 7. Conducta de auspiciadores 8. Conducta de reguladores de propensiones e inclinaciones. 9. Conducta de reguladores de tendencias. 10. Conducta de mediadores Alteración de conducta propia
	II. Análisis de soluciones			
	III. Intervención	-Procedimientos educativos	11 13 1	
		-Entrenamiento en habilidades de autocontrol	13 11 12	

				11. Efectos sobre sí mismo de la propia conducta. 12. Conducta mediadora propia. 13. Desarrollo de competencias. 14. Establecimiento de conductas que alteran efectos de otras conductas propias. 15. Sin alteración o cambio
--	--	--	--	---

Los datos que se muestran en la G.E.C., como se explicó anteriormente, son los cambios que se presentaron en distintos momentos de la intervención planteada. Estos datos se muestran con base en los reportes verbales de la usuaria, así como en lo obtenido a través de los registros de alimentación y se clasificaron de acuerdo con las categorías funcionales propuestas para la Guía de Evaluación de Cambios (ver Tabla 6).

Durante la definición del problema, la usuaria disminuyó el consumo de alimentos grasosos, además de cocinar los mismos con menos aceite y sal, usando otros condimentos para realzar el sabor de los alimentos (13). Cabe mencionar que durante esta fase no se aplicaron procedimientos de cambio, aunque la usuaria sí hacía preguntas relacionadas con prácticas alimenticias y entregaba sus registros. Según la usuaria, estos cambios se presentaron debido a que se comprometió con el taller y a que ella ya contaba con el conocimiento de que la grasa y la sal en exceso no eran benéficas para su salud.

Es importante mencionar que el apoyo proporcionado por su familia nuclear y extensa fue relevante. La primera, modificó su alimentación como apoyo a la usuaria y la extensa, en cuanto se enteró de que la usuaria estaba siguiendo un

plan de alimentación, comenzó a realizar reuniones en las que preparaban comida especialmente para ella (9).

Durante la intervención, en la cual se emplearon procedimientos educativos, se observaron cambios relacionados con el desarrollo de competencias (13), la usuaria desarrolló la habilidad de contar porciones de alimentos, poniendo especial atención en el grupo al que correspondía el alimento que estaba consumiendo. Con estos cambios en su dieta, la usuaria consiguió efectos sobre sí misma (11), ya que a la vez que desarrollaba competencias relacionadas con la alimentación (13), los síntomas relacionados con la enfermedad disminuyeron. De la misma manera, modificó las propiedades funcionales de los acontecimientos físicos (1) al sustituir atoles o cafés azucarados por té o café sin azúcar cuando se presenta un clima frío o lluvioso.

En la misma fase de intervención, mediante el entrenamiento en habilidades de autocontrol, desarrolló habilidades que le permitieron abstenerse de comer sus alimentos preferidos si estaban a su disposición o si se los ofrecían (13). Esto también influyó en la reducción de síntomas relacionados con su enfermedad (11). Asimismo, logró que su familia también modificara su conducta alimentaria y que dejara de vigilar qué era lo que ella comía (12).

En este sentido y como se pudo constatar, los procedimientos educativos generaron cambios muy importantes, pues la usuaria reportaba no saber aspectos básicos, tales como el balancear los alimentos y el manejar los horarios de su alimentación.

Por otra parte, las sesiones informativas le permitieron entender los términos que antes no comprendía cuando su médico los mencionaba, y, aunque se le dificulta explicarlos, es capaz de identificarlos y saber a qué hacen referencia.

La usuaria reporta que actualmente, al sentarse a comer revisa qué es lo que come, tratando de incluir todos los grupos alimenticios y planea, con base en el registro de alimentación, qué es lo que va a comer a lo largo del día.

Al dar inicio al taller, la usuaria hacía mención de su temor a la diabetes; sin embargo, ahora menciona estar agradecida con la enfermedad puesto que esto le

ha enseñado cómo alimentarse para prevenir complicaciones futuras y cómo alimentar a su familia para evitar enfermedades. Además, mencionó que el asistir al taller le brindó la confianza de que si seguía con su tratamiento, incluyendo la alimentación adecuada, no tendría mayores complicaciones. Mencionó que la alimentación que se le propuso fue “muy abierta” y que también perdió el miedo a que su dieta fuera excesivamente rigurosa y restringida.

En los ensayos conductuales que se realizaron durante los procedimientos educativos, la señora logró balancear los alimentos con cada grupo alimenticio, registrando y planeando lo que consumiría a lo largo del día. Asimismo, compartía en las sesiones recetas novedosas que ella creaba a partir de combinar los distintos grupos de alimentos, incluyendo postres.

