



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Estudio de caso para evaluar el efecto de un programa psicológico para incrementar la adherencia a la dieta en pacientes con diabetes tipo 2

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A

Cristian Javier Ocampo Solis

Directora: Dra. **María de Lourdes Rodríguez Campuzano**
Dictaminadores: Mtra. **Norma Yolanda Rodríguez Soriano**
Mtro. **Juan Carlos García Rodríguez**



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mis padres Javier y Martha: Por ser mi más grande apoyo en esta vida, así como por ser las personas que más me quieren de manera incondicional. También por apoyarme en todos mis estudios y solo esperar de mí que alcance mis sueños y mis metas a mi manera. Gracias por enseñarme a ver el mundo con los ojos de un artista.

A mi hermano Israel: Por ser mi compañero de juegos, series, películas y en general de todo lo divertido que hay en mi vida. Gracias también por ser mi gurú en cuestiones morales y aunque casi nunca estemos de acuerdo siempre cuento contigo para lo que sea.

A mis tías Xochitl, Cica, Ara, Mary, Dede, Rosy y Maty: Por recibirme siempre con amor y alegría. Pero sobre con deliciosa comida, buenos chismes e historias divertidas.

A mis tíos César, Beto, Héctor, Tona, Juan, Rafa: Por ser organizados, emprendedores y siempre tener un buen consejo para mí. Aunque no lo parezca siempre los escucho y de ustedes aprendo bastante.

A mis primos César, Many, Carlos, Nacho, Anita, Dany, Rafa, Karlita, Rodrigo, Angel, Maty y César: Porque con ustedes aprendí a trabajar en equipo, a seguir reglas y a ser gusto y equitativo. Gracias por siempre estar conmigo con un buen sentido del humor en las buenas, las malas y las ridículas.

A mis amigos: Por estar conmigo en cada paso de mi vida, sea bueno o malo y sobre todo por ser mis primeros usuarios, incluso antes de decidir ser un psicólogo.

A la doctora Mayu: Primero que nada por aceptarme en el proyecto de investigación, ya que aprendí más en esos dos años que en todo lo demás de la licenciatura. Segundo gracias por darme la oportunidad de probar mis habilidades y mis conocimientos en cada uno de los momentos del proyecto. Tercero, gracias por enseñarme, aguantar mis descuidos, mis dudas, los sustos y siempre recibirme con una sonrisa y risas. Por último gracias por aceptar ser mi tutora de tesis y enseñarme mucho en el ámbito profesional y personal.

A la maestra Norma: Gracias por invitarme al proyecto en que aprendí como ser un psicólogo profesional y responsable. Gracias por motivarme a hacer más cosas como psicólogo y siempre tener un consejo y compartírmelo de manera alegre y educada.

Al maestro Juan Carlos: Por darme un espacio donde pude reforzar mis conocimientos sobre la psicología y poner en práctica todo lo que aprendí en la carrera. Por último gracias por ser un buen profesor, jefe y colega, así como por demostrarme que se puede vivir si se hace lo que nos gusta

A la maestra Tony: Gracias por apoyarme en varios momentos no solo en la investigación, si no en cuestiones académicas y administrativas. Gracias por sus palabras de ánimo y sus buenos consejos.

A PAPIIT: Agradezco al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) por financiar mi estancia en la investigación y darme el apoyo económico por el cual pude concluir con este trabajo.

**Estudio de caso para evaluar el efecto de un programa psicológico para
incrementar la adherencia a la dieta en pacientes con diabetes tipo 2**

Ocampo Solis Cristian Javier

Índice

INTRODUCCIÓN	1
1. DIABETES.....	3
1.1. <i>Definición de la Diabetes</i>	4
1.2. <i>Diabetes Mellitus Tipo I</i>	5
1.3. <i>Causas de la diabetes tipo I</i>	6
1.4. <i>Diabetes Mellitus Tipo II</i>	6
1.5. <i>Causas de la diabetes tipo II</i>	7
1.6. <i>Complicaciones a causa de la diabetes</i>	7
1.7. <i>Tratamiento de la diabetes</i>	9
1.7.1. <i>Manejo de la diabetes tipo I</i>	9
1.7.1.1. <i>Intervención inmunológica</i>	10
1.7.2. <i>Manejo de la diabetes tipo II</i>	10
1.7.2.1. <i>Dieta</i>	10
1.7.2.2. <i>Actividad Física o Ejercicio</i>	11
1.7.2.3. <i>Fármacos</i>	12
1.7.2.4. <i>Regularidad</i>	12
1.7.2.5. <i>Autocontrol de los niveles de glucosa</i>	12
2. COMPORTAMIENTO Y SALUD	14
2.1. <i>Modelos de Psicología de la Salud y su relación con la diabetes</i>	16
2.1.1. <i>Teoría social-cognitiva</i>	16
2.1.2. <i>Teoría de la acción razonada</i>	17
2.1.3. <i>Modelo de Creencias en Salud</i>	18
2.1.4. <i>Modelo Transteórico</i>	19
2.1.5. <i>Modelos de Información-Motivación-Habilidades Conductuales</i>	20
2.2. <i>Análisis de los modelos en psicología de la salud</i>	21
3. EL MODELO PSICOLÓGICO DE LA SALUD BIOLÓGICA.....	23

3.1.	<i>El proceso psicológico de la salud</i>	24
3.1.1.	<i>La historia interactiva del individuo</i>	25
3.1.2.	<i>Las competencias funcionales presentes</i>	26
3.1.3.	<i>La modulación de los estados biológicos</i>	27
3.2.	<i>Los resultados del proceso psicológico de la salud</i>	27
3.2.1.	<i>La vulnerabilidad biológica</i>	28
3.2.2.	<i>Las conductas instrumentales y la salud</i>	28
3.2.3.	<i>La patología biológica y comportamientos asociados</i>	30
4.	ANÁLISIS CONTINGENCIAL	32
4.1.	<i>Sistema microcontingencial</i>	32
4.1.1.	<i>Morfologías de conducta</i>	33
4.1.2.	<i>Situación</i>	33
4.1.3.	<i>Conducta de otras Personas</i>	35
4.1.4.	<i>Efectos</i>	36
4.2.	<i>Sistema macrocontingencial</i>	37
4.3.	<i>Génesis del problema</i>	38
4.3.1.	<i>Historia de la microcontingencia</i>	39
4.3.2.	<i>Estrategias de interacción</i>	39
4.3.3.	<i>Evaluación de competencias</i>	40
4.4.	<i>Análisis de soluciones</i>	40
4.5.	<i>Selección, diseño, aplicación y evaluación de los procedimientos de intervención</i> 42	
4.5.1.	<i>Naturaleza de la interacción terapéutica</i>	43
4.5.2.	<i>Tipo de procedimiento en término de sus efectos.</i>	43
4.5.3.	<i>Funciones del terapeuta</i>	44
4.6.	<i>El estudio de caso</i>	46
5.	REPORTE DEL ESTUDIO DE CASO	48
5.1.	<i>Presentación del caso</i>	49
5.1.1.	<i>Análisis Microcontingencial</i>	51
5.1.2.	<i>Análisis Macrocontingencial</i>	54
5.1.3.	<i>Génesis del Problema</i>	55
5.1.4.	<i>Análisis de Soluciones</i>	57

5.1.5. Selección y diseño de las estrategias de intervención.....	58
5.2. Evaluación.....	62
5.3. Resultados.....	62
DISCUSIÓN.....	69
CONCLUSIONES.....	71
REFERENCIAS.....	73

INTRODUCCIÓN

La diabetes es una enfermedad crónica degenerativa que en los últimos años ha ido en incremento hasta colocarse como una de las principales causa de muerte no solo en nuestro país sino en todo el mundo. Esto se vuelve más alarmante pues incluso la diabetes tipo II que antes era más frecuente en adultos o personas de la tercera edad ya comienza a presentarse en adolescentes e incluso niños. Debido a esto se han llevado a cabo diversos estudios sobre la diabetes, su tratamiento y su prevención, principalmente desde una perspectiva médica y muy rara vez desde un perspectiva multidisciplinaria. Debido a esto no se ha obtenido el resultado deseado por estos estudios pues la diabetes es una enfermedad que engloba factores biológicos, sociales y psicológicos.

Basados en este panorama, se han comenzado a realizar más estudios multidisciplinarios que incluyen dentro de su equipo a psicólogos especialistas en el área de la salud. El papel del psicólogo en estos estudios se centra principalmente en la prevención tanto de la enfermedad como de las complicaciones. Esto se logra implementando en las personas hábitos y estilos de vida que favorezcan un estado de salud o, en caso de que ya se tenga la enfermedad, eviten llegar a las complicaciones causadas por la diabetes que pueden llevar incluso a la muerte.

Para realizar esta labor, los psicólogos de la salud han desarrollado técnicas, herramientas y procedimientos basados en modelos específicos para el área de la salud; sin embargo, estos modelos se muestran insuficientes o limitados ya sea por su teoría, su aplicación o las categorías empleadas para la explicación de los problemas de salud y por lo tanto incompatibles con otros modelos empleados por otros especialistas como médicos, biólogos, sociólogos, entre otros.

Una alternativa para esto es el modelo psicológico de la salud biológica diseñado por Ribes en 1990 (Ribes, 2008) y la metodología del análisis contingencial elaborada por Ribes, Díaz-González, Landa y Rodríguez en 1986 (Rodríguez, 2014). Con esta metodología y basados en el modelo propuesto por Ribes, se puede estudiar el estado de salud o enfermedad como el resultante de la

historia interactiva del individuo, sus competencias, sus conductas instrumentales y su relación con los estados biológicos. De esta manera se complementa a los modelos médicos y biológicos para tener una mejor comprensión de la salud y enfermedad de las personas.

El presente trabajo tiene por objetivo reforzar de forma individualizada el entrenamiento en manejo de competencias en el cuidado de la salud de una persona con diabetes que participa en un taller grupal de adherencia a la dieta, basado desde una perspectiva interconductual y utilizando la metodología del análisis contingencial.

1. DIABETES

La diabetes se caracteriza por un incremento en los niveles de glucosa del cuerpo. Estos niveles elevados de glucosa pueden hacer que las personas que la padecen presenten varias complicaciones e incluso llegar a la peor de todas, la muerte.

Con respecto a lo anterior, de acuerdo con la OMS (2013) en el mundo hay 341 millones de personas con diabetes, se calcula que en el 2004 fallecieron 3,4 millones de personas debido a este trastorno metabólico, de las cuales el 80% se originaron en países de medio y bajo ingreso. Asimismo se estima que este número vaya en aumento, incluso se piensa para el 2030 se convierta en la séptima causa de muerte a nivel mundial.

En el caso de México la incidencia de diabetes ha incrementado dramáticamente, de hecho se estima que existen alrededor de 6.4 millones de mexicanos con diabetes y se encuentra entre las principales causas de muerte en el país y los estados con mayor prevalencia son. Distrito Federal, Nuevo León, Veracruz, Tamaulipas, Durango y San Luis Potosí (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012). De cada 100 personas con diabetes el 24.2% presentan complicaciones renales, 17.3% presentan complicaciones circulatorias periféricas y 7% múltiples (INEGI, 2013)

En el país más del 11% padece esta enfermedad, diagnosticando cada hora 38 casos nuevos y registrando al año 40,000 defunciones causadas por la diabetes. Esto coloca a la diabetes como la 11° causa de hospitalización en el país y la segunda en cuanto a muerte hospitalaria se refiere (Reynoso, González y Salgado, 2007).

Debido a esto resulta importante y necesario buscar los medios y los recursos para intervenir y prevenir que estos índices y estadísticas, con respecto a la diabetes, sigan en aumento.

Pero ¿Qué es la diabetes? ¿Cuáles son las causas y consecuencias? De acuerdo con Holmes, Robinson y Tscheschlog (2007) la diabetes mellitus es un trastorno metabólico que se caracteriza por la presencia de hiperglucemia, que es la elevación de la concentración sanguínea de glucosa, ya sea por falta de insulina, ineficacia de ésta o por ambas razones. De hecho, hasta la fecha, el

método para diagnosticar la diabetes, es a través de la hiperglucemia crónica (Vázquez y Peralta, citados en Figuerola, 2011).

1.1. *Definición de la Diabetes*

El término diabetes, no es algo de hace unos años o décadas, se puede rastrear hasta el primer siglo d.C. pues griegos y romanos usaban el término diabetes mellitus, que significa gasto del azúcar, para describir la enfermedad que se manifestaba por medio de un gran volumen de orina de olor dulce (poliuria), sed intensa (polidipsia) y pérdida de peso aunque se presente un mayor apetito (polifagia) (Holmes, Robinson y Tsheschlog, 2007). Es importante destacar que estos síntomas aún son utilizados para el diagnóstico de esta enfermedad.

Existen diferentes tipo de diabetes, algunos relacionados con un defecto en algún cromosoma o defectos genéticos en la función de la célula beta (Figuerola, 2003), pero los más comunes y a los que se enfocan la mayoría de los tratamientos son la diabetes mellitus tipo I y la diabetes mellitus tipo II. Debido al objetivo de este trabajo se hablará más sobre la diabetes tipo I y tipo II por ser las de mayor prevalencia.

Antes de hablar de los diferentes tipos de diabetes es importante mencionar los factores de riesgo que predisponen la aparición de esta enfermedad. De acuerdo con Zárate (2008), Alpízar (2001) y Guerrero (2014) estos factores se pueden clasificar en No Modificables a aquellas condiciones con las que la persona vive y no hay manera de cambiarlas y los Modificables que son aquellos factores que predisponen a la diabetes pero que la persona puede hacer algo (dieta, ejercicio, etc.) para cambiarlos. Algunos de estos factores son:

- 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 o sobrepeso, esto debido a que las personas con sobrepeso u obesidad llegan a presentar un déficit de receptores de insulina incrementando los niveles de glucemia
 - 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 ≥ 27 Kg/m² en hombres y ≥ 25 Kg/m² en mujeres.
 - Índice de cintura y cadera ≥ 0.9 en hombres y ≥ 0.8 en mujeres.
 - Presión arterial con cifras $\geq 140/90$ mmHg.
 - Triglicéridos ≥ 150 mg/dl.
 - HDL de colesterol ≤ 35 mg/l.

Al momento de diseñar un tratamiento para el manejo o prevención de la diabetes, la mala alimentación es uno de los factores modificables más importantes para trabajar, ya que cambiando los hábitos alimenticios se pueden reducir los demás factores de riesgos como el colesterol, los triglicéridos, índice de masa corporal, cintura y cadera, pero sobre todo el sobrepeso que está fuertemente relacionado con la aparición de la diabetes, por lo que ya se mencionó antes sobre el déficit en los receptores de insulina.

1.2. *Diabetes Mellitus Tipo I*

Anteriormente llamada diabetes mellitus insulino dependiente o diabetes de inicio en la infancia (Holmes, Robinson y Tsheschlog, 2007), la diabetes tipo I es aquella en donde existe una ausencia total de insulina. Puede presentarse a cualquier edad, pero normalmente se presenta en la infancia o al inicio de la edad adulta. Debido a que existe una insuficiencia absoluta de insulina, en los pacientes que

presentan diabetes tipo I, es preciso inyectar o administrar insulina al cuerpo. La diabetes tipo I representa del 5 al 10% de todos los casos de diabetes (Figuerola, 2011).

La distribución por sexo de la diabetes tipo I no muestra una diferencia como tal hasta los 14 años. Es hasta la pubertad cuando se comienza a mostrar un predominio de varones afectados. De acuerdo con Figuerola (2003) se encuentra una relación varón/mujer de 3/2, en el grupo de 15-40 años. Cabe mencionar que la diabetes tipo I es la única enfermedad autoinmune que no es más frecuente en las mujeres.

1.3. Causas de la diabetes tipo I

De acuerdo con la OMS (2013) las causas de la diabetes tipo I se desconocen con precisión y resulta difícil prevenirla con los conocimientos actuales. A pesar de esto Jansá, Muñoz y Peláez (citados en Figuerola, 2011) mencionan que si bien no existe una prevención eficaz de diabetes tipo I, ésta podría desarrollarse en un futuro no muy lejano y lo importante por el momento es recordarle a quien la padece que no estaba en sus manos evitarla, pero sí lo está controlar el futuro de la misma.

1.4. Diabetes Mellitus Tipo II

Este tipo de diabetes se caracteriza por una resistencia a la insulina debido a un defecto en la secreción de la misma. En este tipo de diabetes el páncreas si produce insulina, pero la que produce no cumple con las características necesarias para que el cuerpo la asimile o no produce la cantidad que el cuerpo necesita.

De acuerdo con Holmes, Robinson y Tsheschlog (2007) se le llegó a denominar como diabetes de la edad adulta o diabetes mellitus no insulino dependiente, por no precisar insulina exógena para el control de la glucosa.

De acuerdo con la mayoría de los estudios de prevalencia sobre la diabetes tipo II, existe una relación diabetes conocida/no diagnosticada de 1:1 (Figuerola, 2003), lo cual quiere decir que por cada caso que se llega a conocer hay uno desconocido. Esto se vuelve aún más importante considerando que la diabetes tipo II representa el 90% de todos los casos de diabetes diagnosticados.

