



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional

Programa de Profundización en Psicología de la Salud

**INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA
LOGRAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN UN CASO DE DIABETES
MELLITUS TIPO 2**

Reporte de Práctica de Servicio

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

José Fragoso Olvera

Directora: Mtra. Lizbeth Escobedo Pedraza
Dictaminadoras: Esp. Araceli Flores Ángeles
Lic. María Cristina Canales Cuevas



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 29 de mayo del 2020



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 cada persona que tenga el diagnóstico de diabetes mellitus y que por alguna causa no pueda lograr llevar a cabo las indicaciones médicas para mejorar su salud y su estilo de vida, por todas ellas pretendo proveer investigación psicológica que aporte conocimiento científico a partir de este estudio y que motive a otros investigadores a promover la prevención y el tratamiento eficaz de la diabetes centrado en la adherencia terapéutica.

Quiero agradecer también a mi directora de manuscrito, la maestra Lizbeth Escobedo Pedraza, por su profesionalismo, entrega y por compartir sus conocimientos para conmigo, siendo una pieza fundamental durante el proceso de esta etapa final y por las lindas palabras hacia mi trabajo que motivan y enaltecen.

Agradecer a la Esp. Araceli Flores Ángeles y a la Lic. María Cristina Canales Cuevas, por ser partícipes en esta recta final y que con sus comentarios y retroalimentación, forjaron en mí los conocimientos clave para concluir en excelentes términos el manuscrito aquí presentado.

Agradecer a los grandes maestros que tuve la fortuna de conocer y que lograron dejar una huella muy honda en mi persona, tanto en la parte educativa, como en la parte humana y profesional, siendo una de ellas la Dra. Sandra Ivonne Muñoz Maldonado, que con mucho cariño le decía “mi gurú” y que sin ninguna objeción y con mucha generosidad compartió parte de sus conocimientos, sin jamás haber puesto un obstáculo de por medio.

Un agradecimiento muy especial a la Dra. Lizbeth Pedraza Banderas y a la Dra. Zaira Vega Valero por haberme orientado y haberme regalado su consejo en momentos críticos.

Gracias a la Dra. María del Rocío Hernández-Pozo investigadora y tutora de la UNAM que con sus ejemplos y dedicación motivo en mí, la parte de querer conocer y saber más de esta tan bella profesión desde la investigación y que deriven en acciones tendientes a proteger física, mental y socialmente a personas en un estado de necesidad, protección o desventaja física y mental.

Gracias a mi amigo y compañero de carrera Ulises López Morales, quien me acompañó a todo lo largo y ancho de los semestres y que, quiero valorar sus grandes conocimientos y sobre todo su compromiso que como persona y profesional me obsequió siempre.

A mi amigo, el maestro Roberto Archundia Reyes que con su apoyo pude realizar varias de las prácticas y que sin ningún interés siempre estuvo presente y en disposición.

A mis hijos Sandra y Erick que tanto amo y deseo de todo corazón que logren tener paz y salud total, éste trabajo valdría la pena también si hace que ellos se motiven y logren sus metas propuestas.

A mi negrita, que me acompañó siempre en las buenas y en las malas, que fue fiel, que me aguantó y me distraía en mis arduas horas de trabajo, te amo negra (mi perrita)

Y por último, y no por eso menos importante, sino para mi ha sido mi guía, mi compañera y mi motor, mi esposa Irma. Que sin su apoyo, dedicación y amor incondicional, este logro no hubiese sido posible, por lo que le dedico totalmente a ella mi trabajo. Te amo Irmmy.



ÍNDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN.....	6
DIABETES MELLITUS	6
<i>Tipología de la diabetes.....</i>	<i>7</i>
<i>Prevalencia</i>	<i>8</i>
<i>Afectaciones psicológicas de la diabetes.....</i>	<i>10</i>
ADHERENCIA TERAPÉUTICA	11
EL PARADIGMA COGNITIVO-CONDUCTUAL	18
JUSTIFICACIÓN	21
OBJETIVO GENERAL	23
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
INFORME DE PRÁCTICA	23
MÉTODO	23
PARTICIPANTES	23
CONSIDERACIONES ÉTICAS	24
ESCENARIO.....	24
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	24
PROCEDIMIENTO DE MUESTREO	28
MANIPULACIONES EXPERIMENTALES (VARIABLES).....	28
INSTRUMENTOS	30
MATERIALES.....	32
PROCEDIMIENTO.....	32
<i>Evaluación inicial.....</i>	<i>33</i>
<i>Intervención.....</i>	<i>34</i>
<i>Evaluación final.....</i>	<i>35</i>
RESULTADOS	36
CONCLUSIONES	48
REFERENCIAS	53
ANEXOS	60

RESUMEN

La diabetes mellitus considerada una enfermedad crónico-degenerativa, representa tanto un grave problema como un gran reto de salud a nivel mundial, dada la situación de esta perspectiva, el autocontrol de la enfermedad desde la implicación activa del paciente viene a ser la principal medida de protección ante las demandas físicas, psicológicas y emocionales de la misma. Desde la psicología se ha explorado la relación de más de treinta variables con la adherencia terapéutica, no obstante, se carecen de estudios con un solo sujeto N=1 a partir del paradigma cognitivo conductual utilizando las técnicas de modificación de conducta y que se relacione con la diabetes mellitus tipo 2 en conexión con la adherencia. Por lo anterior, las pretensiones de este estudio es determinar la efectividad del tratamiento antes y después de una intervención cognitivo-conductual con técnicas de modificación de conducta para la adherencia al tratamiento de DM2 en una mujer de 52 años. El estudio se realizó con un diseño de caso único N=1 del tipo AB (evaluación pretratamiento, tratamiento y evaluación postratamiento). Utilizando para el análisis de datos, el análisis visual y el índice de porcentaje de datos no solapados (PND). Los resultados obtenidos indican que hubo un resultado “muy efectivo” de acuerdo con los parámetros del índice después de aplicado el programa, lo que permite concluir que, con la aplicación de la TCC utilizando las técnicas de modificación de conducta, se pudo generar un cambio efectivo en cuanto al rendimiento de la adherencia terapéutica.

Palabras clave. – N=1, Diabetes mellitus, Adherencia terapéutica, Cognitivo-conductual, PND, Análisis visual.

ABSTRACT

Diabetes mellitus considered a chronic-degenerative disease, represents both a serious problem and a major health challenge worldwide. Given the situation of this perspective, self-control of the disease from the active involvement of the patient becomes the main measure protection against the physical, psychological and emotional demands of it. From psychology, the relationship of more than thirty variables with therapeutic adherence has been explored, however, studies with a single subject N = 1 based on the cognitive behavioral paradigm using behavior modification techniques and related to type 2 diabetes mellitus in relation to adherence. Therefore, the purpose of this study is to estimate the effect size and therapeutic change before and after a cognitive-behavioral intervention with behavior modification techniques for adherence to DM2 treatment in a 52-year-old woman. The study was carried out with a single case N = 1 type AB design (initial evaluation, treatment and post-treatment evaluation). Using for data analysis, visual analysis and non-overlapping data percentage index (PND). The results obtained indicate that there was a “quite effective” result according to the parameters of the index after applying the program, which allows us to conclude that, with the application of CBT using behavior modification techniques, a change could be generated effective in terms of therapeutic adherence performance

Keywords. - N = 1, Diabetes mellitus, Therapeutic adherence, Cognitive-behavioral, PND, Visual analysis.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónico-degenerativas representan tanto un problema como un reto de salud a nivel mundial, ante dicho panorama el control de la enfermedad por parte del paciente es la principal medida de protección ante el deterioro físico, las complicaciones y la tasa de mortalidad, siendo una de las variables más importantes para lograrlo, *la adherencia terapéutica* (Martín & Grau, 2004), por lo tanto, el interés de este análisis se refiere a un tema de adherencia terapéutica. Este estudio se caracteriza en lo general y en lo particular de otros estudios, por poner la piedra angular para otras investigaciones utilizando el paradigma cognitivo-conductual preocupándose por la parte psicológica del paciente (antes que la parte médica), ante el incumplimiento terapéutico y utilizando, el diseño de caso único N=1, el análisis funcional para la evaluación de la conducta, además de la utilización de la Versión Actualizada de la Escala de Adherencia Terapéutica (VAEAT) por primera vez en un estudio de caso único y los parámetros para calificarla, así como del análisis visual de los datos y el análisis estadístico matemático de los índices para la estimación del tamaño del efecto, llamado “índice de datos no solapados” (PND), mismos análisis que crean un precedente para los análisis de datos para este tipo de estudios (puesto que son casi nulos en la literatura científica) aportando por todo lo antes mencionado a la teoría y a la metodología científica y proporcionando a los psicólogos y/o aprendices nuevas herramientas de investigación y de consulta.