La usuaria señala que el grupo de alimentos que le costó mucho trabajo consumir fue el de las verduras, ya que no estaba acostumbrada a comerlas. Actualmente, tanto su familia como ella, disfrutan de comerlas. En consistencia con esto, menciona que, en un inicio, la retroalimentación que se le proporcionaba con base en su registro, la motivaba a cumplir con las porciones para poder quedar bien con sus compañeros del taller; sin embargo, indica que si no cumple con ellas actualmente, considera que no ha cumplido con sus deberes y tiene sensación de vacío.

Por otra parte, la usuaria mencionó que la gente le preguntaba cómo bajó de peso porque se veía mucho más delgada y bien. Asimismo, mencionó que a raíz del cambio alimentación, su economía se mostró beneficiada y que problemas como colitis, gastritis, presión alta y visión borrosa habían disminuido al grado de no percibirlos.

En cuanto a las habilidades de autocontrol, menciona que actualmente su alimentación saludable se ha convertido en costumbre, por lo que si se llegase a encontrar con un pastel, no lo consumiría, aunque aún se le antoja.

Al respecto, también menciona que ya no quiere sentirse mal, como se sentía en un inicio, por lo que al ver comida que se le antoja, come un cubito de hielo, un pan tostado o un alimento más recomendable que de igual manera se le antoje. Asimismo, menciona que ya no se salta los horarios de comidas y, al salir,

lleva siempre consigo un recipiente con semillas, frutas o verduras para evitar caer en tentaciones.

Finalmente, menciona que aún no se ha presentado en una situación en la que se encuentre sola, pero reporta que si se llegara a presentar ante tal situación, se siente capaz de seguir adherida a su dieta, de no romperla, pues ya no tiene comida poco saludable en su casa y le da pereza ir a buscar comida en la tienda. De igual manera y con respecto a las condiciones climáticas que posibilitaban que rompiera su dieta, reporta que sustituyó las bebidas calientes que engordaban por el té de su preferencia.

5.4. Discusión

El presente trabajo es un estudio de caso derivado de una línea de investigación que tuvo como objetivo evaluar un taller para mejorar la adherencia a la dieta en pacientes diabéticos. Como se pudo mostrar, en el caso que se reporta, se logró dicho objetivo en las doce sesiones planeadas, pues las estrategias empleadas en el taller y que se ajustaron al caso de la usuaria, resultaron efectivas para su adherencia a la dieta, que es uno de los factores más importantes para el control de la enfermedad (Zárate, 1997). Los cambios conseguidos con la intervención impactaron en medidas tales como el peso corporal, los niveles de glucosa en la sangre, además de disminuir el riesgo de presentar mayores complicaciones relacionadas con la diabetes. De acuerdo con Kilo (1991), lo anteriormente mencionado es un indicador claro de éxito en el tratamiento de la diabetes.

De acuerdo con lo anterior y con base en el modelo de salud de Ribes (1990), se promovió la adherencia a la dieta como conducta instrumental preventiva, en términos de prevención secundaria, es decir, de complicaciones de la enfermedad. Esto se consiguió a través de los procedimientos estandarizados y no estandarizados usados en la intervención.

Este trabajo muestra su relevancia por el hecho de que son verdaderamente escasos los estudios de caso relacionados con la diabetes, sea cual sea su perspectiva teórica, y el presente aporta un ejemplo de ello. A través de este tipo de trabajos, se obtienen datos cualitativos y cuantitativos que logran

atender a la particularidad del caso y, en consecuencia, obtener mejores resultados. Asimismo, posibilitan el establecimiento de bases para la implementación de estrategias y procedimientos de intervenciones efectivas.

Por otra parte, es importante mencionar que el análisis contingencial posibilitó el éxito de la intervención y, aunque esta metodología es usada mayormente en el ámbito clínico, es susceptible de ser usada en cualquier otro contexto en donde se manifieste la conducta humana. Su uso en este caso fue imprescindible y relevante, ya que fue a través de él que se identificaron, entre otros elementos, las características de la relación de la usuaria con su dieta y sus competencias, para posteriormente diseñar y seleccionar los procedimientos adecuados para ella. Asimismo, y debido a que esta metodología se caracteriza por su desprofesionalización, la usuaria se mantuvo activa a lo largo de la intervención, y, al quedarle claro el tema, consiguió enseñarles lo aprendido a otras personas, consolidando así su aprendizaje y la modificación de sus hábitos.