1.5. Causas de la diabetes tipo II

La diabetes tipo II suele asociarse a una edad más avanzada, pues aparece normalmente después de los 40 años, aunque también se detecta en niños y adolescentes. Respecto a este último punto sobre la edad de inicio, se ha observado un aumento en personas relativamente jóvenes, de acuerdo con Figuerola (2003) este fenómeno es paralelo al aumento de la obesidad en niños y jóvenes y al incremento de las necesidades de insulina que se producen durante la pubertad.

Asimismo la obesidad, la inactividad física, los antecedentes familiares de diabetes, alteraciones metabólicas y la diabetes gravídica están relacionados con este tipo de diabetes.

El tratamiento de la diabetes tipo II se basa principalmente en una dieta equilibrada y ejercicio (Holmes, Robinson y Tsheschlog, 2007). Este tratamiento puede llegar a incluir insulina o antidiabéticos, pero solo de ser necesario.

1.6. Complicaciones a causa de la diabetes

De acuerdo con Figuerola (2011) las complicaciones pueden dividirse en macrovasculares y microvasculares, las cuales incluyen la neuropatía.

Las complicaciones macrovasculares son la afectación arteriosclerótica de los vasos de mediano y gran calibre. Por lo tanto puede afectar a todos los territorios vasculares, entre los más comunes se encuentran las coronarias, el territorio cerebral y las extremidades inferiores. Algunas de las complicaciones macrovasculares son: accidente vascular cerebral, infarto de miocardio,

enfermedad vascular periférica y pie diabético, aunque este último también posee un componente microvascular.

Por otra parte las complicaciones microvasculares son alteraciones específicas de la diabetes que producen algunas lesiones, que solamente observadas con las técnicas adecuadas se puede determinar que la etiología de lo que se observa es la diabetes. A las afectaciones de los capilares de la retina se les conoce como retinopatía diabética, a las de los riñones como nefropatía diabética y a las de los vasos de los nervios como neuropatía diabética, aunque esta última también puede ser metabólica.

El tratamiento de la diabetes, es igual de importante conocer los síntomas, pues de esta manera se puede intervenir antes de que se presente alguna complicación. En este sentido Cañadell (1980) menciona que los síntomas fundamentales de la diabetes son:

- 1) La sed. En los pacientes con diabetes, la sed llega a ser abrasadora haciendo que se lleguen a beber de cinco a seis litros de agua en el transcurso del día.
- 2) La poliuria. Este síntoma es consecuencia del esfuerzo que hace el organismo diabético para eliminar el azúcar inaprovechable y a causa directa de la polidipsia. El volumen de la orina emitida es equivalente a la cantidad de líquidos ingeridos y tiene la característica de parecer muy diluida, casi incolora. Sus gotas al secarse, dejan manchas blanquecinas formadas por el depósito de azúcar.
- 3) La pérdida de peso. Si bien es cierto que la obesidad es uno de los factores que predisponen a la diabetes, también es cierto que cuando ya se tiene diabetes el peso disminuye, o cuando menos, se mantiene. Esta pérdida de peso no supone algo favorable, pues no solamente se pierde grasa, si no que se pierden proteínas, cuyos aminoácidos pasan a ser glucosa.
- 4) El cansancio. Este es uno de los síntomas más difíciles de valorar, suele ser lentamente progresiva en los jóvenes y acaba por ser intensa, hasta el grado de dormir 8 horas y aun sentirse agotados.

1.7. *Tratamiento de la diabetes*

De manera general el manejo de la diabetes, sea tipo I o tipo II, consiste en cumplir 2 objetivos: 1) Normalizar el control metabólico y 2) Prevenir las complicaciones vasculares (Zárate, 2008). Tomando en consideración lo anterior y lo comentado a lo largo del trabajo, se puede considerar que el tratamiento de la diabetes va encaminado a mejorar o ayudar al metabolismo en la ingesta y asimilación de los alimentos, para de esta manera prevenir las complicaciones ya mencionadas.

A continuación se describirán los tratamientos para el manejo de la diabetes, diferenciando entre la tipo I y la tipo II, con el objetivo de resaltar las diferencias en el tratamiento de cada una. Cabe mencionar que los tratamientos de la diabetes tipo II pueden ayudar también al tratamiento de la diabetes tipo I como complemento.

1.7.1. *Manejo de la diabetes tipo I*

Para la intervención de la diabetes tipo I, se debe de tener en cuenta el hecho de que existe una destrucción de las células beta del páncreas, lo que lleva a una alteración en la secreción de la insulina y en la homeostasis de glucosa (Zárate, 2008). Debido a esto, para su tratamiento es imprescindible la insulino terapia, además de la dieta y el ejercicio.

A continuación se explicarán los dos tipos de intervención característicos de la diabetes tipo I, aunque esto no quiere decir que sean los únicos, pues, al igual que en la diabetes tipo II, el ejercicio y una buena dieta pueden ayudar a mejorar y regular los niveles de glucosa. Los requerimientos de insulina se ajustan para cada persona y por tanto deben de adaptarse constantemente a los niveles de glucosa del paciente, de su actividad y hábitos alimenticios. De acuerdo con Zárate (2008) por lo general se acepta que en la diabetes tipo I se debe de aplicar la insulina por lo menos dos veces, antes del desayuno se debe de aplicar un 70% del total y el resto se debe de aplicar antes de cenar o al acostarse.

1.7.1.1. Intervención inmunológica

Este tipo de tratamiento consiste en intervenir en la inmunidad a una sustancia específica, en este caso a la insulina. Zárate (2008) menciona que esta intervención se basa en que este tipo de diabetes, resulta de la destrucción de las células beta del páncreas mediante un proceso de características autoinmunes en personas susceptibles, lo que lleva a una inmunidad o resistencia a la insulina. Por esto mismo se llega a hacer uso de drogas inmunosupresoras, aunque por sus efectos indeseables y toxicidad llegaron a ser excluidas para su empleo terapéutico. En la actualidad se llegan a emplear estas drogas al momento de realizar un trasplante de páncreas y de riñón en pacientes que ya presentan problemas renales (Zárate, 2008).

1.7.2. Manejo de la diabetes tipo II

De acuerdo con varios autores (Madrid, 1998; Zárate, 2008) el tratamiento para el manejo de la diabetes tipo II se basa en las siguientes cinco premisas: 1) Dieta, 2) Actividad física, 3) Fármacos, 4) Regularidad y 5) Autocontrol de niveles de glucosa.

1.7.2.1. Dieta

El objetivo de una dieta es proporcionar las calorías necesarias, ofrecer una nutrición correcta, escoger los nutrientes que sumen las calorías necesarias y distribuir estas calorías a lo largo del día (Zárate, 2008). La dieta llega a ser tan importante para el manejo de la diabetes, que en ocasiones resulta suficiente para controlar los niveles de glucosa en la sangre, esto debido a que si se consumen los alimentos adecuados en las porciones necesarias, no se fuerza al páncreas a trabajar de más y por lo tanto se procesan los alimentos de manera correcta y en el tiempo necesario.

Lo único que se podría considerar como un inconveniente al momento de llevar una dieta para controlar la diabetes, es que no existe un formula general

para diseñar una dieta para todos los pacientes. Debido a esto la dieta debe de diseñarse para cada persona considerando su situación, sus hábitos y costumbres. En ocasiones se les recomienda a los pacientes que lleven una dieta de 1200 calorías (Madrid, 1998), pero siempre se debe de fomentar que confeccionen su propia dieta para regular tanto sus niveles de glucosa, como su peso, colesterol, etc. Esto no siempre se puede lograr con una dieta por calorías, pues esta no garantiza que la procedencia de estas 1200 calorías sea de alimentos recomendables y alguien puede llegar a consumir esta cantidad de calorías de alimentos poco saludables como refrescos, dulces, entre otros.

Si bien la dieta por calorías llegó a ser de las más utilizadas, en la actualidad existen otros métodos para desarrollar planes alimentarios. De acuerdo con Figuerola (2004) y Guerrero (2014) el sistema de intercambio de alimentos o de equivalentes es el plan de alimentación más práctico, debido a que los alimentos se hacen intercambiables o equivalentes entre sí, lo cual hace que la dieta sea más fácil de seguir en cualquier lugar, debido a que si no se cuenta con el alimento requerido para la dieta, se puede consumir alguno de sus equivalentes. En este tipo de dieta se agrupan los alimentos en seis listas básicas llamadas “porciones de servicio”, es decir, las porciones en las que se sirven usualmente los alimentos. Las porciones señaladas en la lista contienen aproximadamente la misma cantidad de carbohidratos, proteínas y grasas, así como el mismo valor calórico.

En México a partir del 2000 se publicó el Sistema Mexicano de Alimentos Equivalentes (Pérez, A., Palacios, B. & Castro, A., 2001) el cual proporciona información sobre las ventajas de llevar este tipo de dietas, así como una serie de tablas sobre los equivalentes para los diferentes tipos de alimentos. Aunque lleva publicado desde el 2000, aún hay gente que lleva la dieta por calorías, por lo que aún existe mucho trabajo de difusión por hacer en este sentido.

1.7.2.2. Actividad Física o Ejercicio

El ejercicio es un auxiliar valioso al momento de llevar una dieta y de acuerdo con Zárate (2008) esto se debe a que mejora la sensibilidad a la insulina y disminuye

el riesgo de complicaciones cardiovasculares. Por otra parte el ejercicio proporciona una sensación de bienestar y solo llega a ser contraindicado si existe una diabetes mal controlada.

1.7.2.3. Fármacos

El tratamiento farmacológico siempre debe de ser visto como complementario y jamás como sustituto de la dieta o del ejercicio. La elección de utilizar un medicamento, ya sean hipoglucemiantes orales e insulina, depende de cada caso y existen diferentes factores para su elección como son el peso, la edad, la severidad de la diabetes y la presencia de trastornos concurrentes (Zárate, 2008).

1.7.2.4. Regularidad

Algo que se debe de buscar es que los pacientes lleven su dieta o su ejercicio, respetando los horarios establecidos, a esto se le conoce como regularidad y es un aspecto importante en el tratamiento pues ayuda al cuerpo a adaptarse a este estilo de vida y funcionar de manera óptima. De acuerdo con Madrid (1998) suele ser menos problemático esto para las personas adultas, pues llevan una vida más estabilizada a diferencia de un niño o un joven.

1.7.2.5. Autocontrol de los niveles de glucosa

Dentro de la intervención médica, se busca que los pacientes tengan un autocontrol de sus niveles de glucosa, con el objetivo de prevenir alguna complicación o conocer los efectos de llevar o no su tratamiento. De acuerdo con Zárate (2008) se recomienda que el propio paciente mida su nivel de glucemia en el ayuno durante varios días para conocer su perfil e incluso después prevenir complicaciones.

Por último es imposible negar que la diabetes tenga una implicación primordialmente biológica, pero eso no descarta la relación con otras dimensiones de la vida humana como la social y la psicológica. En el siguiente capítulo se desarrollaran las concepciones más relevantes dentro de la psicología que

pretenden explicar las implicaciones psicológicas, así como las funciones del psicólogo al momento de intervenir o apoyar a pacientes con diabetes

2. COMPORTAMIENTO Y SALUD

La Psicología de la salud es una rama de la psicología que lleva aproximadamente 40 años ejerciendo sus funciones y siendo considerada dentro de los sistemas de salud. Sus antecedentes, de acuerdo con Flórez (2007) se encuentran en la psicología médica, la medicina psicosomática y la medicina conductual.

Como primer antecedente la psicología medica estaba centrada en la condición psicológica del paciente específicamente en sus condición y modificación; por su parte la medicina psicosomática centró su atención en el concepto de lo mental y en las teorías de la personalidad, pues consideraba que estos eran factores que propiciaban el desarrollo de algunas enfermedades; por último, la medicina conductual buscó generar una visión multidisciplinaria de la salud, incluyendo de esta manera conocimientos biomédicos y psicosociales para las acciones de prevención y de tratamiento (Guerrero, 2014).

De estos antecedentes, la medicina conductual procuró incorporar dentro de su práctica las aportaciones del análisis experimental de la conducta, principalmente del condicionamiento clásico y operante.

Es de esta manera cómo surge la psicología de la salud, que si bien su primer uso se remonta al año de 1968 en Cuba (Pérez, 2003), es hasta el año de 1980 que Matarazzo aporta una definición de la Psicología de la Salud que se considera la de menor ambigüedad y que posteriormente la APA modificaría, 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”. (pp. 1)

A partir de esta definición la APA en 1993 instauró las funciones que le corresponden al psicólogo de la salud (Oblitas, 2006). A continuación se presentarán estas funciones.

1. Identificar de manera precoz a las personas en situación de riesgo definido en términos psicológicos y socioculturales.
2. Diseñar e implementar programas efectivos para la promoción de conductas saludables considerando las cuestiones ambientales y situacionales a las cuales se somete el individuo. Se trata, por lo tanto, de promover estilos de vida saludables, entendiendo la salud como un estado de bienestar físico, biológico y emocional y no solo como la ausencia de enfermedad.
3. Investigar, entender e intervenir en cuanto a los factores que permitan una buena calidad de vida para las personas portadoras de enfermedades crónicas y agudas. Lo anterior implica la modificación de hábitos no saludables, a través de la promoción, la prevención y en algunos casos la eliminación.

De acuerdo con todo lo anterior se aprecia la importancia de considerar la dimensión psicológica al momento de realizar una intervención en el campo de la salud. En este sentido se han hecho una gran variedad de programas de intervención para el caso de personas con diabetes. Peyrot y Rubin (2007) realizaron una investigación y revisión de diferentes intervenciones tanto conductuales como psicosociales para el caso de la diabetes y determinaron que estas se podrían clasificar en dos grandes categorías:

1. Intervenciones de autocuidado. Estas intervenciones incluyen la aceptación del régimen o tratamiento y la adherencia a este.
2. Intervenciones emocionales. En este tipo de intervenciones se aborda la relación de la diabetes con el estrés o la diabetes con la depresión o algún estado emocional que afecte el cuidado de la enfermedad.

El diseño, la planeación y la implementación de los programas psicológicos para la salud, deben de estar basados en modelos que expliquen la dimensión psicológica de la salud y su relación con los estados de salud-enfermedad. Por esto mismo a

continuación se presentan los principales modelos psicológicos existentes en el área de la salud, así como algunas intervenciones realizadas desde estos diferentes modelos.

2.1. Modelos de Psicología de la Salud y su relación con la diabetes

La tecnología psicológica permite incidir en cambios de hábitos y estilos de vida, con el objetivo de proporcionar una mejor calidad de vida para las personas (Oblitas, 2008). En el caso de la diabetes, la psicología de la salud ha incursionado en diferentes aspectos relacionados con esta enfermedad, especialmente en lo que se refiere a la adherencia al tratamiento (Rodríguez & García, 2011). Para llevar a cabo esta tarea, la psicología ha proporcionado diferentes modelos explicativos entre los cuales resaltan: 1) Teoría social-cognitiva, 2) Teoría de la acción razonada, 3) Modelo de creencias en salud, 4) Modelo Transteórico y 5) Modelo de Información-motivación-habilidades conductuales, estos modelos se explicarán a continuación con el debido detalle y presentando algunas intervenciones realizadas.

2.1.1. Teoría social-cognitiva

De acuerdo con Ortiz y Ortiz (2007), esta teoría sugiere que cualquier cambio de conducta se fundamenta sobre la creencia de que la persona puede alcanzar exitosamente la conducta deseada. Dentro de esta teoría se emplea el término de autoeficacia percibida para referirse a esa creencia que poseen las personas de que es posible la adquisición de una nueva habilidad o conducta para, en el caso de la salud, prevenir enfermedades o complicaciones.

Al momento de aplicar esta teoría en casos de diabetes, se elaboran programas o intervenciones que buscan incrementar los nivel de autoeficacia de los pacientes para adecuarse a las demandas conductuales impuestas por el tratamiento.

En relación con lo anterior se han hecho estudios que buscan demostrar esta relación autoeficacia-adherencia, uno de ellos lo realizaron Canales y Barra (2014) que aplicaron cuestionarios acerca de la autoeficacia, la adherencia al

tratamiento, el apoyo social y los niveles de compensación a una población de 237 pacientes, encontrando que si bien la autoeficacia está relacionada con la adherencia al tratamiento, es el apoyo social el que posee un mayor peso explicativo en el incremento de la adherencia terapéutica.

2.1.2. Teoría de la acción razonada

Esta teoría relaciona las creencias, las actitudes, la conducta y las intenciones. De acuerdo con Ortiz y Ortiz (2007) esta teoría señala que el mayor predictor de la conducta es la intención de llevarla a cabo. La formulación básica de esta teoría parte del supuesto de que el ser humano es esencialmente racional y por lo tanto hace uso de la información disponible para el ejercicio de sus acciones (Reyes, 2007).

Un ejemplo de esta teoría aplicada a la diabetes es el estudio realizado por Gucciardi, Demelo, Lee y Grace (2007) en el que evaluaron el efecto de dos métodos de educación para diabéticos. El primer método consistía en darles a los pacientes con diabetes asesorías individualizadas mientras que el segundo método consistía en las mismas asesorías individualizadas así como educación grupal sobre nutrición y control glicémico, para el primer método se formó un grupo de 36 personas y se consideró el grupo control, mientras que para el segundo método se formó un grupo de 25 personas y se tomó como el grupo experimental. Para evaluar el impacto de estos métodos se utilizaron autoregistros de los 61 pacientes. Encontraron que después de los tres meses que duro el estudio las actitudes, las normas subjetivas, el control percibido, el control glicémico y la intención de la adherencia a la dieta mejoraron en ambos grupos. Sin embargo todas las medidas excepto los niveles de azúcar mejoraron en el grupo experimental.