Diabetes Mellitus

La Diabetes Mellitus (a partir de este momento DM) se ha convertido en un problema de salud pública en México durante las últimas tres décadas, siendo una de las enfermedades crónicas con mayor impacto y crecimiento reciente en el país. Esta enfermedad de múltiple etiología es causada por la deficiencia de insulina y/o la capacidad de la hormona para ejercer sus efectos adecuadamente en el organismo, lo cual fomenta el desarrollo de enfermedades asociadas y complicaciones como la retinopatía, nefropatía, neuropatía, pérdida de movilidad articular muscular y fuerza (Miranda-Félix et al., 2016). Los pacientes con DM pueden presentar trastornos metabólicos o complicaciones agudas, que surgen como resultado de estados hiperglucémicos y/o hipoglucémicos ocasionados por el mal control de la enfermedad por no seguir el tratamiento médico o las indicaciones sobre el estilo de vida; la

manifestación de este tipo de complicaciones indica una falta de coincidencia entre la insulina disponible y la insulina que es necesaria para cumplir con el funcionamiento típico del organismo, lo cual puede llegar a ser sumamente riesgoso para la vida de una persona con el diagnóstico (Mediavilla-Bravo, 2001).

En términos médicos la DM es una enfermedad que está incluida en cuatro clasificaciones: enfermedades no transmisibles, crónicas, metabólicas y endocrinas. La American Diabetes Association (ADA, 2017) describe a la diabetes como una enfermedad compleja, progresiva e incurable, que se ha convertido en un problema de salud primario a nivel mundial, las complicaciones de la DM, sus altos niveles de prevalencia y mortalidad requieren de numerosos cuidados médicos y estrategias multifactoriales de reducción de riesgo (OMS, 2016a).

Tipología de la diabetes

La DM no es una única enfermedad, en ella suelen englobarse diversas tipologías relacionadas con alteraciones metabólicas de los carbohidratos, por lo que se exponen los diferentes tipos de DM, a saber:

Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1). – en estos patrones las células beta del páncreas han sido dañadas o afectadas por el propio sistema inmune del cuerpo (autoinmunidad) en consecuencia las células beta mueren y luego entonces, no producen la insulina que se requiere para metabolizar la glucosa y pueda ser utilizada como fuente de energía causando hiperglucemia (niveles altos de glucosa). Puede ocurrir a cualquier edad, pero este tipo de DM1 se diagnostica con mayor frecuencia en jóvenes adolescentes y niños (Medline, 2017). En el plano psicológico representa un trauma muy significativo para los jóvenes y niños involucrando codependientemente a la familia, pues implica amenaza de vida debido al alto riesgo de complicaciones a largo plazo, debido a lo anterior, disminuye la esperanza y la calidad de vida. (Wasserman & Trifonova, 2006).

Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). - En este caso las células beta del páncreas producen insulina, pero la cantidad no es suficiente o el cuerpo no las utiliza de manera correcta (resistencia de insulina) como fuente de energía (Guerrero, 2016) generalmente se presenta en la edad adulta, aunque ahora se está diagnosticando en adolescentes y adultos jóvenes que presentan problemas de obesidad (Medline, 2017).