En este estudio se encontraron diversos factores relevantes que posibilitaron la adherencia de la usuaria desde la definición del problema: inicialmente la usuaria se encontró motivada por el taller, y posteriormente, mencionó estar motivada por las posibles consecuencias de la enfermedad. Durante la aplicación de los procedimientos de intervención, tanto educativos como de autocontrol, la usuaria logró desarrollar las competencias necesarias para adherirse a su dieta. Es importante, por otra parte, enfatizar el apoyo recibido por parte de su familia, pues la motivaron y facilitaron la modificación de los hábitos alimenticios de la usuaria. Igualmente, es necesario mencionar que el hecho de registrar los alimentos que consumía, fue una de las formas más eficaces de autocontrol que ayudaron a la usuaria, pues a través de éstos recibía una importante retroalimentación.

Debido a que el caso que aquí se reporta se relaciona con un problema de salud, es necesario enfatizar las ventajas de un equipo multidisciplinario para el éxito de una intervención. En este caso, se contó con el apoyo del médico que atendía a la señora, quien le proporcionaba retroalimentación en cuestión de

ejercicio y farmacología. Además, para la planeación de los talleres a los que asistió la usuaria, se contó con un nutriólogo que orientó la fase informativa.

Finalmente, se concluye que en trabajos como éste, se hace más evidente la importancia del papel del psicólogo de la salud en una atención multidisciplinaria, sobre todo en un problema de salud tan relevante como lo es la Diabetes Mellitus tipo II. Con base en lo anterior y en los resultados del presente trabajo, se propone la realización de más estudios de caso relacionados con la diabetes, atendiendo a la dimensión psicológica.

CONCLUSIONES

En el capítulo dedicado a la diabetes, se identificaron diversos aspectos relacionados con ésta, tales como su definición, estadísticas, tipos, factores de riesgo, síntomas, complicaciones y tratamiento. Con base en esto, resulta fácil entender por qué este tema es prioridad en materia de salud y por qué la población mexicana es de las más propensas a esta enfermedad, que ha sido declarada como la principal causa de mortalidad en nuestro país. Uno de los aspectos más relevantes del capítulo, fue la relevancia que adquiere la adherencia a la dieta para un tratamiento exitoso, puesto que no es suficiente tratar farmacológicamente al individuo diabético si aún mantiene hábitos no saludables de alimentación, los cuales son característicos de la población mexicana.

Por otra parte, en lo concerniente al capítulo en donde se habla de la Psicología de la Salud, se revisó que es una rama de la psicología que hasta hace poco comenzó a ser considerada dentro de los equipos multidisciplinario; no obstante, aún no obtiene un papel imprescindible, lo cual nos indica el arduo trabajo que queda por hacer. En adición, y como es propio de la psicología actual, se describieron diversos modelos que explican elementos relacionados con la salud, tales como: la Teoría Social Cognitiva, la Teoría de la Acción Razonada, el Modelo de Creencias en Salud, el Modelo Transteórico y el Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales. Estos modelos presentan diversos problemas, entre los cuales destacan: 1) se fundamentan en discursos mentalistas, según los cuales, las causas de la conducta son "las intenciones" o "las cogniciones", que el individuo puede o no controlar, 2) "la motivación", "la intención" o "la expectativa" son factores concebidos como causantes del comportamiento "problema", 3) al basarse en categorías generales, resulta difícil una transición entre la teoría que sustenta a estos modelos y la práctica, y 4) hacen uso de perspectivas reduccionistas, oponiéndose así a una visión naturalista del fenómeno.

Teniendo como base las críticas anteriores, se revisó en un capítulo posterior el Modelo Psicológico de la Salud Biológica propuesto por Ribes (1990), el cual trata la dimensión psicológica de la salud considerando su vinculación con

dimensiones biológicas y sociales a través del comportamiento desde una concepción naturalista, que sostiene lo siguiente: 1) la descripción psicológica de salud-enfermedad se estudia de manera individualizada y se ubica en este continuo como un eje entre los factores biológicos y los socioculturales, 2) los factores biológicos y socioculturales no se analizan de diferente forma en un modelo psicológico, y 3) los factores biológicos son considerados condición de existencia del individuo presente en el modelo. De esta manera, el Modelo Psicológico de la Salud Biológica, plantea a la dimensión psicológica de la salud como un proceso que se origina en la historia de cada persona y que tiene una doble resultante, afecta el propio comportamiento, así como dimensiones biológicas de la persona, siendo el último elemento de esta etapa de resultantes el estado de salud o enfermedad.