Recientemente Didarloo, Shojaeizadeh, Gharaaghaji-Asl, Niknami y Khorami (2014) realizaron un estudio para evaluar como la Teoría de la acción razonada junto con la autoeficacia predicen el comportamiento alimenticio en mujeres con diabetes tipo II. Para esto se evaluó a 352 mujeres con un inventario que exploraba diferentes factores como la autoeficacia, la motivación y la norma

social. Encontraron que la autoeficacia era el factor que tuvo un mayor peso explicativo para el comportamiento alimenticio (adherirse a la dieta), seguido de la norma social. Por lo tanto concluyen que entre más alto sea el nivel de autoeficacia de una persona, más fácil será que cambien su comportamiento alimenticio para mejorar su salud.

2.1.3. Modelo de Creencias en Salud

Este modelo integra teorías conductuales y cognitivas para explicar por qué las personas fallan o tienen problemas al momento de adherirse a su tratamiento (Ortiz & Ortiz, 2007). Los componentes básicos de este modelo se derivan de la hipótesis de que la conducta de un individuo descansa primordialmente en dos variables: 1) El valor que un sujeto le atribuye a una determinada meta y 2) y la estimación que hace ese sujeto de la probabilidad que hay de que una acción consiga la meta (Moreno & Gil, 2003).

A partir de lo anterior los componentes del modelo son: 1) el grado de motivación e información que tenga la persona sobre su salud, 2) la susceptibilidad percibida o la autopercepción como potencialmente vulnerable ante la enfermedad, 3) la severidad percibida o Percibir la condición como amenazante, 4) estar convencido que la intervención o tratamiento es eficaz y 5) percepción de poca dificultad en la puesta en marcha de la conducta de salud (Ortiz & Ortiz, 2007; Moreno & Gil, 2003).

Partiendo de este modelo Greco y Gil (2007) realizaron un estudio que tuvo por objetivo evaluar las creencias y conceptos de jóvenes con diabetes tipo uno y determinar si existía una relación o no con su condición de salud. Para cumplir el objetivo se les entregó a los participantes un cuestionario que evaluaba sus conceptos y creencias sobre la salud y la enfermedad. Se encontró que los conceptos sobre la salud y la enfermedad eran bastante ambiguos y muy generales, por lo que concluyeron que la adolescencia es un periodo en el que los adolescentes apenas están construyendo su conceptualización de lo que es la salud, por lo que están más dispuestos a adecuarse a prácticas preventivas para cuidar su salud.

2.1.4. Modelo Transteórico

Este modelo propone etapas de cambio para explicar la adquisición de conductas saludables o la reducción de conductas de riesgo (Ortiz & Ortiz, 2007). Se distinguen cinco etapas diferentes de cambio:

- I. Pre-contemplación. El individuo no tiene la intención de cambiar en un corto plazo, lo cual se toma como los próximos seis meses
- II. Contemplación. No está preparado para tomar acciones en el presente, pero es muy probable que lo haga en los próximos seis meses
- III. Preparación. En esta etapa el individuo está considerando cambiar su conducta en el futuro inmediato, lo cual no debe de pasar del próximo mes.
- IV. Acción. El sujeto ha hecho un cambio en el pasado reciente, pero este cambio no está bien establecido.
- V. Mantenimiento. Se ha cambiado la conducta activamente en los últimos seis meses y se está dispuesto a continuar con el cambio.

De acuerdo con este modelo, es posible predecir que las personas que se encuentran en alguna de las etapas de acción (Acción y Mantenimiento) en contraposición con las que se encuentran en las etapas de pre-acción (Pre-contemplación, Contemplación y Preparación), van a tener hábitos más sanos, acudirán con más frecuencia al médico y cambiarán sus conductas de riesgo por conductas saludables.

El paso de una etapa a otra no es solo una cuestión de tiempo, sino que intervienen diferentes factores psicológicos por lo que el cambio no es lineal, sino que es fluctuante, esto supone que una persona puede estar en una etapa avanzada donde ya realiza acciones para el cambio y regresar a etapas donde ya no realiza ni considera realizar alguna acción (Rodríguez & García, 2014).

Con base en este modelo Rodríguez y García (2014) exploraron el impacto de un taller sobre adherencia a la dieta en cinco adolescentes con diabetes mellitus tipo I. Este taller estuvo estructurado en tres bloques: el primero de nombre “conocer” consistía en las primeras etapas del modelo las cuales son Pre-contemplación y Contemplación y se les proporcionó información acerca de la

diabetes mellitus tipo I, asimismo se compartieron experiencias, reflexiones y dudas. El segundo bloque de nombre “hacer” abarcó las etapas de preparación y acción, en este bloque se les enseñó el significado de adherencia terapéutica y los factores relacionados con ésta para después plantear metas y estrategias personales para lograr adherirse a su tratamiento. Por último el bloque tres, llamado “evaluar”, abarcó la etapa de mantenimiento y se comentaron los aspectos obstaculizadores y facilitadores para el cambio, así como las estrategias efectivas para el logro de las metas planteadas en los bloques anteriores. De acuerdo a las pruebas hechas antes y después de la intervención, se encontró que los jóvenes pasaron de tener una regular adherencia a una excelente adherencia y de oscilar entre las etapas de mantenimiento y recaída llegaron a mantenerse en las etapas de preparación, acción y mantenimiento.

2.1.5. Modelos de Información-Motivación-Habilidades Conductuales

Este modelo sostiene que la información, la motivación y las habilidades conductuales explican el 33% de la varianza en el cambio conductual (Ortiz & Ortiz, 2007). La información se considera fundamental para este modelo, pero no es suficiente para un cambio conductual, es en conjunto con la motivación y las habilidades conductuales como se logra un cambio. También sostiene que la información y la motivación tienen una relación débil, pero en conjunto aumentan el poder predictivo del modelo. Debido a la relación entre los componentes del modelo, al momento de realizar una intervención se suele trabajar con los tres al mismo tiempo.

Partiendo de este modelo Egede y Osborn (2010) proponen que la depresión disminuye la motivación y por lo tanto reducen la búsqueda de tratamientos y la adherencia terapéutica. Estos autores realizaron un estudio con varios objetivos, determinar si la relación entre el cuidado personal y la depresión es directa, indirecta o mediada por el modelo de “información-motivación-habilidades conductuales” mediante la información y la motivación personal y social, determinantes de la conducta, y por otra parte determinar si la relación entre la depresión y el control glicémico es directa, indirecta o mediada por

conductas apropiadas de cuidado personal. En cuanto a sus resultados se encontró que la información sobre la diabetes, el apoyo social y la actitud fatalista hacia la enfermedad son factores predictores para el cuidado personal y no para el control glucémico, pues de acuerdo con estos autores, solo las habilidades conductuales se relacionan con el control de la glucosa en sangre. Como conclusión se llegó a que a mayor apoyo social, mayor información sobre la diabetes y menor gravedad en cuanto a los síntomas depresivos se incrementan las posibilidades de desarrollar conductas de autocuidado.

2.2. Análisis de los modelos en psicología de la salud

Partiendo de la breve revisión anterior, es importante mencionar que varios autores (Ryle 1967; Piña, Ybarra, Alcalá & Samaniego 2010; Ribes, 2011; Guerrero, 2014) han mencionado que estos modelos presentan varios problemas y deficiencias, ya sea por la teoría que los sustenta o por su estructura misma. A continuación se mencionan de manera general estos problemas y deficiencias.

- Parten de una postura mentalista. Los modelos derivados de una teoría cognitiva consideran que el comportamiento de las personas solo es la acción manifiesta de un mundo interno y personal donde conviven ideas, pensamientos, recuerdos entre otros. Por lo tanto estos modelos se centran en explicar cómo funciona este “mundo interno” y cómo influye en la conducta o incluso como la determina.
- Sus procesos son explicados de forma mecanicista. Estos modelos tienden a considerar que un elemento (en este caso cognitivo) precede a la conducta y por lo tanto la determina. Esto representa un problema al momento de diseñar alguna intervención partiendo de estos modelos, pues se enfocan en trabajar con las cogniciones, tratando de cambiar sus pensamientos, cambiando la imagen que tienen de ellos mismos, entre otros, pues consideran a las cogniciones como las causas del problema, lo cual lleva al siguiente punto.
- Sus explicaciones son reduccionistas. Debido a que separan la conducta de la cognición, por considerarlos como categorías diferentes y a que le dan un

papel determinante a las cogniciones, estos modelos reducen las explicaciones de algún fenómeno o problema a alguna categoría cognitiva (motivación, pensamiento, idea, imaginación, entre otras) y por lo tanto se le resta importancia o incluso se descarta el papel del medio para la explicación del comportamiento de las personas.

Tomando en cuenta estas críticas, Ribes (2008) desarrolló el modelo psicológico de la salud biológica, el cual abarca la dimensión psicológica de la salud, vinculándola con los factores biológicos y sociales.

En el capítulo siguiente se explicarán más a detalle cada una de las partes y los conceptos que conforman este modelo.

3. EL MODELO PSICOLÓGICO DE LA SALUD BIOLÓGICA

Como se mencionó en el capítulo anterior, los modelos empleados hasta la fecha presentan algunas características en su estructura que dificultan la labor del psicólogo en el campo de la salud. Con base en esto Ribes (2008) diseñó un modelo psicológico que permite entender el papel de la conducta del individuo en el proceso de salud-enfermedad. Para todo esto el autor plantea los siguientes supuestos en los que el modelo debe de estar fundamentado (Ribes, 2008 y Guerrero, 2014):

1. La descripción psicológica de salud-enfermedad se debe de estudiar de manera individualizada, situando entre los factores biológicos y los socioculturales.
2. Los factores biológicos, así como los socioculturales, no se deben de estudiar de la misma manera dentro del modelo, como se haría desde sus disciplinas originales.
3. Los factores biológicos se consideran como la condición de existencia del individuo dentro del modelo y las reacciones biológicas que se presentan en la interacción misma.
4. Los factores socioculturales se estudian como las situaciones enmarcadas en un contexto sociocultural que delimitan la interacción.

En cuanto al análisis de la dimensión psicológica de la salud, se deben de considerar tres factores fundamentales:

1. La forma en la que el comportamiento modula los estados biológicos, todo esto en la medida en la que regula el contacto del organismo con las variables funcionales del medio.
2. Las competencias que definen la efectividad del individuo para interactuar en diversas situaciones que pueden afectar o mejorar su estado de salud.
3. Los modos consistentes en los que un individuo hace contacto inicial ante situaciones que pueden afectar su estado de salud.

Partiendo de lo anterior y con el objetivo de analizar la dimensión psicológica de la salud, el modelo propuesto se divide en dos momentos principales: 1) el proceso psicológico de la salud y 2) los resultados del proceso

psicológico de la salud. Como se puede apreciar en la Figura 1, para su análisis cada uno de estos momentos incluye las categorías pertinentes a su estudio. A continuación se describirán cada uno de los componentes del modelo desde procesos hasta resultados.

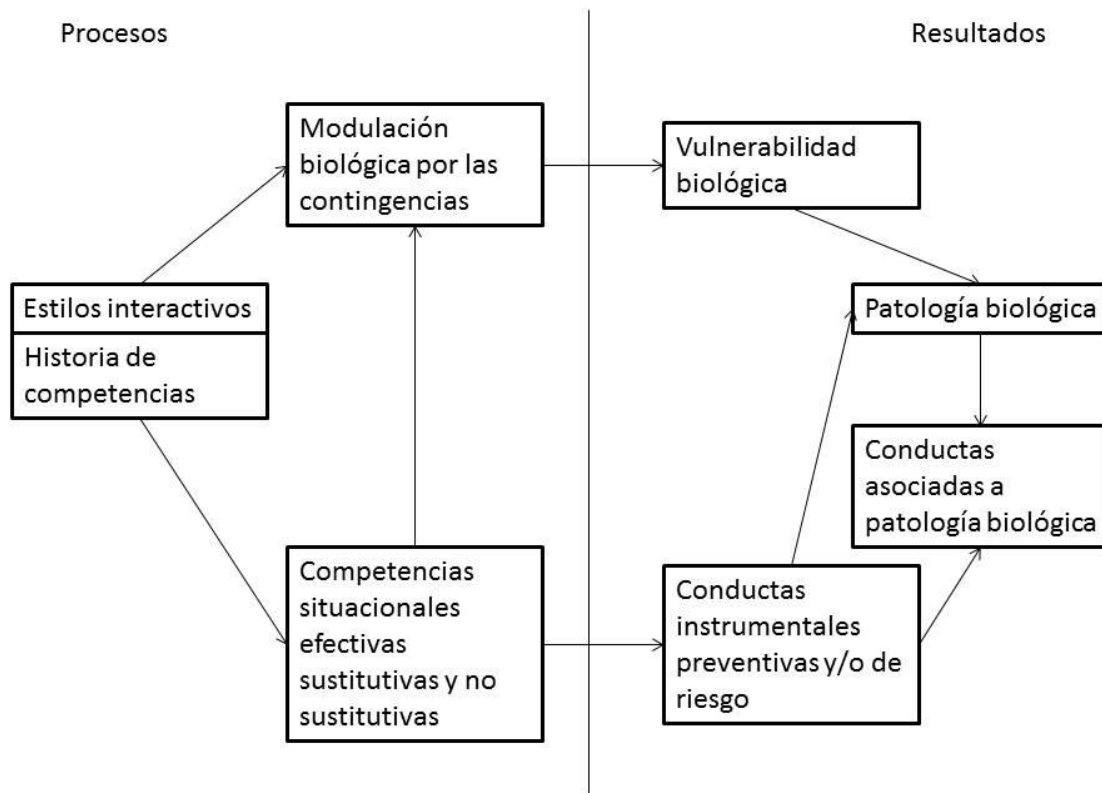


Figura 1: Modelo psicológico de la salud biológica. Ribes (2008)

3.1. El proceso psicológico de la salud

Como se ve en la figura 1, en la primera parte del modelo se analizan los factores generales que se supone participan en el proceso de la salud. De acuerdo con Ribes (2008) el objetivo del modelo es adaptar el análisis de dicho proceso para resaltar su influencia en la afectación de los estados biológicos del organismo que llevan a una menor o mayor probabilidad de presentar una enfermedad o una patología asociada a ésta. Este proceso se divide en tres factores: la historia

interactiva del individuo, las competencias funcionales presentes y la modulación de los estados biológicos.

3.1.1. La historia interactiva del individuo

La historia interactiva del individuo hace más o menos probable una forma de contacto conductual con diversas situaciones. Todo esto con base en los antecedentes interactivos del individuo en situaciones semejantes o con situaciones que posean elementos comprendidos por dichas situaciones en el pasado.

Se puede examinar en dos dimensiones separadas: Estilos interactivos y la disponibilidad de competencias funcionales.

Los estilos interactivos están relacionados con lo que tradicionalmente se conoce como personalidad (Ribes, 2008). Comprenden la manera consistente en la que un individuo se enfrenta a una situación, que no contiene criterios de logro, y se definen al analizar a la persona interactuando por primera vez con ella. Posteriormente, los estilos interactivos modulan la oportunidad, la velocidad y la precisión de las conductas efectivas que implica comportarse en situaciones que prescriben un criterio de efectividad para un individuo. En pocas palabras es el modo en el que una persona se ha ido comportando de forma consistente en determinadas situaciones y por lo tanto hace más o menos probable que se comporte de una determinada manera en situaciones nuevas o similares a las pasadas.

Por su parte la historia de competencias funcionales tiene que ver con la capacidad adquirida por el individuo en el pasado para interactuar efectivamente en situaciones que prescriben ciertos requerimientos o resultados (Ribes, 2008). La historia de competencias desempeña un papel disposicional, en el sentido de que puede facilitar u obstaculizar la presentación de competencias funcionales en situaciones presentes.

En la medida en que las competencias pasadas correspondan a contingencias similares a las actuales y las conductas y elementos de la situación sean semejantes, entonces se facilitará la interacción en una situación presente.

Por el contrario, si los elementos antes mencionados no son semejantes, probablemente la interacción en una situación presente se verá obstaculizada por las competencias pasadas.

3.1.2. Las competencias funcionales presentes

El término competencia constituye la organización funcional de las habilidades para cumplir con algún tipo de criterio (Ribes, 2006). Si bien el término competencia incluye el de habilidad, no se debe de confundir con éste, pues una habilidad se refiere a hacer algo con eficacia (produciendo algún efecto), mientras que el término competencia constituye la relación entre un criterio presentado en una determinada situación con las habilidades que deben de presentarse para cumplirlo. En otras palabras una competencia se define como una colección de ocurrencias que cumplen con un criterio de logro, en esa medida, el término es de tipo disposicional. Para identificarlas se utilizan como indicadores el conjunto de habilidades específicas para una situación determinada en la historia de cada persona.