Diabetes Mellitus Gestacional. – Medina-Pérez et al. (2017) realizaron un estudio de revisión que permite orientar el diagnóstico y tratamiento de la DM en mujeres gestantes, mencionan que la definición sobre esta tipología no está bien determinada en la comunidad médica, pero aproximadamente comprende cualquier grado de intolerancia a la glucosa (carbohidratos) que es reconocido o identificado por primera vez durante el embarazo. Mundialmente esta patología prevalece entre el 1% y 14% de mujeres embarazadas, en México complica entre el 8% y 12 % de los embarazos. La presencia de este tipo de diabetes está asociada con resultados maternos y neonatales adversos, por lo que las madres son más vulnerables a padecer de DM2.

El hecho de considerar a la persona que padece en este caso de DM2 como única responsable de su diagnóstico, es porque se presume que al ser una enfermedad no transmisible se le atribuye únicamente a sus conductas alimentarias, al sedentarismo (obesidad y sobrepeso) y a su calidad de vida nociva, por lo que los gobiernos sienten barreras para la formulación de políticas públicas, lo que lleva a denostar que entonces, el sujeto enfermo es el responsable y culpable de lo que le sucede (OMS, 2016c). La buena noticia es que se reconocen como factores de riesgo modificables al sedentarismo, a las dietas no saludables y a la calidad de vida (Escobedo-de la Peña, et al. 2011).

Prevalencia

Por lo antes mencionado, la prevalencia a nivel mundial de la DM registradas por la OMS (2016b) indican los siguientes datos y cifras:

- Una prevalencia mundial de la enfermedad de 9.4% entre 20 a 80 años.
- Que un aproximado de 422 millones de hombres y mujeres mayores de 18 años, padecían diabetes para 2014, frente a los 108 millones de 1980.
- La prevalencia mundial (normalizada por edades) de la diabetes casi se ha duplicado desde ese año, pues ha pasado del 4,7% al 8,5% en la población adulta.
- Que el 77% de las personas con diabetes pertenecen a los países de ingresos medianos y bajos, entre los cuales se encuentra México
- La diabetes es una importante causa de ceguera, insuficiencia renal, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y amputación de los miembros inferiores.

- Se estima que en 2015 la diabetes fue la causa directa de 1,6 millones de muertes. Otros 2,2 millones de muertes fueron atribuibles a la hiperglucemia en 2012
- Aproximadamente la mitad de las muertes atribuibles a la hiperglucemia tienen lugar antes de los 70 años de edad. Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030
- La dieta saludable, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y la evitación del consumo de tabaco previenen la diabetes de tipo 2 o retrasan su aparición.
- Se puede tratar la diabetes y evitar o retrasar sus consecuencias con dieta, actividad física, medicación y exámenes periódicos para detectar y tratar sus complicaciones.

En México, presente entre los países recién citados, La encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2016) declaró a la diabetes como la primera causa de mortalidad a nivel nacional, además de registrarse un estimado de 94,029 defunciones en el periodo de 1998 a 2014. Reveló también que el 9.17% de la población adulta ha tenido un diagnóstico de DM, es decir, 6.4 millones de personas, los estados de la República con mayor porcentaje de hombres con diagnóstico de diabetes fueron: La Ciudad de México con (12.7%), seguido del Estado de México con (11.9%) y Veracruz con (11.5%). En el caso de las mujeres el primer lugar es Nuevo León con (15.5%) seguido de Tamaulipas con (12.8%) y la Ciudad de México con (11.9%). Esta cifra, se complementa con los datos que expresan que el número de muertes por diabetes entre 30 y 69 años es de 23,100 hombres y 22,000 mujeres, y se registraron 17,600 defunciones de hombres y 24,300 mujeres de 70 o mayor edad. A este ritmo descontrolado, la prospectiva de defunciones para el año 2020 en México, es de 126,000 muertes por diabetes (ENSANUT, 2016).

México ocupa el octavo lugar a nivel mundial en la prevalencia de diabetes, sin embargo, las proyecciones de especialistas señalan que para el año 2025 el país ocupará el sexto lugar con 11.9 millones de mexicanos con diabetes (ENSANUT, 2016), por lo anterior y siendo un punto muy medular e importante para el país, es el rubro mayor de los gastos que representa para el sector salud el mantenimiento de las personas con diabetes, ya que los gastos de atención de salud a una persona con diabetes son dos o tres veces mayores que los gastos de alguien que no la padece.