Congruente con el Modelo de Ribes, se describió al Análisis Contingencial en el capítulo 4, que es una metodología que nos permite analizar el comportamiento dando cuenta de la forma en la que el individuo interactúa con su ambiente e identificando cuáles son los factores que conforman esta interacción, y de esta forma, poder describir el papel funcional que juega cada uno de ellos. Este está constituido por cuatro dimensiones: a) microcontingencial, b) macrocontingencial, c) disposicionales, y d) personas.

Con base en lo anterior, se realizó un análisis descriptivo de caso con el objetivo de evaluar el efecto de taller para mejorar la adherencia a la dieta en pacientes diabéticos, así como proporcionar un apoyo adicional al paciente en áreas específicas por las que se le dificultara la adherencia a la dieta. Estos objetivos se lograron, puesto que a través del Análisis Contingencial, se pudieron identificar las necesidades individuales de la participante y con base en ello, cubrirlas a la par del taller.

De esta forma, se vislumbró que el impacto de la intervención fue positiva, puesto que la participante modificó de manera radical los hábitos de alimentación considerados como no saludables, lo cual fue posible debido a que las variables manejadas en el taller y en las que la participante requirió de atención de forma individual se correspondieron. Lo anterior revela que el taller por sí mismo, genera

resultados considerables, aunque no radicales como se presentan en una intervención reforzada a nivel individual. Una hipótesis al respecto, sería que la conducta alimenticia en ocasiones está relacionada con otras conductas que requieren de mayor atención y que presentan más dificultad para ser modificadas. Con base en lo anterior, se proponen sesiones individualizadas semanales que posibiliten resultados más efectivos relacionados con el taller.

Por otra parte, cabe resaltar que, aunque la usuaria mantiene su adherencia a la dieta, existe la posibilidad de que se enfrente ante situaciones novedosas que requieran de nuevas competencias, por lo que se requiere de un mayor tiempo para el seguimiento del caso.

BIBLIOGRAFÍA

- Alpízar, M. (2001). *Guía para el manejo integral del paciente diabético*. México: Manual Moderno.
- Apóstolo, J., Castro, C., Ribeiro, H & Faustino, H. (2007). La incertidumbre en la enfermedad y la motivación para el tratamiento en diabéticos tipo 2. *Revista Latinoamericana de Enfermedades*, 15(4), 575-582.
- Avendaño, M. & Barra, E. (2008). Autoeficacia, apoyo social y calidad de vida en adolescentes con enfermedades crónicas. *Terapia Psicológica*, 26(2), 165-172.
- Cabrera, G., Tascón, J. & Lucumí, D. (2001). Creencia en salud: historia, constructos y aportes del modelo. *Revista de Salud Pública*, 19(1), 91-101.
- Chetty S. (1996). The case study method for research in small- and médium – sized firms. *International small business journal*, 5, 178-186.
- Córdova, G., Aguilar, C. A., Rull, J. A., & Gómez, F. J. (2005). *Alimentación en la diabetes: una guía práctica para la prevención y el tratamiento*. México: McGraw-Hill.
- Dánello, S. (2007). Instrumento para medir variables psicosociales asociadas al cumplimiento del tratamiento médico. *Revista de la Facultad de Medicina*, 4, 4-10.
- Díaz-González, E., Landa, P., Rodríguez, M., Ribes, E. & Sánchez, S. (1989). Análisis funcional de las terapias conductuales: una clasificación tentativa. *Revista Española de la Terapia del Comportamiento*, 7(3), 241-255.

- Díaz-González, E., Rodríguez, M. L., Robles, S., Moreno, D. & Frías, B. (2003). El análisis contingencial como sistema analítico para la evaluación de competencias funcionales relacionadas con la prevención del VIH/SIDA. *Psicología y Salud*, 13(2), 149-159.
- Díaz-González, E., Rodríguez, M., Cervantes, M., Villegas, R. & Montijo, R. (2005). Descripción de un instrumento de evaluación de competencias funcionales relacionadas con el VIH-SIDA. *Psicología y Salud*, 15(1), 5-12.
- Eisenhardt, K. M. (1989). Building Theories from Case Study Research. *Academy of Management Review*, 14(4), 532-550.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2006). Recuperado el 11 de octubre del 2012 de <http://www.insp.mx/ensanut/ensanut2006.pdf>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2012). Recuperado el 9 de Noviembre del 2012 de <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Federación Internacional de la Diabetes. (2012). Diabetes Atlas Update 2012. Recuperado el 3 de febrero del 2014 de <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/Update2012?language=es>
- Feldman, R. (2001). *Comprender la psicología*. Lisboa: McGraw Hill.
- Figuroa, D. (2004). *Alimentación y diabetes*. Barcelona: Random House Mondadori.
- Flórez, L. (2004). *Psicología de la salud*. Recuperado el 29 de Noviembre del 2012 de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-141-1-psicologia-de-lasalud.html>