Las competencias funcionales presentes constan de los mismos componentes que las capacidades conductuales de un individuo, es decir, que la historia de competencias, solamente que se analizan de manera más específica. De acuerdo con Ribes (2008) la diferencia entre analizar las capacidades conductuales y las competencias funcionales presentes, es que para analizar estas últimas hay que tomar en cuenta: a) los requerimientos de la situación como campo de contingencias, en otras palabras, qué consecuencias para el individuo y qué cambios en el ambiente tendrán lugar como efecto de una acción en un momento determinado, b) los factores que definen el contexto de la interacción, estos son identificables como características de la situación o como condiciones biológicas, momentáneas del individuo y c) la historia de competencias pertinente, lo cual hace referencia a la capacidad del individuo de interactuar con determinada situación con base en su experiencia particular.

3.1.3. La modulación de los estados biológicos

Gracias al análisis experimental de la conducta se ha podido demostrar que las condiciones biológicas del organismo se pueden ver afectadas diferencialmente, dependiendo de la forma en que el individuo interactúa con las contingencias de una situación determinada (Ribes, 2008). Es importante recordar que el comportamiento es, en gran medida, la funcionalidad adquirida a partir de la reactividad biológica, por lo cual, en toda interacción siempre participan los diferentes subsistemas de reactividad biológica. En este sentido no es nada extraño que dada la participación que tienen los sistemas de reactividad biológica en las interacciones psicológicas, las contingencias del entorno no afecten solamente los aspectos conductuales de la interacción sino ejerzan también una influencia moduladora sobre los sistemas reactivos y sobre los estados resultantes en el organismo.

Al considerar de esta manera la dimensión biológica, se rompen con las concepciones psicósomáticas u otras tradiciones que la fragmentan y consideran a la conducta como algo ajeno al cuerpo y por ende de los factores biológicos (Ribes, 2008 y Guerrero, 2014). Tomando en cuenta lo anterior, Ribes considera al comportamiento como la funcionalidad adquirida a través de la reactividad biológica (Guerrero, 2014). De esta manera las contingencias de una situación no solo tienen impacto sobre el aspecto conductual, sino que también influyen en los sistemas reactivos biológicos y los estados resultantes en el organismo, de esta manera se hace más o menos probable la aparición de patologías asociadas a alguna enfermedad.

3.2. Los resultados del proceso psicológico de la salud

Como se explicó previamente, el modelo psicológico de la salud biológica propuesto por Ribes, además de la dimensión de procesos, posee un segundo nivel de análisis, los resultados. Como se puede observar en la figura 1, en un primer momento están la vulnerabilidad biológica y la disponibilidad de presentar conductas instrumentales de prevención o de riesgo, estas hacen más probable

que se presente una patología biológica y conductas asociadas a la patología en el caso de las conductas instrumentales de riesgo, o por el contrario, si se trata de conductas instrumentales preventivas hacen menos probable que se presenten las patologías o conductas asociadas a éstas. En la siguiente parte se explicarán cada uno de los factores que componen la fase de resultantes del proceso psicológico de la salud.

3.2.1. La vulnerabilidad biológica

De acuerdo con Ribes (2008) la vulnerabilidad biológica se entiende como la interacción de condiciones orgánicas que, si se presentan los factores desencadenantes o de contagio directo, aumentan el riesgo de que el individuo desarrolle una enfermedad crónica o aguda. Algunas condiciones que afectan la vulnerabilidad se pueden manifestar como interacciones estrictamente biológicas, como pueden ser la desnutrición, la ausencia de anticuerpos por vacunación, el contagio de enfermedades de tipo viral o parasitario por prácticas de higiene inadecuadas, inhalación de sustancias tóxicas, etc. Otras son de naturaleza orgánicas, que se originan de alteraciones genéticas y congénitas, o como resultado de estados patológicos previos.

Las condiciones que afectan la vulnerabilidad biológica que se acaban de mencionar se originan indirectamente en las prácticas del individuo. Sin embargo, existen otras que son directamente mediadas por el comportamiento. Los estados biológicos se ven afectados por las contingencias del medio ambiente, por lo tanto la forma en la que el individuo interactúa con dichas contingencias propicia cambios específicos, por ejemplo, la secreción gástrica, la tensión arterial, etc. Este aumento de la vulnerabilidad biológica aumenta el riesgo de desarrollar procesos patológicos en el nivel orgánico, lo cual se explicará más adelante.

3.2.2. Las conductas instrumentales y la salud

Las conductas instrumentales son acciones que los individuos realizan, las cuales, directa o indirectamente disminuyen o aumentan la probabilidad de que contraigan una enfermedad (Ribes, 2008).

Las conductas instrumentales pueden tener como efecto, por un lado, el aumentar los riesgos de contraer una enfermedad o de empeorar el estado de una patología ya existente en el organismo, mientras que por otro lado pueden tener el efecto contrario disminuyendo el riesgo de contraer una enfermedad, evitando complicaciones o incluso contribuyendo a su remisión total. En este sentido las conductas instrumentales son las acciones efectivas que previenen o aumentan los riesgos de tener contacto con un agente fisicoquímico o biológico que pueden producir una patología biológica.

Las conductas instrumentales tanto de riesgo como de prevención pueden clasificarse en directas e indirectas. Las conductas instrumentales de riesgo directas son aquellas que producen el contacto con el agente patógeno, ya sea con un agente causante de lesiones, con un agente infeccioso o de otro tipo que afecte de forma específica órganos y tejidos, mientras que las conductas instrumentales de prevención directas son las que evitan el contacto con el agente patógeno, infeccioso o causante de lesiones. Por otro lado, las conductas instrumentales indirectas serían aquellas que aumentan o disminuyen la vulnerabilidad del organismo ante los agentes patógenos sin entrar en contacto directo con éste, por ejemplo, se puede aumentar la vulnerabilidad biológica con conductas instrumentales de riesgo indirectas como alimentarse de manera inadecuada, poca actividad física, mal uso de medicamentos, entre otras; por otra parte se puede disminuir la vulnerabilidad biológica con conductas instrumentales de prevención indirectas como alimentación adecuada, una buena actividad física, llevando un buen control del medicamento, entre otras.

En el caso de las conductas instrumentales de prevención indirectas se presentan mayores problemas al momento de entrenarlas o desarrollarlas en un individuo, pues sus efectos no son inmediatos ni específicos sobre la salud del individuo. Por otra parte las conductas instrumentales de prevención directas, en teoría, son más fáciles de desarrollar, aunque en ocasiones la naturaleza de algunas prácticas culturales (como el uso del condón) o el estilo de vida (bienestar económico y físico) llegan a influir negativamente sobre el entrenamiento de este tipo de conductas.

3.2.3. *La patología biológica y comportamientos asociados*

De acuerdo con este modelo (Ribes, 2008 y Guerrero, 2014) la ocurrencia de conductas instrumentales de alto riesgo y la existencia de un elevado grado de vulnerabilidad biológica, favorece la existencia de estados de patología biológica. Pese a que su tratamiento y terapéutica son de orden biomédico, los aspectos vinculados con el comportamiento del individuo no deben de descuidarse.

Existen tres aspectos que deben de considerarse. Primero, todos los factores vinculados a la adherencia y al seguimiento de una terapéutica específica, segundo, el comportamiento requerido en los aspectos rehabilitativos en el caso de enfermedades crónico-degenerativas o de aquellas enfermedades que presenten impedimentos físicos terminales y tercero, la aparición de comportamientos asociados a la enfermedad, que en ocasiones llegan a presentar autonomía funcional y se convierten en problemas terapéuticos por si mismos (Ribes, 2008).

De acuerdo con Rodríguez y García (2011) este modelo permite tener una visión integral de los comportamientos de riesgo cuya resultante es la diabetes tipo 2. Cabe el análisis de competencias en el cuidado de la salud, es decir desde el saber qué hacer, cómo hacerlo, las implicaciones de hacerlo o no hacerlo, y el tener conductas alternativas. Lleva también a analizar la conducta de riesgo de comer relacionada con elementos históricos de la persona, que forman parte del contexto en el que ocurre el comportamiento, tales como estilos interactivos, tendencias, gustos y preferencias, estados de ánimo, conmociones emocionales, motivos y, por supuesto, elementos del ambiente que junto con los factores disposicionales históricos también integran la situación en la que se come. El modelo prevé que en trabajo de prevención secundaria o terciaria, los efectos se identificarían como patologías biológicas y que seguramente hay conductas asociadas a estas patologías. En esa medida, el modelo analiza los distintos elementos constituyentes de la salud, considerando variables y elementos estudiados por otras aproximaciones, aunque, de una forma naturalista e integral,

además de incluir factores marginados en la investigación de estos comportamientos.

4. ANÁLISIS CONTINGENCIAL

En el capítulo anterior se explicó cómo está conformado el modelo psicológico de la salud biológica propuesto por Ribes (2008) y como es que éste sirve principalmente para guiar la función del psicólogo en el campo de la salud, el cual no es un campo propiamente del psicólogo, sino que es un campo multidisciplinario, donde el psicólogo tiene funciones que complementan las de otros especialistas. Pero para poder realizar estas funciones el psicólogo debe de poseer una metodología que le permita delimitar los componentes de la interacción psicológica de un individuo para después entrenar las conductas instrumentales o las competencias necesarias para el cuidado de la salud. La metodología que se propone utilizar en este trabajo es el Análisis Contingencial.

El Análisis Contingencial es una metodología destinada al trabajo de campo del psicólogo y fue desarrollado por Ribes, Díaz-González, Rodríguez y Landa en 1986 (Rodríguez, 2015). Con base en la obra de Ribes y López (2012), estos autores desarrollaron categorías y conceptos que poseen una relación de correspondencia con la teoría y que permiten generar una explicación o un cambio en el comportamiento humano en sus diferentes campos de relación, como son laboral, familiar, deportivo; entre otros. En este trabajo nos enfocaremos en el campo de la salud.

Esta metodología permite analizar y cambiar el comportamiento individual con diferentes propósitos: detección y diagnóstico, planeación y prevención, desarrollo, intervención e investigación. Para alcanzar estos propósitos el Análisis Contingencial consta de cinco pasos y son: 1) Identificación de las relaciones microcontingenciales, 2) evaluación del sistema macrocontingencial, 3) génesis del problema, 4) análisis de soluciones y 5) selección, diseño, aplicación y evaluación de las estrategias de intervención. A continuación se explicará cada uno de estos pasos que conforman el Análisis Contingencial.

4.1. Sistema microcontingencial

El sistema microcontingencial se refiere al conjunto de relaciones que una persona establece con objetos, personas, circunstancias o eventos del ambiente

(Rodríguez 2015). Por lo tanto al momento de analizar el sistema microcontingencial, lo que se busca es identificar todos los elementos implicados en un comportamiento, que se delimita por una circunstancia social determinada.

Para su estudio el Sistema microcontingencial se compone de: 1) Morfologías de conducta, 2) Situaciones 3) Conducta de otras Personas y 4) Efectos. Cada uno se explicará a continuación.

4.1.1. *Morfologías de conducta*

Esta primera categoría del sistema microcontingencial alude a la identificación de formas en que la persona, cuyo comportamiento se estudia, se relaciona con circunstancias, objetos o eventos de su ambiente así como con las personas significativas en esa relación. De acuerdo con Rodríguez (2015) en este apartado se identifican formas de conducta, lo que la persona dice, hace y piensa; por ejemplo, llorar, gritar, chantajear, decirse a sí mismo algo, ingerir bebidas alcohólicas; entre otros.

Se pueden identificar morfologías efectivas (aquellas que afectan la conducta de otros) y afectivas (que afectan solamente a la persona que las emite, como marearse, temblar, etc.).

También se debe de incluir las morfologías de conducta de otras personas significativas dentro de esa situación de estudio, asimismo se debe de incluir información con respecto a algunos parámetros de estas morfologías (latencia, frecuencia e intensidad) si resultan relevantes (Rodríguez, 2015).

4.1.2. *Situación*

Las situaciones comprenden las características físicas y sociales, tanto del usuario como del ambiente, que poseen una función disposicional, en otras palabras su función es facilitar o entorpecer, haciendo más o menos probable una interacción particular (Rodríguez, 2014). Si tomamos el concepto de *disposicional* de Ryle (1967) estos factores, cuando son del usuario se conforman por capacidades y

tendencias, mientras que cuando aluden a propiedades del ambiente físico y social constituyen una situación física o social.

Las subcategorías que corresponden a *Situaciones* son: a) circunstancia social, b) lugar o lugares, c) objetos o acontecimientos físicos, d) conductas socialmente esperadas, e) las competencias e incompetencias para llevar a cabo lo socialmente esperado, f) inclinaciones y propensiones; y g) tendencias (Rodríguez, 2014 y 2015).

- a) Circunstancia social. En esta categoría se especifica el tipo de circunstancia social en la que se enmarca la situación a estudiar. Por ejemplo: familia, pareja o laboral.
- b) Lugar o lugares. Un espacio físico también puede tener una función disposicional para una conducta determinada, por ejemplo la escuela puede facilitar la conducta de estudiar
- c) Objetos o acontecimientos físicos. Se debe de identificar todo objeto o acontecimiento físico que facilite u obstaculice la conducta de estudio.
- d) Conductas socialmente esperadas. En toda circunstancia social, existen demandas para las personas. Estas demandas casi siempre son tácitas y poseen una función disposicional. Lo que una persona espera de otra o de sí misma hace más o menos probable la emisión de un comportamiento. Por ejemplo que en una fiesta familiar se espere que lo invitados coman todo lo que se ofrece, hará más probable que alguno de esos invitados lo haga.
- e) Competencias o incompetencias para llevar lo socialmente esperado. Se refieren a la capacidad o incapacidad que una persona presenta para satisfacer lo que se espera de ella en una situación específica. Por ejemplo, si en una situación se espera que una persona cuide sus niveles de glucosa, pero ésta no sabe utilizar un glucómetro, entonces difícilmente será capaz de cumplir con lo que se espera de ella en esa situación, o si no tiene la información sobre lo que implica cuidar su alimentación, ello hace más probable que coma cualquier alimento.

- f) **Inclinaciones y propensiones.** Las inclinaciones e refieren a gustos y preferencias mientras que las propensiones, que se refieren a estados de ánimo, a conmociones emocionales y a condiciones biológicas. Por ejemplo, comer de más cuando se está alegre o comer menos cuando se está enfermo.
- g) **Tendencias.** De acuerdo con Rodríguez (2014 y 2015), “este concepto se refiere a costumbres, hábitos y formas de comportamiento que en el pasado se han vinculado con efectos específicos y por esta razón en determinadas circunstancias tienen una alta probabilidad de emisión.” (pp. 94)

Si bien los puntos antes señalados son todos los factores que conforman una situación, al momento realizar un análisis no todos los factores van a ser relevantes para una determinada interacción. Es labor del psicólogo determinar los factores implicados para cada interacción analizada.

4.1.3. Conducta de otras Personas

Esta categoría permite evaluar la participación y la función que tiene el comportamiento de otras personas significativas en la interacción que se estudia. En este sentido, en un primer momento se evalúan dos funciones básicas: mediador y mediado, para posteriormente identificar otras funciones de carácter disposicional: regulador y auspiciador (Rodríguez, 2015 y Guerrero, 2014). Cada una de estas funciones se va a describir a continuación.

- a) **Mediador.** Se refiere al comportamiento que prescribe las contingencias para la interacción. Un comportamiento mediador establece los criterios para la interacción ya sea por instrucciones, con el ejemplo, explicando las normas o estableciendo sanciones, entre otros.
- b) **Mediado.** Es el comportamiento que se ajusta o se regula por medio del comportamiento mediador. En otras palabras, es el que se ajusta a las instrucciones, sigue el ejemplo o complace al otro por medio de su comportamiento.
- c) **Auspiciador.** Este comportamiento consiste en facilitar las condiciones para que otro comportamiento se presente, sin que la persona participe

en esa interacción. Por estas propiedades este tipo de comportamiento tiene una función disposicional.

- d) Regulador de propensiones y/o inclinaciones. Existen personas cuyo comportamiento puede modular gustos, preferencias, estados de ánimo o conmociones emocionales en otro y a este comportamiento se le conoce como regulador de propensiones o inclinaciones. Al igual que el comportamiento auspiciador, no en todas las interacciones existe un comportamiento regulador relevante en la interacción que se estudia.
- e) Regulador de tendencias. Es similar el comportamiento anterior solo que en este caso el comportamiento de una persona modula en otra un hábito o tendencia. Por ejemplo si un padre de familia cada que come toma refresco y sus hijos ya tienen hábito de tomar refresco, cuando están con su padre, es más probable que lo hagan.

Es importante recordar que no en toda interacción de estudio hay comportamientos de otras personas con una función disposicional.

4.1.4. Efectos

La última categoría del análisis microcontingencial es la correspondiente a los efectos. Estos hacen referencia a la relación que existe entre lo que el usuario dice, hace o piensa y los cambios que esto puede tener en el ambiente, la conducta de otros o la conducta propia (Rodríguez, 2014 y 2015 y Guerrero, 2014). Dependiendo del tipo de cambio generado, los efectos se clasifican en: a) efectivos, b) afectivos e c) inefectivos.