A nivel internacional en 2012, se destinaron 548 millones de dólares de gasto sanitario, representando el 11% de los gastos totales en adultos; asimismo, para 2014 estas cifras se incrementaron destinando ahora un 12% del gasto de salud mundial a la diabetes, es decir, un aproximado de 673 millones de dólares (Federación Internacional de la Diabetes, 2015). Adicionalmente, en México el 11% de los gastos en salud para adultos se destinan a la atención a la diabetes y sus complicaciones, es decir, se hace hincapié en el incremento del costo total de la diabetes en México, el cual pasó de 2970 millones de pesos en el 2003 a 13836 millones de pesos en el 2014 (ENSANUT, 2016).

Afectaciones psicológicas de la diabetes

La diabetes es considerada, dentro de las condiciones médicas crónicas una de las más demandantes en términos físicos, psicológicos y emocionales. Inicialmente, las personas diagnosticadas con diabetes pasan por un proceso de ajuste que puede generar reacciones y sentimientos tales como: enojo, depresión, ansiedad, frustración y pérdida de valor por la vida, así como mucho miedo a morir e irse deteriorando poco a poco físicamente (Goldney, Fisher, Phillips & Wilson, 2004). Siendo los problemas psicológicos más comunes relacionados con la diabetes: Depresión, Estrés y Ansiedad, los desórdenes psicológicos en especial los mencionados anteriormente en pacientes con diabetes, presentan un riesgo adicional para la salud física y psicológica de quien la padece, ya que consistentemente se ha encontrado que estos afectan los niveles de azúcar en la sangre y aumentan el riesgo a sufrir complicaciones relacionadas con la enfermedad. Se cree que los cambios neuroquímicos que acompañan tales desórdenes pueden tener un efecto directo en los niveles de azúcar en la sangre (Jiménez & Dávila, 2007).

En el mismo tenor de ideas, se sabe que los síntomas físicos, cognitivos y conductuales de los desórdenes psicológicos (cansancio, miedo, mal humor, apatía, exceso de apetito, tensión, irritabilidad, cambios en el sueño) pueden afectar la capacidad del paciente de llevar a cabo el autocuidado que requiere la enfermedad y en consecuencia tener picos en sus niveles de glucosa en sangre (ALAD, 2019). Es por lo anterior, que la intervención del psicólogo debe formar parte del tratamiento a partir del primer momento de ser diagnosticado el paciente, tanto para evaluarlo inicialmente como para sostenerlo y

desarrollar sus habilidades de afrontamiento y de adherencia, con el objetivo de descartar cualquier complicación física o mental posterior.

En un estudio presentado por Riveros et al. (2005) sobre los efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida y depresión de pacientes con diabetes e hipertensos. La intervención fue de tipo individual sobre variables psicológicas que interfieren con el bienestar y la adherencia terapéutica de los pacientes, se observaron mejoras clínica y estadísticamente significativas en la gran mayoría de las variables para la mayoría de los pacientes, existiendo una mejora en cuanto a los estilos de afrontamiento conductual activo, cognitivo activo, análisis lógico y solución de problemas.

Al respecto de la TCC en relación de la DM2 y en función del manejo del estrés, Montes et al. (2013). Utilizaron un diseño pretest y post test para conocer si hubo cambios significativos antes y después de la intervención cuyo objetivo era enseñar a adultos el uso de técnicas operantes y cognitivas para el manejo del estrés para el control metabólico de la DM2, tales como: técnicas de respiración, relajación, imaginación guiada y reestructuración cognitiva, presentando al concluir el estudio excelentes resultados puesto que siete de los ocho participantes mejoraron en un 85% el control metabólico de su DM2.