- Flyvbjerg, B. (2004). Cinco malentendidos acerca de la investigación mediante estudios de caso. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 16, 33-62.
- Franchi, A. (2005). Marihuana, endocannabinoides y sus receptores. *Revista Química Viva*, 4(3).
- Garay, M., Malacara, J., González, F. & Jordán, L. (1998). The belief in Conventional Medicine and Adherence to Treatment in Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus Patients. *Journal of Diabetes and its complications*, 12(5), 239-245.
- Garza, M., Calderón, C., Salinas, A., Núñez, G. & Villarreal, E. (2003). *Atribuciones y creencias sobre la diabetes mellitus tipo 2*. Recuperado el 10 de Diciembre del 2012 de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2003/im036b.pdf>
- George, A. & Bennett, A. (2005). *Case studies and theory development in the social sciences*. Cambridge: MIT Press.
- Granados, E. & Escalante, E. (2010). *Estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en paciente con Diabetes Mellitus*. Recuperado el 3 de Diciembre del 2012 de <http://dialnet.unirioja.es>
- Heredia, M. (2004). ¿Qué influye en la adherencia al tratamiento de la diabetes? *Revista ROL de Enfermería*, 27(1), 57-60.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2013). Estadísticas a propósito del día mundial de la diabetes. Recuperado el 3 de Febrero del 2014 de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2013/diabetes0.pdf>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2004). Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica del IMSS*, 42(2), 109-116.

- Jackson, R. Asimakopoulou, K. & Scammell, A. (2007). Assessment of the transtheoretical model as used by dietitians in promoting physical activity in people with type 2 diabetes. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 20(1), 27-36.
- Kaplan, A. (1964). *The Conduct of Inquiry*. Nueva York: Harper & Row.
- Kasila, K., Poskiparta, M., Karhila, P. & Kattunen, T. (2003). Patients' readiness for dietary change at the beginning of counselling: a transtheoretical model-based assessment. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 16(3), 159-166.
- Kilo, C. (1991). *Controle su diabetes*. México: Limusa.
- Krall, L. & Beaser, R. (1989). *Joslin Diabetes Manual*. Centro Joslin para la Diabetes.
- Lerman, G. (2003). *Atención integral del paciente diabético*. México: McGraw-Hill.
- Letelier, C., Núñez, D., & Rey, R. (2011). Taxonomía de pacientes con diabetes tipo 2 basada en sus representaciones de enfermedad. *Psykhé*, 20(2), 115-130.
- Martínez, P. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y gestión*, 20, 165-193.
- Matarazzo, J. D. (2003). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. En R. Pérez (Traduc.). *La psicología de la salud en Cuba*. Recuperado el 3 de Diciembre del 2012 de <http://www.psicologiacientifica.com/psicologia-de-la-salud-en-cuba/>
(Trabajo original publicado 1980)
- McCord, E & Brandenburg, C. (1995). Beliefs and attitudes of persons with diabetes. *Familiar Medicine*, 27(4), 267-271
- Mcvan, B. (1987). *Diabetes: cuidados y control*. México: Doyma.

- Medina, C. & Urra, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y enfermería*, 13(1), 9-15.
- Merton, R. (1967). *On theoretical sociology*. New York: Free Press.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). *Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud. Actualización*. Recuperado el 3 de Febrero del 2013 de http://www.sediabetes.org/Estrategia_en_diabetes_del_SNS_Accesible.pdf
- Moreno, D., Rivera, B., Robles, S., Barroso, R., Frías, B. & Rodríguez, M. (2008). Características del debut sexual de los adolescentes y determinantes del uso consistente del condón desde el análisis contingencial. *Psicología y Salud*, 18(2), 207-225.
- Morrison, V. y Bennett, P. (2006). *Psicología de la salud*. España: Pearson.
- Mulvaney, S. (2009). Mejorar el autocuidado en jóvenes con diabetes: la importancia de la autoeficacia. *Diabetes Voice*, 54, 24-27.
- Noar, S. & Zimmerman, R. (2005). Health behavior theory and cumulative knowledge regarding health behaviors: are we moving in the right direction? *Health Education Research*, 20, 275-290
- NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010. (2010). *Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus* [en línea]. Recuperado el 11 de octubre del 2012 de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010.
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y enfermedades crónicas*. México: PSICOM.
- Oblitas, L. (2007). *Enciclopedia de psicología de la salud*. Bogotá: PSICOM.