- a) Efectivo. Se refiere al cambio que la conducta propia genera en la conducta de otros o en alguna propiedad físico-química del ambiente, por ejemplo que un paciente con diabetes coma todo lo que le ofrecen y lo alabe, puede tener como consecuencia que los demás le hagan platillos y se los ofrezcan.
- b) Afectivo. Este tipo de comportamiento se refiere al que no tiene efecto en la conducta de otros o en propiedades físico-químicas del ambiente, pero que produce modificaciones en el propio individuo, por ejemplo

comer grasas o cereales en exceso, no modifica el ambiente, ni afecta a los demás, pero si va a provocar un incremento de peso e incluso un daño a órganos como el hígado, o comer de forma poco o nada saludable y pensar que no tiene fuerza de voluntad, también es un cambio en el comportamiento del propio individuo.

- c) Inefectivo. Se considera que una conducta es inefectiva cuando no genera cambios ni en el ambiente ni en la propia persona, como algunos comportamientos de ajuste.

En resumen, el sistema microcontingencial consiste en identificar los factores que están implicados en una interacción, su función dentro de la misma y posteriormente determinar el peso explicativo que poseen los diferentes componentes.

4.2. Sistema macrocontingencial

El análisis macrocontingencial consiste básicamente en la identificación de la correspondencia o no correspondencia entre las prácticas valorativas de una persona y las de su entorno social.

La manera de estudiar la dimensión moral del comportamiento, desde una perspectiva psicológica, es concretarla en una persona y su entorno social. Los valores no son otra cosa que acciones y creencias desvinculadas de las situaciones aquí y ahora y que responden a criterios morales normativos, esto es, las acciones y creencias valorativas se explicitan en una relación con uno o varios grupos de personas y esta explicitación es la que regula posteriormente el comportamiento moral de la persona en otras situaciones.

Para poder plantear el estudio de la dimensión moral del comportamiento, se parte (teóricamente) de que las acciones y creencias valorativas son comportamientos sustitutivos (Rodríguez, 2014, Ribes y López, 2012 y Ribes, 2011), lo cual significa que la persona se comporta desligándose en tiempo y espacio de la situación, en la que, por decirlo así, se aprendieron estos valores en forma de acciones y creencias. Para poder analizar la correspondencia valorativa entre una persona y su grupo social y considerando que estos valores se

aprendieron en una circunstancia cuyos valores se explicitan como el “deber ser” de un tipo de relación; se identifican dos microcontingencias, una ejemplar y una situacional (Rodríguez, 2014 y Guerrero, 2014).

- a) Microcontingencia ejemplar. Es aquella Microcontingencia en la que una persona o varias establecen o establecieron de manera explícita un modo de comportamiento como “deber ser” de cierto tipo de relación.
- b) Microcontingencia situacional. Son aquellas microcontingencias que están reguladas por las ejemplares y en las que los criterios valorativos son tácitos.

Tomando en cuenta estas dos microcontingencias, el análisis macrocontingencial se realiza estudiando correspondencias entre la ejemplar y la situacional, así como en ambos tipos de microcontingencia. Para esto se identifican las dos dimensiones del comportamiento valorativo, las prácticas efectivas, es decir, acciones, y la práctica sustitutiva que se refiere a las creencias que posee el individuo en relación con ese tipo de acción. Esta relación entre las dos microcontingencias, entre el hacer y creer; y entre personas, se realiza a través de diferentes niveles de correspondencia. Por un lado, las correspondencias intrasujeto: en las que se analiza la correspondencia o falta de ella entre lo que hace una persona y lo que cree con respecto a lo que hace. Por otro lado, las correspondencias intersujeto que se refieren a las que puede o no haber entre las diferentes personas significativas en una interacción, tomando como eje lo que hacen y lo que creen (Guerrero, 2014).

4.3. Génesis del problema

El otro aspecto para evaluar en el análisis contingencial es lo que se le conoce como génesis del problema y abarca todos los aspectos del pasado de la persona que pueden tener una función disposicional en la conducta actual que se está estudiando.

Para el estudio de la génesis del problema se evalúan tres aspectos: a) historia de la microcontingencia, b) estrategias de interacción y c) evaluación de

competencias (Rodríguez, 2014). A continuación se describirán cada uno de manera más detallada.

4.3.1. *Historia de la microcontingencia*

- a) Circunstancia en la que se inició la conducta. Esto hace referencia a la descripción de las circunstancias en las que la conducta estudiada adquirió su funcionalidad particular.
- b) Situación en que se inició la microcontingencia actual. Se refiere al cómo se originó la interacción estudiada en el sistema microcontingencial.
- c) Historia mediadora de la conducta. En este apartado se evalúa si la conducta estudiada ha tenido una función mediadora en el pasado de la persona, en otras palabras, si su conducta ha regulado el comportamiento de otros.
- d) Funciones disposicionales en el pasado de las personas significativas en la microcontingencia presente. En esta parte se analiza si en el pasado las personas consideradas como significativas en la interacción, han presentado conductas que regulen estados de ánimo, conmociones, tendencias, o que hayan auspiciado el comportamiento de la persona, que se estudia, en situaciones diferentes a la estudiada.

4.3.2. *Estrategias de interacción*

Debido a que es posible que un usuario valore futuras situaciones problemáticas, se deben de evaluar sus estrategias de interacción o estilos interactivos. Estos conceptos aluden al modo consistente e idiosincrásico en el que una persona se relaciona con cierto tipo de situaciones. Para este apartado se debe de considerar evaluar dos aspectos:

- a) Los tipos de arreglos contingenciales o situaciones que ha enfrentado el usuario
- b) El modo consistente en que el usuario ha enfrentado estas situaciones.

En el Análisis Contingencial también se debe de evaluar el comportamiento no problemático, para lo que se utiliza la evaluación de competencias, que se explicará a continuación.

4.3.3. *Evaluación de competencias*

- a) Ejercicio no problemático de la conducta problema. Se debe de evaluar la situación donde la conducta problema no se valora como tal de acuerdo a las circunstancias sociales y los lugares, las personas involucradas y su función, y por último otras morfologías de conducta del usuario en esas situaciones.
- b) Funcionalidad de las conductas en dichos contextos. Se evalúa esta funcionalidad de tres maneras: 1) Como mediadora de la conducta de otras personas o del propio usuario, 2) Posible funcionalidad disposicional de la conducta y 3) La efectividad de la conducta problema en estos contextos.
- c) Disponibilidad de respuestas no problemáticas potencialmente funcionales en la microcontingencia presente. Para esto se describen relaciones microcontingenciales no problemáticas, morfologías de conducta adecuadas frente a contingencias semejantes a las problemáticas y morfologías de conducta no problemáticas del usuario en relaciones con las personas significativas de la microcontingencia problema o semejantes.

A partir de este paso los dos que siguen son el componente propiamente tecnológico del análisis contingencial y se procede a ellos cuando hay que hacer alguna intervención y existe un comportamiento valorado como problemático.

4.4. *Análisis de soluciones*

Una vez que ya se ha realizado el análisis microcontingencial, macrocontingencial y la génesis del problema, se debe de proceder a buscar las posibles soluciones. Esta búsqueda de soluciones se debe de hacer siempre con ayuda del usuario.

Utilizando el análisis microcontingencial y el análisis macrocontingencial, se determina entonces la dirección del cambio. Para esto se utiliza la siguiente tabla.

Tabla 1
Tabla de Análisis de Soluciones

	Cambio	Mantenimiento
	Macrocontingencial	Macrocontingencial
Mantenimiento		
Microcontingencial		
Cambiar conducta de otros		
Cambiar conducta propia		
Opciones por nuevas microcontingencias		
Otras opciones funcionales de la misma conducta		

En la Tabla 1 el eje horizontal corresponde a la dimensión macrocontingencial. En ésta se puede optar por dos decisiones: mantenimiento macrocontingencial o cambio macrocontingencial. Si el problema es de orden macrocontingencial, entonces se selecciona cambio macrocontingencial; sin embargo, cuando el problema corresponde a un nivel microcontingencial entonces se selecciona mantenimiento macrocontingencial. Existen problemas en los que se debe de incidir en ambas dimensiones, por lo que se deberá de seleccionar la mejor opción según sea el caso (Guerrero, 2014).

Por otra parte en el eje vertical se encuentra lo correspondiente a la dimensión microcontingencial. Cuando el problema no se encuentra en este nivel, se selecciona la opción “mantenimiento microcontingencial”, pero si lo que se busca es generar un cambio, entonces se selecciona una de las siguientes opciones:

- Cambiar conducta de otros. Se busca cambiar el comportamiento de las otras personas significativas en la interacción que se está estudiando.
- Cambiar conducta propia. Lo que se pretende es cambiar la conducta del usuario en términos de su función, con el objetivo de desarrollar competencias y de esta forma, precise o regule sus efectos.
- Opciones por nuevas microcontingencias. Esta opción consiste en que el usuario abandone la microcontingencia problema y se desplace a una nueva.
- Otras opciones funcionales de la misma conducta. Consiste en la modificación de la microcontingencia, aprovechando los recursos con los que cuenta el usuario.

4.5. Selección, diseño, aplicación y evaluación de los procedimientos de intervención

En el análisis contingencial se considera que cada problema es único y por lo tanto no existen técnicas “ad hoc” para darle solución a los problemas. Cada problema, por lo tanto, requiere de una selección y diseño individual que le dé solución.

En este sentido las técnicas de intervención se estructuran de acuerdo a las características particulares de la problemática (Díaz-González, Landa y Rodríguez, 2002)

De acuerdo con lo anterior, Díaz-González, Landa, Rodríguez, Ribes y Sánchez (1989), plantean que el diseño y la selección de la intervención se deben basar en la identificación o análisis realizado en los tres primeros pasos, así como en la solución elegida. Posteriormente se selecciona o diseña el tipo de intervención considerando los siguientes criterios funcionales: a) naturaleza de la interacción terapéutica, b) tipo de procedimiento en términos de sus efectos y c) funciones del terapeuta.

4.5.1. Naturaleza de la interacción terapéutica

Este primer apartado contempla las características de la interacción que se estudia, así como las características específicas de la conducta a la que se dirige la técnica o procedimiento. Para esto existen cinco categorías que dan cuenta de la naturaleza funcional de la interacción (Guerrero, 2014).

- a) Oportunidad. Consiste en la acción de discriminar las circunstancias y lugares en los que se debe de emitir la conducta
- b) Precisión. En este caso el individuo sabe hacer algo, pero no lo sabe hacer con la precisión o fineza adecuadas.
- c) Tendencia. En este caso se habla de un comportamiento con altas probabilidades de emisión que se valora como problema.
- d) Relación de efecto. Es cuando el factor crítico para la valoración de un comportamiento como problema, se relaciona con las consecuencias del mismo.
- e) Adquisición. Como su nombre lo indica, se valora un comportamiento como problema porque la persona carece de alguna habilidad, y por lo tanto se trata de que la conducta adquiera una nueva funcionalidad.

4.5.2. Tipo de procedimiento en término de sus efectos.

Para este segundo grupo de criterios se debe de tener en cuenta el efecto que se espera tener de la aplicación de determinada técnica o procedimiento. Para esto Rodríguez (2014), considera cuatro categorías:

- a) Procedimientos para alterar disposiciones. Son aquellos procedimientos que tienen por objetivo alterar propiedades de objetos, propiedades físicas, inclinaciones, tendencias o desplazar competencias disponibles.
- b) Procedimientos para alterar la conducta de otros. Estos procedimientos van enfocados a modificar la función de la conducta de otras personas significativas.
- c) Procedimientos para alterar la conducta propia. Implican alterar la conducta propia, ya sea modificando su función, creando o alterando

competencias o estableciendo conductas que cambien efectos disposicionales.

- d) Procedimientos para alterar prácticas macrocontingenciales. Estos procedimientos buscan alterar la práctica valorativa del usuario o de los otros significativos en la interacción.

4.5.3. Funciones del terapeuta

En este punto se debe de considerar la función que puede tener el psicólogo en los diferentes momentos de la interacción terapéutica:

- a) Auspiciar. El psicólogo crea las condiciones para que se dé una interacción, sin formar parte de ella.
- b) Informar. Consiste en referir los efectos, la situación y todos los factores que se relacionan con la interacción objetivo.
- c) Regular. Implica modular los momentos y las morfologías de una conducta específica.
- d) Instigar. Involucra persuadir al usuario de comportarse de una manera específica.
- e) Entrenar. Consiste en establecer en el usuario conductas deseables a emitir
- f) Instruir. Referirle al usuario la conducta compatible con determinada interacción.
- g) Participar. En este caso el psicólogo forma parte de la interacción directamente.

Por ultimo cada que se utiliza esta metodología se deben de evaluar los cambios que la intervención provoca en el usuario de principio a fin (Rodríguez, 2014 y Guerrero, 2014). Para esto se emplea la Guía de Evaluación de Cambios (ver Tabla 2), la cual es una clasificación funcional de los cambios que el usuario presenta, sean causados por las estrategias de intervención o no.

Tabla 2
Guía de Evaluación de Cambios (GEC)

Procedimiento	Tipo	de	cambio
---------------	------	----	--------

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

Como se puede ver en la Tabla 2, el eje vertical de la GEC contiene cada uno de los momentos de la intervención del psicólogo y en los que se puede llegar a observar un cambio. Por otra parte en el eje horizontal se debe de registrar el procedimiento empleado y el cambio que el usuario presentó en ese momento.

Para registrar el tipo de cambio que se puede presentar se emplean 17 categorías, agrupadas en los siguientes cinco grupos:

- a) Alteración de disposicionales. Es la alteración de los factores disposicionales que le dan contexto a la conducta problema.
 - 1) Propiedades de objetos y acontecimientos físicos
 - 2) Desplazamiento de competencias
 - 3) Inclinationes
 - 4) Tendencias
 - 5) Conducta propia con efectos disposicionales sobre sí mismo
 - 6) Estrategias de interacción
- b) Alteración de la conducta de otros. Esta categoría abarca los cambios en la conducta de otras personas en término de su función.
 - 7) Conducta de auspiciadores
 - 8) Conducta de reguladores de propensiones e inclinaciones
 - 9) Conducta de reguladores de tendencias
 - 10) Conducta de mediadores
- c) Alteración de la propia conducta. Abarcan los cambios que el usuario puede presentar en la función de su propia conducta.
 - 11) Efectos sobre sí mismo de la conducta propia

- 12) Conducta mediadora propia
- 13) Desarrollo de competencias
- 14) Establecimiento de conductas que alteran efectos de otras conductas propias
- d) Alteración de prácticas macrocontingenciales. Consiste en los posibles cambios que el usuario puede presentar en cuanto a su práctica valorativa.
 - 15) Conducta propia que altera prácticas valorativas de otros.
 - 16) Conducta propia para ajustarse a las prácticas valorativas de otros.
 - 17) Conducta de otro que cambia prácticas valorativas propias y/o de otros.
- e) Sin cambio. Esta es la última categoría la cual hace referencia a la ausencia de cambio por parte del usuario.

4.6. *El estudio de caso*

En este capítulo y en el anterior se han explicado las funciones del psicólogo en el campo de la salud y la metodología que debe de utilizar. Si bien el análisis contingencial puede ser empleado como metodología para la investigación también puede ser utilizado para analizar y generar un cambio en la conducta estudiada y valorada como problema por el usuario. Para este trabajo se utilizará la segunda función del análisis contingencial para un estudio de caso relacionado con un paciente diabético.

Desde la aceptación y uso de las herramientas de la metodología cualitativa, se ha aceptado el estudio de caso como herramienta para la investigación. Esto debido a que permite el estudio del fenómeno y su contexto (Guerrero, 2014 y Yacuzzi, 2005).

Con relación a lo anterior Chetty (1996) y Guerrero (2014) describen las principales ventajas que presenta un estudio de caso como metodología para la investigación:

- Es adecuada para investigar fenómenos en los que se busca dar respuesta a las preguntas de cómo y por qué ocurren.

- Permite el estudio de un tema en específico.
- Es ideal para el estudio de temas para los que las teorías existentes son insuficientes o inadecuadas.
- Permite el estudio de los fenómenos desde diferentes perspectivas.
- Facilita explorar de forma más profunda y obtener un conocimiento más amplio del fenómeno estudiado.

Por otra parte de acuerdo con Solano (2005), las principales desventajas que presenta un estudio de caso son las siguientes:

- Los resultados no pueden ser susceptibles de generalización, a no ser de que exista la suficiente evidencia empírica y un uso ordenado y adecuado del método.
- Debido a sus características constituye un gasto de tiempo y dinero, pues el caso constituye por sí solo una investigación formal.

Ahora, a pesar de que los resultados de un estudio de caso no son generalizables, hay muchas ventajas de tener los detalles de un caso concreto. Para ello se puede emplear el Análisis Contingencial. Esta metodología aplicada a un estudio de caso, permite el estudio del fenómeno en su contexto, ilustrando particularidades, lo cual es de vital importancia para la innovación de tecnología e investigaciones aplicadas.

5. REPORTE DEL ESTUDIO DE CASO

Tomando en cuenta el modelo de salud biológica propuesto por Ribes (2008) y el Análisis contingencial elaborado por Ribes, Díaz-González, Rodríguez y Landa (Rodríguez, 2014), se llevó a cabo una intervención individualizada a un paciente con diabetes tipo dos, que llevaba a la par un taller grupal, para mejorar su adherencia a la dieta. A continuación se describirá el caso y la intervención elaborada.