Adherencia Terapéutica

En los momentos actuales, el tema del incumplimiento de las indicaciones médicas tiene gran trascendencia por sus implicaciones médicas, sociales y familiares para los pacientes —sobre todo de los que padecen enfermedades crónicas— y porque incide en el aumento del costo de la asistencia sanitaria a nivel mundial y regional. En la práctica médica, una gran parte de los tratamientos quedan bajo la responsabilidad del paciente, y éste tiene una autonomía considerable en su manejo, lo cual constituye un serio problema, los fallos al seguir las prescripciones exacerban los problemas de salud y favorecen la progresión de las enfermedades, haciendo imposible estimar los efectos y el valor de un tratamiento, dificultando que se realice un buen diagnóstico y provocando un aumento innecesario del costo de la atención sanitaria. (Martín & Grau, 2004).

Varios son los motivos por los cuales estudiar la adherencia a los tratamientos. En primer lugar, gran parte de las indicaciones terapéuticas no pueden ser supervisadas cotidianamente por un agente externo al paciente y, al contrario, como se dijo en el párrafo

anterior, quedan bajo su directa responsabilidad, entonces, es el paciente quien en definitiva decide si cumplir o no., en efecto, las bajas tasas de adherencia comunicadas parecieran apoyar la idea de que el paciente mayoritariamente no cumple con el tratamiento (Ortiz & Ortiz, 2007). En segundo lugar, los factores que determinan la no adherencia terapéutica son multivariados y se relacionan con este problema. Existen factores personales, del sistema o equipo de asistencia sanitaria y de la enfermedad y del tratamiento (mencionados en la definición que hace la OMS para adherencia terapéutica). Dentro de los factores personales, múltiples variables pueden aludir: falta de motivación, desconocimiento, baja autoestima, entre otras. La depresión frecuentemente ha sido asociada con los resultados que se alcanzan en las enfermedades crónicas. Con relación a la DM2, al parecer, cuando la depresión está presente, existe evidencia de un peor control metabólico, disminución de la actividad física, mayor obesidad, y potencialmente mayores complicaciones derivadas de la patología.

Se estima que un 40% de los pacientes no cumple con las recomendaciones terapéuticas; en el caso de las enfermedades agudas, la tasa de incumplimiento llega aproximadamente al 20% mientras que en las enfermedades crónicas alcanza el 45%; cuando los regímenes terapéuticos consisten en cambios de hábitos o estilos de vida, la tasa de incumplimiento es incluso más elevada (Rodríguez-Marín, 1995). Recordando a Sánchez Sosa en la conferencia “Práctica e investigación en el campo de la salud” dentro del 2do Ciclo de Conferencias en Procesos en Psicología de la Salud 4. (FES Iztacala, UNAM, 2014) hace hincapié que, como enfermedad asintomática, la no adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus 2 prevalece de un 20 % a un máximo del 25 % en la población de México, es decir, es un alto índice de incumplimiento a nivel nacional, aunque desde otras percepciones se podría decir que es aún más alto, acercándose al 45% como lo menciona Rodríguez-Marín (1995) en relación con las estimaciones de las enfermedades crónicas.

En la década de los noventas los estudios sobre adherencia involucraron propuestas para su definición conceptual, aunados claro está a la incidencia, identificación y caracterización de los factores que la afectan y determinación de los procesos para su evaluación y para configurar estrategias de intervención (Macía & Méndez, 1999), lo que se desea decir con lo anterior, es que en la actualidad los intereses no han cambiado mucho en cuanto a las investigaciones sobre adherencia, quizá con la salvedad de la evaluación de la

adherencia en programas de rehabilitación, terapias psicológicas, talleres psicoeducativos, actividad psico-deportiva, exposición de consideraciones teóricas y metodológicas ante el abordaje de la adherencia en el ámbito psicológico (Martín & Grau, 2004; Piña, 2013).

Dentro de las aportaciones recientemente expuestas en el terreno psicológico, de cómo debe abordarse la adherencia, se destaca que dichas conductas deben de estar formadas por componentes subjetivos y que estos se incluyan en su definición y abordaje (Martín & Grau, 2004), y que, al definir y evaluar la adherencia las conductas coincidan con los acuerdos y las recomendaciones aceptadas interdisciplinariamente, en resumen, es una dinámica de implicación activa del paciente en su autocontrol. La adherencia al tratamiento implica entonces múltiples comportamientos, simples y complejos del paciente, que le permiten hacer frente a un régimen que exige un alto nivel de cumplimiento, el desarrollo y mantenimiento de los comportamientos de adherencia al tratamiento por parte del paciente, dependerá en gran medida de la “negociación” y realización de acuerdos con el profesional de la salud sobre el régimen terapéutico y la aceptación para formar parte de dicho plan de tratamiento (Varela, et al. 2008, p.104).