- Olson, C. (1986). *Diabetes mellitus: diagnóstico y tratamiento*. México: Científica.
- Ortiz, P. & Ortiz, L. (2007). Psicología de la salud: una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista médica de Chile*, 135(5), 647-652.
- Pérez, R. (1983). desarrollo y perspectivas de la psicología de la salud en cuba. *Revista Cubana de Psicología*, 4(2), 3-8.
- Piña, J. (2004a). La psicología y los psicólogos en el sector de la salud en México: algunas realidades perturbadoras. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 191-205.
- Piña, J. (2004b). Eventos disposicionales que probabilizan la práctica de conductas de riesgo para el VIH/SIDA. *Anales de Psicología*, 20(1), 23-32.
- Piña López, J. A., & Sánchez-Sosa, J. J. (2007). Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión en personas con VIH. *Universitas Psychologica*, 6(2), 399-407.
- Piña, J. (2008). Variaciones sobre el modelo psicológico de salud biológica de Ribes: justificación y desarrollo. *Universitas Psychologica*, 7, 19-32.
- Piña, J., Ybarra, J., Alcalá, I. & Samaniego, R. (2009). Psicología y salud (I): la importancia de llamarse modelo y apellidarse teórico-conceptual. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 2, 21-29. .
- Pollak, F. (2005). Pharmacotherapy in type 2 diabetes mellitus. *Medwave*, 5 (10), 13- 18.
- Puji, C. (2008). Mejorar la autoeficacia: la experiencia de Indonesia. *Diabetes Voice*, 53(1), 13-15.
- Ribes, E., & López, F. (1985). *Teoría de la conducta*. México: Trillas.

- Ribes, E., Díaz-González, E., Rodríguez, M. D. L., & Landa, P. (1986). El análisis contingencial: una alternativa a las aproximaciones terapéuticas del comportamiento. *Cuadernos de psicología*, 8(2), 118-126.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. México: Trillas.
- Rodríguez, M. L. (2003). Violencia intrafamiliar: un estudio de caso mediante análisis contingencial. *Psicología Iberoamericana*, 11(1), 50-59.
- Rodríguez, M. L. (2011). *Análisis contingencial*. México: FES Iztacala.
- Rodríguez, M. L. (2010). Mediación de relaciones de pareja. un caso clínico desde el análisis contingencial. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13(3), 1-19.
Recuperado el 12 de Agosto del 2013 de www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/download/19305/18298
- Rodríguez, M. L. y DíazGonzález, E. (1999). El análisis contingencial y su aplicación en un problema psicológico. *Revista Electrónica de Psicología Clínica*, 2(2).
- Rodríguez, M., & García, J. (2011). El modelo psicológico de la salud y la diabetes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(2).
- Ryle, G. (1967). *El concepto de lo mental*. Buenos Aires: Paidós.
- Schor, I. (1996). *Vivir como diabético: guía práctica para una vida plena*. Buenos Aires: Celcius.
- Secretaría de Salud. (2002). *Encuesta nacional de enfermedades crónicas*. México: SSA.
- Solano, S. A. (2005). La utilización del estudio de caso en el análisis local. *Región y sociedad*, 32, 107-140.

Stefani, D. (2005). Teoría de la acción razonada: una propuesta de evaluación cuali-cuantitativa de las creencias acerca de la institucionalización geriátrica. *Evaluar*, 5, 22-37.

Teixeira, J (1993). *Psicología de la salud*. Lisboa: ISPA

Vallis, M., Ruggiero, L., Greene, G., Jones, H., Zinman, B., Rossi, S., Edwards, L. & Rossi, J. (2003). Stages of change for healthy eating in diabetes. *Diabetes Care*, 26(5), 1468-1474.

Yacuzzi, E. (2005). El estudio de caso como metodología de investigación teoría, mecanismos causales. *UCEMA Publicaciones*. Recuperado el 23 de Agosto del 2013 de: <http://www.cema.edu.ar/publicaciones/download/documentos/296.pdf>

Zárate, A. (1997). *Diabetes mellitus: bases para su tratamiento*. México: Trillas.