El paciente fue un hombre casado de 68 años, pensionado. Su núcleo familiar está conformado por su esposa, su nana y en algunas ocasiones, en especial en las vacaciones, cuida de su nieta. Posee el título de arquitecto y se especializa en la planeación ambiental. Desempeñó estas funciones en la Secretaria de Desarrollo Urbano hasta hace 10 años que se pensionó.

Queja principal: Tiene problemas para adherirse a su dieta en especial en lo que se refiere a porciones y horarios. Esto le trae varias consecuencias a su salud, pues lleva 10 años diagnosticado como diabético y hasta hace unos meses ha decidido cuidarse. Su principal motivación es bajar de peso y no depender tanto de los medicamentos, por otra parte le motiva su nieta y sus hijos pues él quiere estar más tiempo con ellos. Por esto mismo ha decidido asistir a los talleres y a las asesorías con la nutrióloga, pese a que se le ha hecho la invitación en más de una ocasión en años anteriores.

Institución que remite: Clínica de Medicina Familiar ISSSTE Unidad Naucalpan

Intentos previos de solución del problema. Desde que fue diagnosticado él no le dio mucha importancia al cuidado de su salud, pues consideró que si ya le había dado diabetes, él tenía que disfrutar su vida sin restricciones y sin limitantes en su alimentación. Lo único que comenzó a hacer fue salir a caminar-trotar a un deportivo cerca de su casa. Es hasta una salida con su familia, mientras él estaba con su nieta, que él sintió demasiada sed y considero que la diabetes no se la podía cuidar el solo sin ayuda por lo que asiste a su clínica y a las asesorías con su nutriólogo.

Valoración del problema por parte del usuario y por parte de otros. Considera su problema para adherirse a la dieta como algo malo, pues afecta su salud y él sabe que con la dieta él puede controlarse y no depender tanto de los medicamentos. Su familia también considera un problema la mala alimentación pero no están pendientes de su modo de alimentarse. Su nutriólogo y su médico lo consideran un problema para su salud y que si no se cuida se puede complicar.

5.1. Presentación del caso

La información que aquí se presenta se obtuvo a partir de diversas entrevistas realizadas el 31 de Julio al de 4 de Septiembre.

El señor "H" se presentó al taller para adherencia a la dieta en compañía de su esposa y fue dentro de este taller y por su interés en el mismo que se le eligió para las asesorías individuales. Mencionó que no es la primera vez que lo invitan al taller, pero sí la primera vez que acepta, principalmente por sus nietos y porque consideró que ya necesitaba ayuda para cuidar su salud.

Comentó que lleva ya diez años que lo diagnosticaron con diabetes y que de hecho está medicado con metformina, pioglitazona y glibenclamida. Él no tiene ningún familiar directo con diabetes, por lo que está convencido de que es el único responsable de su condición y que la fue formando por sus hábitos.

Antes de que se pensionara su trabajo era muy sedentario y se la pasaba todo el tiempo sentado haciendo trabajo de escritorio, su única actividad era sacar a pasear los perros. Asimismo su alimentación era en grandes porciones y acompañada con alcohol, pues acostumbraba comer en cantinas donde la comida iba gratis con la bebida o en restaurantes donde las porciones son grandes. Al momento de pensionarse continuó con los mismos hábitos alimenticios pero con menos actividades que cuando trabajaba y unos meses después le diagnostican diabetes.

Si bien llevaba diez años diagnosticado con diabetes nunca acudió al médico para consultas o al nutriólogo para que le recetaran una dieta, pues él se negó a creer que padecía de esta enfermedad y consideró que solo era cuestión de hacer ejercicio.

Su condición como diabético es algo que solo le había comentado a su familia nuclear (esposa, nana e hijos) pues él creía que las otras personas dirían “¿Cómo le pasó esto a él?” “No es posible” o “No puede cuidarse solo” ya que él tenía una imagen con su familia de ser alguien capaz y competente.

De las personas que sí conocían su condición; su hija no le comentaba nada y se mostraba distante al respecto; su nana no le cuestionaba nada y le respetaba lo que él quería comer; su esposa en un principio no le preguntaba sobre su dieta hasta que tomó el taller, pues ya se mostró más interesada en la dieta y en la salud de su esposo; y su hijo le preguntaba si se estaba cuidando y le regalaba cosas para su salud como un glucómetro y lancetas.

Por varios años estuvo solamente corriendo en un deportivo cercano a su casa, basándose en remedios que leía en internet y checándose la glucosa en campañas de salud que se colocaban en ese mismo deportivo. Hasta hace dos años en una salida familiar él sintió muchísima sed y decidió ir al médico por una dieta, la cual abandonó pues ya no sentía síntomas y consideró que estaba mejor. Hace unos meses volvió por otra dieta, comenzó a asistir a los talleres y comentó ya estar decidido a seguir las recomendaciones.

Su actividad física era poca, principalmente era en las mañanas pues sacaba a sus perros a pasear y de lunes a jueves, después de pasear a sus perros, regresaba a bañarse y desayunar para ir a correr a un deportivo cercano a su casa. Su rutina en el deportivo constaba de 15 minutos trotando, 15 caminando y 10 en las máquinas del parque estirando brazos y piernas. Al terminar su rutina regresaba a su casa y si había cosas que reparar o arreglar en la casa las hacía, sino, se dedicaba a actividades de escritorio como leer libros y artículos en internet o ver películas hasta que llegara su esposa del trabajo.

Los fines de semana él se levantaba a las 8 y sacaba a pasear a sus perros, regresaba a su casa y volvía a la cama para leer el periódico y estar con su esposa. Desayunaba hasta que ella se levantara, lo cual ocurría entre las 10:00am y las 12:00am y acostumbraban salir a pasear al parque o al centro de la ciudad. En ocasiones por estas salidas no comía o comía en la calle cosas que no entraban en su dieta.

En específico sobre su alimentación, comía sin seguir sus horarios pues desayunaba a las 8-9 de la mañana, no tomaba ninguna colación, comía hasta las 3-4 de la tarde, bebía un vaso de whiskey antes de la comida y cenaba hasta las 9 o 10 de la noche. El no cocinaba su comida, se la cocinaba su nana, su esposa e incluso en algunas ocasiones su hija. Lo que él si controlaba es lo que se compraba para la despensa, pues acostumbraba ir los miércoles por fruta al supermercado y los fines de semana iban por la despensa completa con su esposa y su nieta.

En eventos o fiestas importantes, por ejemplo cuando su hijo lo visitaba, él se olvidaba de seguir su dieta, pues se consideraba un amante de la comida y ya que su hijo cocinaba bien, él aprovechaba y comía en demasía e incluso bebía vino y whiskey en compañía de su hijo, pues este es catador de vinos. También en fiestas con la familia de su esposa comía mucho de lo que le ofrecían, no todo, pues llegaban a preparar comidas que él consideraba muy grasosas, pero sí lo que le gustaba, por ejemplo la nata y como no saben de su condición como diabético, le ofrecían más.

Por último mencionó que se sentía avergonzado y apenado de acudir al nutriólogo y al médico a consulta, pues cuando veían que no estaba siguiendo su dieta, él creía que ellos pensaban que no vale la pena seguir dándole indicaciones y él mismo sentía que su esfuerzo no servía de nada.

5.1.1. Análisis Microcontingencial

Morfologías	Situaciones	Personas	Efectos
Del usuario Le pedía a su nana que le cocinara lo que se le antojaba. Bebía alcohol, de uno a dos vasos de whiskey al	Circunstancia social <ul style="list-style-type: none"> • De salud Lugares <ul style="list-style-type: none"> • Su casa Objetos o acontecimientos físicos <ul style="list-style-type: none"> • Su cantina estaba siempre lista con 	Comportamiento Mediador: Usuario Comportamiento Mediado: Usuario	Sobre sí mismo: Cuando comía de más se sentía decepcionado pues pensaba que el esfuerzo de tratar de llevar su dieta no servía para nada.

<p>día. Si comía carne roja bebía una copa de vino. Pensaba que podía dejar de tomar medicamentos si llevaba buenos hábitos alimenticios y hacía ejercicio. Comía en porciones poco saludables. Si le ofrecían algo de comer que le gustaba lo aceptaba sin importar las porciones. Buscaba en internet efectos secundarios de lo que le recetaban los médicos, enfermeros y nutriólogos para argumentar en contra de las indicaciones. Comía fuera de sus horarios si su</p>	<p>bebidas que le gustaban. Conductas socialmente esperada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Del médico: Que siguiera las indicaciones que le daban y que se adhiriera a su dieta y tratamiento • De su familia: Que cuidara sus niveles de glucosa, que bajara de peso y que lo hiciera él solo. <p>Capacidad para el ejercicio de dichas conductas</p> <ul style="list-style-type: none"> • No respetaba sus horarios los fines de semana por no despertar a su esposa. • Era constante en otros aspectos de su vida como pasear a sus perros, tomar whiskey y caminar en el deportivo. • Sabía programar alarmas para realizar algunas actividades. • Cuando se le han presentado 	<p>Regulador de propensiones: Hijo, pues aunque no obligaba a su papá a comer de forma poco saludable, si cocinaba cosas que no iban con la dieta se su padre. Reguladora de tendencias: Esposa y Nana</p>	<p>Se sentía avergonzado con la doctora y la nutrióloga. Sus hábitos lo habían llevado a la obesidad y a tener diabetes. Sobre otros: Su esposa solo le recordaba que es su responsabilidad. Su hijo lo regañaba y lo vigilaba si estaba con él. Su nana lo felicitaba por bajar de peso. Su hijo le compraba cosas para su cuidado como glucómetros.</p>
---	---	--	--

<p>esposa descansaba o estaba de vacaciones. Cuestionaba las indicaciones que le daban los médicos y especialistas. Tomaba sus medicamentos en los horarios que él consideraba apropiados y no en los que le indicaban los médicos. Si leía muchos efectos secundarios del medicamento que le recetaban lo suspendía. Pensaba que la gente no tenía que saber de su condición como diabético. Solucionaba él mismo sus problemas, sin solicitar ayuda.</p> <p>De otros</p>	<p>problemas económicos o laborales los ha solucionado solo y sin ayuda</p> <p>Inclinaciones y propensiones</p> <p>Gustos y preferencias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le gustaba comer con vino o whiskey. También le gustaba la comida que preparaba su hijo. • Le gustaba seguir remedios naturistas. • Lee gustaba leer sobre la diabetes en blogs de internet. • No le gustaba leer sobre las consecuencias de la diabetes, le parecían de mal gusto. • Prefería comer lo que le gustaba en lugar de algo saludable. <p>Estado de ánimo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando estaba enojado comía menos. Por el contrario cuando estaba alegre comía de más. <p>Tendencias</p>		
---	---	--	--

<p><u>Esposa:</u> Comía poco saludable y sin horarios. Ella compraba la despensa completa el fin de semana</p> <p><u>Hijo:</u> Le preguntaba a su padre sobre su dieta. Cuando él estaba, él cocinaba para todos en la familia, incluso cosas que no entraban en la dieta de su padre.</p> <p>Nana: Cocinaba lo que él le pedía.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A beber vino cuando comía carne • A beber whisky antes de comer 		
--	--	--	--

Persona mediadora: Usuario, dado que él mismo regulaba su forma de comer. Sus propensiones, inclinaciones y tendencias hacían mucho más probable su forma poco saludable de comer, aunque también influían sus creencias basadas en lecturas de internet sobre los alimentos saludables y no saludables. Por ejemplo, el que consumiera alcohol se debía a que él creía que, ya que el alcohol no le subía los niveles de glucosa, podía beberlo en las cantidades que él quisiera ya que no le causaría problemas.

5.1.2. Análisis Macrocontingencial

En este caso la conducta de comer se valoraba como un problema por un criterio de salud en relación a la adherencia a la dieta (porciones y horarios) y no por un criterio moral.

5.1.3. Génesis del Problema

- Historia de la Microcontingencia
 - Circunstancia en la que se inició la conducta

Hace dos años en una salida con su familia él sintió muchísima sed y se dio cuenta que era a causa de la diabetes y que por lo tanto él ya no podía seguir solo con ejercicio para cuidar su salud. Decidió ir al médico por una dieta, pero la abandonó pues ya no percibió ningún síntoma ni molestia y creyó que ya no necesitaba de la dieta. Hasta hace unos meses volvió para ya seguir la dieta e incluso asistir a los talleres pues quería estar más tiempo con sus nietos que acababan de nacer

- Situación en la que se inició la microcontingencia actual

El trabajo que tuvo hasta el momento de pensionarse era muy sedentario y la mayor parte de su tiempo se encontraba detrás de un escritorio. Por otra parte mencionaba que la mayor parte de su alimentación, si bien no era comida corrida, si era en porciones demasiado grandes, pues comía en restaurantes y pedía varias cosas para comer. También acostumbraba ir a bares o cantinas donde le ofrecían comida gratis junto con la bebida, por lo que comía y bebía en grandes cantidades. Esta forma de comer no cambió mucho al momento de pensionarse, pues en su casa su nana le cocinaba lo que le pidiera y en las porciones que él quisiera.

Debido al trabajo sedentario que tenía antes de pensionarse y a la falta de ejercicio como parte de su rutina él subió mucho de peso, llegando a pesar hasta 120 kg. Después de pensionarse es cuando le diagnosticaron la diabetes y le dieron recomendaciones para cuidarse pero él se rehusaba a creer que tenía diabetes por lo que no hizo caso a éstas. Lo único que comenzó a hacer fue correr en las mañanas en un deportivo pues vio una foto suya donde él estaba más delgado y se dio cuenta que tenía sobrepeso. En el deportivo donde él comenzó a

correr se colocó una campaña de salud donde medían el azúcar a quien quisiera pasar a medírselo, él se detenía todos los días y veía que sus niveles de azúcar estaban normales por lo que creyó que con puro ejercicio él podría controlar su condición y por lo tanto menos caso hizo a las condiciones del médico.

- Historia mediadora de la conducta

Él había intentado adherirse a su dieta desde hace dos años, pero la abandonó cuando vio que no presentaba ninguna de las complicaciones a causa de la diabetes que había leído en internet.

Había logrado mediar su conducta para otras actividades como eran sacar a los perros a pasear y correr en el deportivo cercano a su casa.

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

En situaciones pasadas su nana ha modulado tendencias en el paciente, pues ella le cocinaba todo lo que el paciente comía. Debido a esto el paciente no estaba muy preocupado por lo que comía y en algunas ocasiones no sabía ni lo que llevaba su comida.

Cuando estaba su hijo comía y bebía más de sus porciones pues la mayoría de sus conversaciones tenían que ver con bebidas, comida y películas. Además al señor H le gustaba este tipo de convivencia con su hijo. De modo que en el pasado su hijo ha modulado tendencias.

- Evaluación de competencias

- Ejercicio no problemático de la conducta problema

Cuando no estaba su esposa de lunes a viernes en las mañanas seguía su dieta un poco más ajustada en cuanto a horarios.

- Funcionalidad de las conductas en dichos contextos

Estando solo el paciente se ajustaba más a los horarios establecidos por su nutriólogo, pues así podía dedicar su tiempo a leer o hacer arreglos en su casa. En cuanto a porciones y tipo de alimento, si se ajustaba más que los fines de semana, pero no dejaba de consumir alcohol y se excedía en porciones de cereal y fruta. Por esto mismo, en cuanto a criterios de salud establecidos por su médico

y nutriólogo, solo lograba ajustarse a horarios cuando no estaba su esposa en la casa.

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

En lo que respecta al cuidado de sus perros se mostraba constante y metódico pues los sacaba a las mismas horas entre semana, esto también ocurría con su rutina de salir a caminar al deportivo e incluso con su whiskey de la tarde el cual siempre se tomaba a la misma hora. Estos tres aspectos de su rutina demostraron que poseía autocontrol para algunas actividades de su vida cotidiana.

- Relaciones microcontingenciales no problemáticas.

En cuanto a las demás relaciones microcontingenciales del paciente, en ninguna otra presentaba problemas. De hecho tanto con amigos como con familiares él se expresaba contento y satisfecho con la forma de relacionarse en esas situaciones.

5.1.4. Análisis de Soluciones

Tomando como base el análisis expuesto en la sección anterior, se presenta a continuación el análisis de las soluciones que de acuerdo con la metodología del análisis contingencial se puede representar con la siguiente tabla.

Tabla 3

Análisis de Soluciones del caso

	Cambio	Mantenimiento
	Macrocontingencial	Macrocontingencial
Mantenimiento		
Microcontingencial		
Cambiar conducta de otros		
Cambiar conducta propia		X
Opciones por nuevas microcontingencias		
Otras opciones funcionales		X

de la misma conducta

Como se puede observar en la tabla anterior se optó por un mantenimiento macrocontingencial y un cambio microcontingencial, debido a que el problema para la adherencia a la dieta se deriva de su propia conducta y no es una cuestión moral.

5.1.5. Selección y diseño de las estrategias de intervención

El estudio de caso que se presentó, se deriva de una línea de investigación que buscó evaluar el impacto de cuatro técnicas en la conducta de adherencia a la dieta en pacientes con diabetes tipo 2. La persona que participó para este estudio, formó parte del taller de dicha investigación, por lo que recibió atención personalizada a la vez que recibía la información de las cuatro técnicas para adherencia a la dieta.