En el mismo contexto, se debe de reconocer que la psicología no tiene un marco teórico, aplicable a todos los fenómenos de interés y estudio en lo referente a la adhesión terapéutica, aunado a que se carece de un lenguaje técnico exclusivo (Ribes-Iñesta, 2010). Por lo tanto, emplear términos “conceptuales” es algo cuestionable en este ámbito, lo que es viable, es recurrir o generar definiciones operacionales procurando que éstas se adapten tanto a los lineamientos del lenguaje ordinario, como a una lógica de un constructo¹.

Hasta hoy en día aún existen diferentes opiniones y divergencias de cómo se debe definir conceptual y operacionalmente esta variable, es decir, actualmente no existe acuerdo aún sobre una definición unívoca del concepto. Es frecuente encontrarse en la literatura con conceptos tales como cumplimiento, adherencia, cooperación, colaboración, obediencia, observancia, alianza terapéutica, seguimiento, adhesión y concordancia, Una de las definiciones más aceptadas es la propuesta por Di Mateo y Di Nicola, (1985) en Ortiz &

¹ Constructo=Construcción teórica. - en psicología es una categoría descriptiva bipolar que permite a cada individuo organizar las experiencias y los datos de su realidad.

Ortiz, (2007) quienes conceptualizan la adherencia como “una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado”. Ahora bien, la dificultad de consensuar una definición única de adherencia hace difícil su operacionalización y medición.

En un estudio del año 2013 el Maestro en Psicología Julio A. Piña López de la Universidad de Sonora, México. Analizó los conceptos de apego, cumplimiento, adherencia y adhesión, justificando por qué se debería utilizar este último (adhesión) y cómo habría que definirlo conceptual y operacionalmente, él planteó una propuesta integradora con el objeto de vincular un modelo psicológico con el análisis funcional de la conducta, como herramientas teórico-metodológicas que sirvan como guías para la práctica de investigación y su posterior traducción en propuestas de intervención para mejorar la práctica de las *conductas de adhesión* en personas que viven con VIH/sida.

Se hace hincapié en este rubro porque es algo muy importante e interesante para los investigadores en psicología y/o los aprendices ya que se encontraron más de doce definiciones conceptuales de adherencia y más de once definiciones operacionales de la misma, siendo la definición de Piña-Sánchez (2007) muy integradora, como ellos mismos lo mencionan y se cita textualmente:

Frecuencia con la que el usuario de los servicios de salud pragmática, a lo largo de un periodo variable y a partir de los recursos competenciales de que dispone, una diversidad de conductas que le permitan cumplir de manera eficiente con determinados criterios, en estricta correspondencia con las instrucciones provistas por el equipo de salud (p. 341)

De tal suerte, se presenta la definición internacional de adherencia terapéutica hecha por la OMS que a la letra dice, “un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de dimensiones o factores, socioeconómicos, relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria, la enfermedad, el tratamiento y el paciente” (OMS, 2004, p. 27), (No se ahondará en este tema por el momento). En el ámbito psicológico no existe una definición avalada por el gremio, ni de manera libre ni con base en propuestas

teóricas, pero generalmente es concebida como el comportamiento humano en las conductas relacionadas con la salud (Puente-Silva, 1985).