Tomando en cuenta el análisis hecho sobre el caso, se tomó como objetivo general, cambiar sus prácticas alimentarias de modo que él siguiera la dieta prescrita.

Para alcanzar este objetivo se plantearon tres objetivos específicos: 1) que el paciente refuerce la información que se vio en el taller acerca de la diabetes, sus consecuencias y cómo prevenirlas, 2) que el paciente coma en los horarios y porciones establecidos por su nutriólogo y por último, 3) que el paciente hable con familiares y amigos de su condición como diabético para pedir ayuda o apoyo. A continuación se describirán los objetivos particulares de cada uno de los objetivos específicos y las actividades para cada uno de estos.

En cuanto al objetivo específico 1 se realizaron las siguientes actividades, divididas en dos objetivos particulares:

Objetivo particular 1.1. Que el paciente refuerce la información sobre la diabetes y sus consecuencias

Actividad 1. Se le pidió al paciente que con sus propias palabras explicara lo que es la diabetes, por qué se da, cuáles son sus síntomas y qué podía llegar a

pasarle a nivel orgánico si no cuidaba su dieta y sus hábitos. Se tomaron nota de aquellos temas que tenía claros y aquellos que debería de reforzar o corregir. Se realizó esta actividad, pues uno de los problemas que se detectó durante la definición del problema, fue la búsqueda de información que el paciente realizaba sobre la diabetes y en la que se basaba para llevar o no su tratamiento, por lo que el primer paso para cambiar esto fue identificar qué entendía él por diabetes.

Actividad 2. Haciendo uso de diapositivas en Power Point y de libros sobre la diabetes, se le explicó al paciente qué es esta enfermedad, por qué se da, cuáles son sus síntomas y sus consecuencias si no se cuida. Durante esta explicación se le prestó más atención a aquellos temas que el paciente no tenía claros o de los que tenía una idea equivocada. Al final de esta actividad se le realizaron preguntas sobre lo que se habló y de ser necesario se le volvía a explicar algún tema o concepto si éste no quedaba claro, como fueron los niveles de glucosa, las consecuencias de la diabetes mal controlada y las causas de la diabetes.

Objetivo particular 1.2. Que el paciente refuerce la información acerca de la dieta y los cuidados que debe de tener para controlar su enfermedad.

Actividad 1. Se le pidió al paciente que explicara en qué consiste su dieta y que pusiera el ejemplo de lo que comió en ese día. Después de esto se le pidió que comentara cuáles son los cuidados que él debía de tener para controlar su enfermedad. Se tomaron nota de aquellos temas que no estaban claros para el paciente o de los que tenía información equivocada.

Actividad 2. Al igual que en la actividad dos del objetivo específico 1, se le explicó al paciente la importancia de los cuidados que debe de tener un paciente con diabetes y cómo estos ayudan a prevenir consecuencias graves para el organismo. Se le remarcó la importancia que tiene la dieta para el control de su enfermedad. Después de la explicación se le pidió que con los dos últimos registros de alimentos y la dieta que le recetó el nutriólogo, describiera en qué falla y en qué va bien con respecto a su dieta. Para esta parte se percató de su problema en las porciones y horarios de alimentos, así como de su ingesta de alcohol

Para el objetivo específico 2, las actividades y objetivos particulares que se tuvieron fueron:

Objetivo particular 2.1. Que el paciente diseñe herramientas que le permitan comer en sus porciones recomendadas.

Actividad 1. Uno de los problemas que se encontró en la entrevista, fue con los horarios y el tipo de alimento consumido. Partiendo de lo anterior, con la ayuda del paciente se diseñó un registro que le permitiera llevar un mejor control de su dieta. Para esto se utilizó la dieta personalizada diseñada por su nutriólogo y el registro de alimentos que se le proporcionó en el taller al que asistía. Lo que se buscó con este registro fue que el paciente no necesitara sacar su hoja de dieta para recordar las porciones y horarios y que con el solo registro se acordara y lo registrara.

Objetivo particular 2.2. Que el paciente programe alarmas para comer en los horarios establecidos

Actividad 1. Se le explicó al paciente cómo es que el cuerpo se acostumbra a trabajar a ciertos horarios, para lo cual se tomaron ejemplos como la hora de levantarse para trabajar, la hora de la comida, etcétera; enfatizando las reacciones del cuerpo al momento de llegar estas horas como pueden ser levantarse antes de que suene el despertador, sentir hambre solo a la hora de la comida, entre otros. También se comentó cómo realizando actividades en horarios fijos el cuerpo se adapta a trabajar bajo estos horarios. Después de esta explicación se programaron junto con el paciente las alarmas necesarias para poder llevar su dieta, todo esto haciendo uso de su celular y aprovechando que él utiliza las alarmas para sacar a sus perros y para correr en las mañanas. Estas actividades corresponden a lo que se denomina autocontrol.

Por último, en cuanto al objetivo específico 3, se plantearon dos objetivos particulares con las siguientes actividades:

Objetivo particular 3.1. Que el paciente cambie lo que se dice acerca de que la diabetes lo hace menos o lo limita.

Actividad 1. Un problema que el paciente tenía al momento de ir a fiestas o reuniones familiares o de amigos, es que consideraba que si se cuidaba y los

demás notaban que no comía como antes, sabrían que tiene diabetes y que por lo tanto es un fracasado para lo referente a la salud. Por esto mismo se buscó cambiar esas ideas por medio de un debate. Se le pidió al paciente que explicara lo que es para él una enfermedad como la diabetes y que significó para él que lo diagnosticaran con diabetes tipo II. También se le preguntó acerca de su tratamiento y qué opinaba sobre las indicaciones que le han dado el médico y el nutriólogo. Se anotaron las frases que él empleaba para la siguiente actividad.

Actividad 2. Tomando las frases e ideas que el paciente comentó en la actividad anterior se procedió a debatir todas aquellas ideas o pensamientos que él tenía acerca de la enfermedad y que lo limitaban al momento de adherirse a su tratamiento, por ejemplo “ser un fracaso por tener diabetes”, “está mal visto tener diabetes” y “los demás creerán que no me puedo cuidar solo”. Durante esta actividad se le hizo énfasis en que si él posee las habilidades necesarias para cuidarse y las lleva a cabo, los demás notarán que se cuida y no tendrían por qué pensar que es incapaz de cuidarse

Objetivo particular 3.2. Que el paciente hable de su condición con familiares y amigos

Actividad 1. Debido al hecho de que el paciente se peleaba con su médico y su nutriólogo a la hora de hablar sobre su tratamiento y también se rehusaba a hablar de su condición como diabético con sus familiares y amigos, aun sabiendo que lo podrían ayudar, se diseñó una actividad para cambiar esto. Se le pidió al paciente que describiera como era un día normal cuando hablaba con su médico y su nutriólogo, se representó esa situación en el consultorio y se le pidió que se comportara como siempre. Se le explicó como esa forma de relacionarse no solo lo llevaba a pelear con ellos, sino que evitaba que él pudiera tener más apoyo para mejorar su salud.

Por último, en cuanto a sus familiares, se le pidió que seleccionara a dos familiares para comentar sobre su condición como diabético y se diseñó un diálogo para que él pudiera hablar con ellos, de ser necesario pedirles ayuda para mejorar sus cuidados y que no terminaran pensando que es incapaz de cuidarse solo.

5.2. *Evaluación*

Para evaluar el avance durante las sesiones, se emplearon los registros de alimentos empleados en las sesiones del taller del que era participante el paciente, así como un registro de niveles de glucosa y medidas antropométricas que se tomaban periódicamente. Se debe mencionar que el registro de alimentos se modificó después de que se diseñara el registro con la dieta personalizada del paciente con sus propios horarios.

La dieta a la cual se debía de adherir el paciente consistía en las siguientes porciones y horarios: 5 porciones de verduras (1 en el desayuno, 2 en la comida, 1 en la segunda colación y 1 en la cena), 1 porción de frutas en la primera colación, 7 porciones de cereales (2 en el desayuno, 3 en la comida y 2 en la cena), 6 porciones de proteínas (2 en el desayuno, 2 en la comida y 2 en la cena), 1 porción de leche (1/2 en el desayuno y 1/2 en la cena), 1 porción de leguminosas en la comida y 5 porciones de grasas (1 porción en cada comida y colación). Esta dieta fue elaborada por el nutriólogo que atendía al paciente por lo que no se modificó nada.

Por último se utilizó la Guía de Evaluación de Cambios (Tabla 2) que se propone en el Análisis Contingencial (Rodríguez, 2014) con el objetivo de analizar todos los cambios presentados por el paciente a lo largo de las diferentes etapas de la intervención.

5.3. *Resultados*

La intervención duró 15 sesiones distribuidas a lo largo de 5 meses, durante las cuales el usuario asistió tanto a las sesiones individuales como a las sesiones grupales en el taller.

Cabe mencionar que solo este paciente recibió la atención individual a la vez que la grupal y que la intervención individual no comenzó a la par que la grupal y comenzó hasta la tercera sesión del taller. También fue el único de los participantes del taller que se presentó hasta la última sesión grupal y continuó presentándose a las sesiones individuales aunque el taller hubiera terminado.

En la siguiente gráfica (Figura 2) se muestra el cambio en la ingesta de las porciones para cada grupo de alimentos y a lo largo de los diferentes momentos de la intervención, estas medidas se tomaron sacando un promedio de la ingesta por semana para cada grupo de alimentos.

Las medidas de pre-intervención se tomaron de los registros de alimentos que el paciente llenaba durante las sesiones del taller al que asistía, las de intervención se tomaron al término de las sesiones de información y por último las medidas de post-intervención se tomaron de la última semana de la intervención individual, que como se comentó terminó después de que terminará el taller al que asistía el paciente.

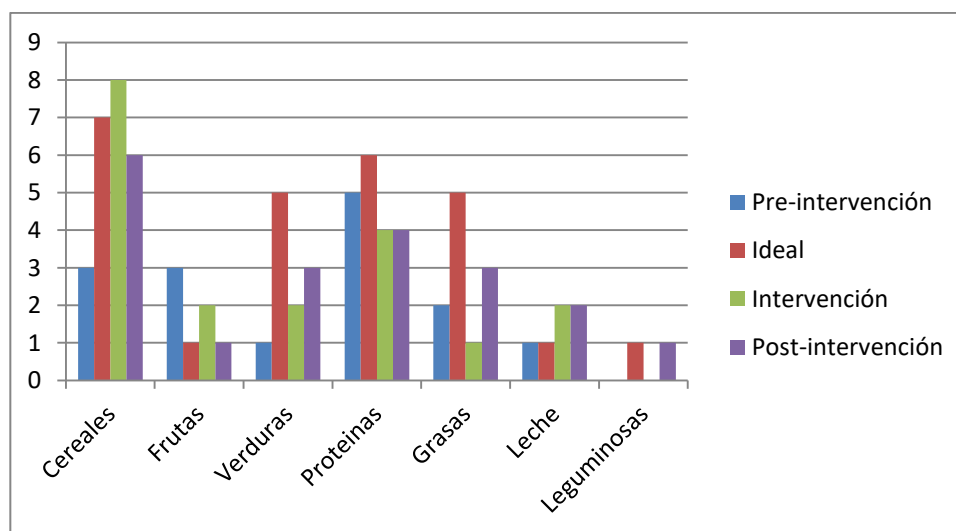


Figura 2. Promedio de Ingesta de alimentos en los diferentes momentos de la intervención

En cuanto a los cereales, como se observa en la figura 2 al comienzo de la intervención consumía la cantidad de 3 porciones de las 7 que tenía recetadas de acuerdo a su dieta. Durante su intervención esta cantidad se incrementó a 8 y al final bajó a 6 porciones repartidas 2 en el desayuno, 3 en la comida y 1 en la cena, con lo cual solo le faltó una porción en la cena.

Considerando las frutas podemos ver que comenzó comiendo más de las porciones que tenía recomendadas y al final de la intervención logró comer en promedio una porción de fruta al día, en el horario indicado que es en la primera colación.

En el grupo de las verduras vemos que pasó de 1 a 3, faltándole dos porciones para adherirse a la dieta recomendada por su nutriólogo. En cuanto a los horarios, en promedio comió 1 porción en el desayuno, 2 porciones en la comida y ninguna en la segunda colación, ni en la cena, por lo que las dos porciones faltantes fueron la de la segunda colación y la de la cena.

Para el caso de las proteínas, antes de la intervención comía en promedio 5 porciones de las 6 recomendadas, al término de la intervención comió en promedio 4 porciones al día de las 6 recomendadas para su caso. Repartidas en promedio 1 en el desayuno, dos en la comida y una en la cena, por lo que las porciones faltantes fueron 1 en el desayuno y 1 en la cena.

Con referencia al grupo de las grasas como se aprecia en la figura 2, al comienzo comía en promedio 2 porciones de grasas y al término de la intervención comió en promedio 3 porciones al día de las 5 recomendadas. En cuanto a los horarios, las porciones estuvieron repartidas 1 en el desayuno, 1 en la primera colación y otra en la comida, faltándole una en la segunda colación y otra en la cena.

Por otro lado la leche es el único grupo en el que se excedió. Antes de la intervención comía en promedio 1 porción al día y al término de la intervención, comió en promedio 2 porciones al día de la única porción que se le permite al día. Estas porciones se distribuyeron en 1 porción en el desayuno y 1 en la cena, que si bien están en los horarios establecidos por su nutriólogo, no están en las porciones, pues tenía indicado 1/2 en el desayuno y 1/2 en la cena.

Por último para el caso de las leguminosas pasó de no comer ninguna porción al día a comer la porción que su nutriólogo le recetó. En el horario recomendado que era la comida.

En lo que respecta a las medidas antropométricas, también presentó una mejoría, en el caso del peso pasó de un peso inicial de 93.40kg a 89.90kg, obteniendo un descenso en su IMC, pues comenzó con 32.3 y finalizó con 31.11. En cuanto a sus niveles de glucosa medidas con glucómetro comenzaron con 124mg/dl y terminaron en 140mg/dl, aquí cabe hacer notar que estas medidas son muy variables, por ello se le solicitó la prueba de hemoglobina glicosilada y él

había hecho una previa a la intervención, por lo que se pudo comparar el antes y el después de 7.4% a 7%, que igual sigue estando en niveles altos, pero ya más cercanos a los de una diabetes controlada que son de 6% a 6.4%. Por último las medidas de talla y cadera se quedaron iguales, mientras que su cintura bajó de 108cm a 105cm.

Tabla 4.

Cambios presentados durante la intervención usando la GEC

	Procedimiento empleado	Tipo de cambio observado
I. Definición del problema	Entrevista	5, 13
	Revisión de registro de alimentos	
II. Análisis de soluciones		18
III. Procedimientos de cambio	Información sobre la diabetes	1, 4, 13
	Diseño de registro y programación de alarmas	2, 4, 13
	Entrenamiento en habilidades sociales	2, 4, 6, 12
IV. Seguimiento	Revisión de registros de alimentos y de glucosa	4, 7, 13

Como se describió en los párrafos anteriores, hubo un cambio en cuanto a la ingesta de alimentos (porciones), pero también se presentaron otros cambios relacionados con la adherencia a la dieta, pero no necesariamente con las porciones. Para esto se empleó la GEC (ver Tabla 4) y a continuación se describirá cada uno de los cambios presentados en los diferentes momentos de la intervención:

En la definición del problema el paciente comenzó a registrar de manera más detallada los alimentos que consumía al día, especificando porciones, horarios y tipo de alimento, por ejemplo, en un principio su registro aparecía “tortilla”, “tacos”, “jugo verde” y “mole”, conforme avanzaban las entrevistas y se revisaban los registros, estas descripciones cambiaron a: “2 tortillas” “tacos de barbacoa”, “jugo de nopal, apio, manzana, ajo” y “mole rojo con pollo y arroz” (13, desarrollo de competencias). Por otra comenzó a registrar su nivel de glucosa en las mañanas, después de la comida y antes de dormir, lo cual sirvió más adelante para hacer un cambio en las porciones de alimentos consumidos (5, conducta propia con efectos disposicionales sobre sí mismo).

Al implementar los procedimientos de cambio, se presentaron la mayoría de los cambios de toda intervención, por lo que se explicará de manera detallada cada cambio presentado en los diferentes procedimientos empleados.

Para la fase de información sobre la diabetes el primer cambio tuvo relación con las colaciones, pues en un principio no consumía ninguna colación, o lo hacía de vez en cuando, por no tener bien estructurados sus horarios. Después de que se le explicó la importancia de las colaciones y de cómo mantenían los niveles de glucosa estables, el comenzó a consumir las colaciones que ya le había recomendado su nutriólogo (13, desarrollo de competencias). También comenzó a comprar alimentos destinados a ser colación (semillas y frutas) cosa que no hacía antes, ni tenía contemplado a la hora de realizar sus compras (1, propiedades de objetos y acontecimientos físicos). Por último, al término de estas sesiones reportó no sentir hambre a la hora de la colación de la tarde y aunque no pensaba dejarla, pues ya sabía para qué era, sí lo iba a comentar con su nutrióloga, para ver si le recomendaba algún tipo de alimento diferente, esto se consideró importante pues más adelante sirvió de apoyo para cambiar un hábito que el paciente tenía de contradecir a su nutriólogo al grado de incomodarlo y terminar discutiendo (4, tendencias).

En cuanto a la segunda fase referente al diseño de un registro personalizado y la programación de alarmas, el primer cambio tuvo que ver con la programación de alarmas como recordatorios para consumir sus alimentos y su

medicamento (2, desplazamiento de competencias), objetivo que logró cumplir con excepción del desayuno, pues desayunaba a la hora que su esposa se levantaba, lo cual variaba dependiendo la actividad de ella. Por otra parte diseñó un registro de alimentos diferente que incluía su propia dieta (tipo de alimento, porciones y horarios) para ajustarse mejor, e incluso agregaba mediciones de glucosa diarias para entregárselas a su nutriólogo y médico (13, desarrollo de competencias). Para estas sesiones también se presentó una disminución en su ingesta de pan en la cena, bajando de esta manera su consumo de cereales de 8 a 7 porciones al día en promedio (4, tendencias).

Para el entrenamiento en habilidades sociales el principal cambio que se presentó fue, que aceptó que evita tocar el tema de la diabetes con las personas por miedo a que lo consideren menos y que el único modo de que eso no pase es si él se cuida y evita las complicaciones (12, conducta mediadora propia). Por otra parte, se abordó el tema de las búsquedas que él realiza en internet sobre todo lo que le dicen los médicos y los diferentes especialistas que lo atienden, llegando a la conclusión de que las búsquedas que realiza son selectivas y con la intención de defender su forma de alimentarse para no cambiarla, por ejemplo, buscar si un diabético puede beber cerveza, en lugar de buscar las consecuencias de beber alcohol. A partir de esto comenzó a criticar todo lo que él come y como resultado retiró la fruta de sus “jugos verdes”, redujo su consumo de alcohol a medio día, dejó de contradecir tanto a su nutriólogo (4, tendencia) y en lugar de eso le comenzó a plantear sus dudas y le comenzó a pedir información utilizando los registros que él mismo diseñó (2, desplazamiento de competencias).

Otro cambio presentado durante el entrenamiento en habilidades sociales, fue que el paciente les comentó sobre su condición de diabético a dos primos suyos (12, conducta mediadora propia). Esto se estuvo ensayando en el consultorio y después de tener preparado un discurso, decidió que sería a esos dos familiares primeros, pues uno es médico y la otra es una persona de mucha confianza, según el propio paciente.

Por último durante la fase de seguimiento se mantuvieron los cambios en las porciones, se ajustó más a los horarios y ya no discutía con su médico y

nutriólogo (13, desarrollo de competencias), además de que gracias a la charla que tuvo con su primo consiguió que lo atendiera también un endocrinólogo (7, conducta de auspiciadores).

El único cambio que no se considera bueno para su salud fue que después de hacerse un estudio de triglicéridos y salir bien, consideró que podía volver a beber alcohol, pues su única razón para dejar de beber era que se elevaran sus niveles de triglicéridos, lo que le podía provocar hígado graso o hasta cirrosis (4, tendencia). Si bien la cantidad bajó de dos o tres vasos al día a solo uno cada dos días, no se comprometió a dejarlo por completo.

DISCUSIÓN

Este caso tuvo como objetivo cambiar las prácticas alimentarias del paciente de modo que éste adquiriera adherencia a la dieta, tomando como criterio la dieta que le recetó su nutriólogo. Como se puede apreciar en los resultados en cuanto a la dieta, ahora está más cerca de las porciones recomendadas y al término de la intervención comentó estar motivado por la pérdida de peso, la mejora en sus resultados de la prueba de hemoglobina glucosilada y el saber lo que él puede hacer algo para mejorar su salud. Este cambio contrasta con el comienzo de la intervención donde el paciente en la mayoría de las sesiones expresaba quejas o inconformidades con el tratamiento, cuestión por la que era considerado un paciente “difícil” por los trabajadores de la clínica y por lo mismo, en cada sesión se le preguntaba su opinión y se buscaba que al final sus quejas y dudas quedaran resueltas para que siguiera las recomendaciones y realizara las actividades y tareas que se le dejaban. Lo anterior es una muestra de que una intervención que se ajuste a las características del paciente hace más probable que se alcancen los objetivos planteados, para lo cual resulta muy conveniente basarse en el modelo de salud elaborado por Ribes (2008) y en la metodología del análisis contingencial (Rodríguez, 2014).

Otro de los aspectos que favoreció esto es el seguimiento y el registro de los cambios hechos a lo largo de todos los momentos de la intervención, pues de esta manera las sesiones se ajustaban al ritmo y modo de cambio del paciente. Esto último, de acuerdo con Rodríguez (2014) es una de las ventajas de emplear el Análisis Contingencial, pues una de sus características es el registro de los cambios observados en el paciente desde la definición del problema, hasta el seguimiento.

Basados en el modelo de salud propuesto por Ribes (2008), estos resultados se deben a que la intervención estuvo dirigida a desarrollar conductas instrumentales de prevención, específicamente de prevención secundaria, pues tenían el objetivo de evitar complicaciones por la enfermedad. De acuerdo a lo anterior y a lo que comentan Rodríguez y García (2011) una vez que la enfermedad ya está presente como es el caso de la diabetes, el trabajo del

psicólogo debe de enfocarse en la adherencia al tratamiento y aunque existen muchos tratamientos para la diabetes (Zárate, 2008 y Madrid, 1998), la piedra angular siempre es la dieta.

Por ser un estudio de caso, este trabajo permite apreciar todo el contexto en el que vive el paciente, pues ya no solo es el paciente y su relación con el tratamiento o la dieta, sino que ahora involucra al paciente con su tratamiento, la dieta, su familia, sus actividades cotidianas e incluso su valoración personal sobre sus diferentes prácticas. Esto, de acuerdo con Guerrero (2014) y Yacuzzi (2005) es la principal ventaja que presenta un estudio de caso, pues permite estudiar un fenómeno y el contexto en el que se presenta.

En este trabajo siempre se tuvo el apoyo y la colaboración del nutriólogo y el médico que atienden al paciente, lo cual fue un factor relevante para los cambios presentados por él, pues en lugar de ser tres intervenciones aisladas, se vuelve una intervención más completa con el único objetivo de mejorar la salud del paciente. Cabe comentar que ellos solicitaron la intervención psicológica para este caso, dados los problemas que tenían con él. Así, se realizó una intervención multidisciplinaria que es, de hecho, el tipo ideal de estrategia en los problemas de salud.

Hay que reiterar que aunque los cambios no fueron tan marcados en términos de los datos obtenidos, se modificó sustancialmente su tendencia a contradecir las indicaciones, a cuestionar cualquier recomendación e incluso a auto-administrarse los medicamentos; lo cual resultaba un elemento de suma importancia para empezar a lograr otro tipo de cambios.

CONCLUSIONES

En este trabajo se describió en un primer momento todo lo relacionado con la diabetes, pasando por su definición, tipos, causas y síntomas, hasta llegar a sus complicaciones y tratamientos. Gracias a esto resulta claro porque es importante continuar con los estudios y los trabajos relacionados con la diabetes, especialmente en la población mexicana donde se ha convertido en la principal causa de muerte. Asimismo se reconoce el papel de la adherencia al tratamiento y en especial a la dieta, pues aunque se lleve un tratamiento farmacológico, si no se controla el tipo de alimento, las porciones y los horarios, el tratamiento no logrará el resultado esperado.

Por otra parte se explicó todo el trabajo que han realizado varios psicólogos en el área de la salud y en el tema de la diabetes, ya sea diseñando modelos explicativos para la salud o diseñando intervenciones basadas en estos modelos. También se expusieron los problemas presentados por estos modelos, principalmente: 1) que emplean categorías mentalistas, 2) que dan explicaciones reduccionistas y 3) que los procesos que describen son mecanicistas. Esto en lugar de ayudar dificulta la labor que el psicólogo puede tener al momento de trabajar con temas de salud.

La alternativa presentada para esto fue el modelo psicológico de la salud biológica presentado por Ribes en 1990 (Ribes, 2008) el cual describe los elementos psicológicos presentes en un proceso de salud o enfermedad. Gracias a este modelo se puede tener una mejor explicación de lo que lleva a alguien a desarrollar alguna enfermedad o prevenirla ya que contempla la historia del individuo, los modos en los que este se ha relacionado con diferentes situaciones, las competencias que ha desarrollado y por último explica la relación que estos elementos poseen entre sí.

Asimismo se propuso la metodología del análisis contingencial, la cual permite analizar el modo en el que una persona interactúa con su ambiente e identificar cuáles son los elementos que conforman esta interacción y determinar el papel funcional que juega cada uno.

Por último, basado en el modelo psicológico de la salud biológica y en la metodología del análisis contingencial, se presentó un caso, el cual describía una intervención personalizada para un paciente con diabetes tipo II. Esta intervención tuvo la finalidad de cambiar las prácticas alimentarias de modo que el paciente adquiriera adherencia a la dieta prescrita por su nutriólogo y así prevenir las complicaciones que puede presentar a causa de la diabetes. Como ya se describió en el capítulo 5, el objetivo se cumplió, aunque gracias a la metodología empleada se detectaron otros cambios que aunque no tienen que ver con la dieta directamente, ayudan al paciente a prevenir complicaciones, también se identificaron otros aspectos que el paciente puede modificar todavía más y de esta manera mejorar su estado de salud.

En conclusión el modelo psicológico de la salud biológica y la metodología del análisis contingencial son una alternativa útil para la labor del psicólogo en el campo de la salud, pues ayudan a identificar los factores psicológicos implicados en el proceso y dan una explicación a estos, como en el caso presentado.

REFERENCIAS

- Alpizar, M. (2001). *Guía para el manejo integral del paciente diabético*. México: Manual Moderno.
- Canales, S. y Barra, E. (2014). Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II. *Psicología y Salud*. 24(2), 167-173. Consultado en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/922/1699>
- Cañadel, J. (1980). *Libro de la diabetes*. México: Editorial JIMS.
- Chetty, S. (1996). The case study method for research in small and medium sized firms. *International small business journal*. 5, 178-186. Consultado en: <http://isb.sagepub.com/content/15/1/73.full.pdf+html>
- Díaz-González, E., Landa, P. y Rodríguez, M. (2002). El análisis contingencial: un sistema interconductual para el campo aplicado. En: Guadalupe Mares. y Yolanda Guevara. (2002). *Psicología interconductual: avances en la investigación tecnológica*. México: FES Iztacala UNAM. 1-40.
- Díaz-González, E., Landa, P., Rodríguez, M., Ribes, E. y Sánchez, S. (1989). Análisis funcional de las terapias conductuales: una clasificación tentativa. *Revista Española de la terapia del comportamiento*. 7 (3), 241-255. Consultado en: http://www.academia.edu/7256376/An%C3%A1lisis_funcional_de_las_terapias_conductuales_una_clasificaci%C3%B3n_tentativa_1989_
- Didarloo, A., Shojaeizadeh, D., Gharaaghaji Asl, R., Niknami, S. y Khorami, A. (2014). Psychosocial correlates of dietary behaviour in type 2 diabetic women, using a behaviour change theory. *Journal of health population and nutrition*. 32(2), 335-341. Consultado en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4216969/>

- Egede, L. y Osborn, C. (2010). Diabetes, depresión y cambios conductuales. *Diabetes Educator* 36(2), 276-283. Consultado en: <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/psiqweb695.htm>
- Encuesta Nacional de Salud 2012. [Archivo de datos]. México: Instituto Nacional de Salud Pública. Consultado en: http://fmdiabetes.org/wp-content/uploads/2014/10/Infografia_DiabetesMexico_ok.jpg
- Figuerola, D. (2003). *Diabetes*. España: Masson.
- Figuerola, D. (2004). *Alimentación y diabetes*. Barcelona: Random House Mondadori.
- Figuerola, D. (2011). *Manual de educación terapéutica en diabetes*. España: Díaz de Santos.
- Flórez, L. (2007). *Psicología social de la salud: promoción y prevención*. Colombia: Manual Moderno.
- Greco, C. y Gil, J. (2007). Creencias en salud en preadolescentes con diabetes tipo 1. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 7(3), 405-418. Consultado en: <http://www.ijpsy.com/volumen7/num3/178/creencias-en-salud-en-preadolescentes-con-ES.pdf>
- Gucciardi, E., Demelo, M., Lee, R. N. & Grace, S. L. (2007). Assessment of two culturally competent diabetes education methods: individual versus individual plus group education in Canadian Portuguese adults with type 2 diabetes. *Ethnicity & Health*. 12(2), 163-87. Consultado en: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13557850601002148#abstract>
- Guerrero, A. (2014). Adherencia a la dieta en pacientes con diabetes mellitus tipo II: un estudio de caso (Tesis de Licenciatura) Universidad Nacional Autónoma de México, México.

- Holmes, H., Robinson, J. y Tscheschlog, B. (2007). *Diabetes mellitus, guía para el manejo del paciente*. España: Wolters Kluwer.
- INEGI (2013). Estadísticas a propósito del día mundial de la diabetes. Consultado en: <http://fmdiabetes.org/wp-content/uploads/2014/11/diabetes2013INEGI.pdf>
- Madrid, J. (1998). *El libro de la diabetes*. España: Arán.
- Moreno, E. y Gil, J. (2003). El modelo de creencias de salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 3(1) 91-109. Consultado en: <http://www.redalyc.org/pdf/560/56030105.pdf>
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y enfermedades crónicas*. México: PSICOM.
- Oblitas, L. (2008). Panorama de la psicología de la salud. México: *Revista Psicología Científica*. Consultado en: <http://www.psicologiacientifica.com/psicologia-de-la-salud-panorama/>
- OMS (2013). Notas descriptivas sobre diabetes. Consultado en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- Ortiz, M. y Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista médica de Chile*, 135(5), 647-652. Consultado en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000500014
- Pérez, A., Palacios, B. y Castro, A. (2001). Sistema mexicano de alimentos equivalentes. Consultado en: <http://api.ning.com/files/ye1XVNpRyVHMyAl2FdHRArntF10nbsb86e4AD6t>

W*ukw1p3R0uGIW9bE4clFlcn6u542IA5rvRjtV1LRQKAj3wQ3RFjAqwzk/SistemaMexicanodeAlimentosEquivalentes.pdf

- Pérez, R. (2003). La psicología de la salud en Cuba. *Revista Psicología Científica*. Consultado en: <http://www.psicologiacientifica.com/psicologia-de-la-salud-en-cuba/>
- Peyrot, M. y Rubin, R. (2007). Behavioral and psychosocial interventions in diabetes: A conceptual review. *Diabetes Care*, 30 (10), 2433-2440.
- Piña, J., Ybarra, J., Alcalá, I., Samaniego, R. (2010). Psicología y salud [I]: la importancia de llamarse modelo y apellidarse teórico-conceptual. *Revista Mexicana de investigación en Psicología*. 2(1) 21-29.
- Reyes, L. (2007). La teoría de acción razonada: implicaciones para el estudio de las actitudes. *Investigación educativa*. 7. Consultado en: http://www.alfaguia.org/alfaguia/files/1320437914_40.pdf
- Reynoso, R., González, E. y Salgado, L. (2007). La alimentación en México y la incidencia de la diabetes tipo II. *Revista Especializada en ciencias Químico-Biológicas*, 10(1) 36-38. Consultado en: <http://www.redalyc.org/pdf/432/43211941005.pdf>
- Ribes, E. (2006). Competencias conductuales: su pertinencia en la formación y práctica profesional del psicólogo. *Revista Mexicana de Psicología*. 23(1) 19-26. Consultado en: <http://www.redalyc.org/pdf/2430/243020646003.pdf>
- Ribes, E. (2008). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. México: Trillas.
- Ribes, E. (2011). *Psicología general*. México: Trillas.
- Ribes, E. y López, F. (2012). *Teoría de la conducta: un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas.
- Rodríguez, A. y García, L. (2014). El modelo transteórico y adherencia terapéutica en adolescentes con diabetes mellitus tipo I. *Revista Iberoamericana de*

Psicología: Ciencia y Tecnología. 7(1), 49-58. Consultado en:
<http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4905115.pdf>

Rodríguez, M. (2014). *Análisis contingencial*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Rodríguez, M. (2015). Análisis contingencial aplicado a un caso clínico. En: Patricia Valladares y María de Lourdes Rodríguez (2015). *Psicoterapia estudios de casos*. México, UNAM. 29-60.

Rodríguez, M. y García, J. (2011). El modelo psicológico de la salud y la diabetes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 14(2) 210-222. Consultado en <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol14num2/Vol14No2Art12.pdf>

Ryle, G. (1967). *El concepto de lo mental*. México: Paidós.

Solano, S. (2005). La utilización del estudio de caso en el análisis local. *Región y sociedad*. 32 (7), 107-140. Consultado en:
<http://lanic.utexas.edu/project/etext/colson/32/4araluz.pdf>

Yacuzzi, E. (2005). El estudio de caso como metodología de investigación teórica. *UCEMA publicaciones*. Consultado en:
<http://www.cema.edu.ar/publicaciones/download/documentos/296.pdf>

Zárate, A. (2008). *Diabetes mellitus, bases para su tratamiento*. México: Trillas