El estudio aquí propuesto (N=1) que incluye la adherencia con relación a la TCC en un caso de DM2, encaja perfectamente en las conclusiones que hace Piña (2013) que a continuación y en letra itálica dice:

Todo análisis y evaluación de las conductas relacionadas con la adhesión debe necesaria y obligadamente iniciar con la conducta en lo individual, por lo que la pertinencia de los procedimientos y técnicas tienen a su vez, necesaria y obligadamente, que ajustarse a este requisito. No hay, entonces, procedimientos o técnicas estandarizadas; los hay diferentes, cuya potencial aplicabilidad dependerá de la pertinencia del análisis funcional y evaluación de la conducta individual con relación al problema de la adhesión al tratamiento. (p. 58)

Esta apreciación se deja a la consideración de los lectores, ya que existe mucho por investigar sobre el tema de la adherencia terapéutica. Haciendo caso a lo mencionado por Piña, (2013) luego entonces, se puede inferir que los estudios de un caso N=1 aunado al análisis funcional como método de evaluación clínica, son los más indicados para cuestiones de adhesión o adherencia, hasta que no se diga lo contrario.

Pese a que el fenómeno de la adherencia terapéutica involucra a todos los profesionales de la salud, en el ámbito psicológico, la psicología de la salud proporciona un cuerpo de teorías y modelos conceptuales que han demostrado ser útiles para el pronóstico e intervención sobre la conducta de adherencia. (Ortiz & Ortiz, 2007), dentro de estas teorías y modelos se encuentran:

Teoría Social Cognitiva. – sugiere que cualquier cambio de conducta (volverse adherente), se fundamenta sobre la creencia de que una persona puede alcanzar exitosamente la conducta deseada, habilidad y la Autoeficacia percibida son las variables.

Teoría de la Acción Razonada. – Relaciona las creencias, actitudes, intenciones y conducta. El mejor predictor de la conducta es la intención de llevarla a cabo, los factores sociales y la intención son básicos.

Modelo de Creencias de Salud. – Integra teorías cognitivas y conductuales, las variables personales son: Factores sociodemográficos, susceptibilidad percibida, severidad percibida, beneficios percibidos, barreras percibidas, autoeficacia percibida y motivación para la salud.

Modelo Transteórico MTT. – Propone etapas de cambio y procesos de cambio, para reducir las conductas de riesgo, las etapas son cinco: Precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento, siendo los procesos de cambio las estrategias y técnicas cognitivas, afectivas, experienciales y comportamentales del sujeto.

Modelo de información-motivación-habilidades conductuales. – en función de rigurosa investigación empírica este modelo demuestra que, en conjunto, todas las variables involucradas explican el 33% de la varianza del cambio conductual, En el modelo la relación entre motivación e información entregada por el médico es débil, sin embargo, la presencia de ambos aumenta el poder predictivo del modelo.

Por todo lo anterior y por tratarse de un problema de salud pública que incluye múltiples factores y que además posee una naturaleza compleja donde los factores comportamentales y los subjetivos desempeñan un rol importante, se considera a la adherencia a los tratamientos un problema aún no resuelto, recordemos que el primer y principal problema que encontramos a la literatura sobre la adherencia terapéutica recae en las dificultades que plantean sus propias características definitorias (Velligan et al., 2006 en Gratacós & Pousa, 2018). En este sentido, los desafíos que impone el fenómeno de la adherencia terapéutica y como se infirió anteriormente, podrían marcar la génesis de posibles investigaciones, marcando el camino de lo que es crucial en las áreas como: la definición del concepto de adherencia, evaluación o medición de la adherencia terapéutica e intervención para incrementarla, todas las cuales se encuentran íntimamente relacionadas. (Ortiz & Ortiz, 2007).

En un estudio realizado por Gratacós & Pousa (2018). Titulado “Intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica en sujetos con esquizofrenia”, cuyo objetivo fue el de ofrecer una visión general sobre las características y la eficacia de las intervenciones diseñadas para mejorar la adherencia a la medicación en la esquizofrenia, se revisaron los

datos disponibles acerca de los aspectos más relevantes de la adherencia con el objetivo de examinar y conceptualizar sus características y particularidades, llegando a la conclusión que, al examinar la adherencia al tratamiento encontramos que la gran diversidad de definiciones y la falta de consenso en el proceso evaluativo son aspectos claramente problemáticos que requieren un mayor estudio. Por lo que respecta a las intervenciones, se interpreta de algún modo, que no existe un único tratamiento que permita mejorar la adherencia a la medicación, sino que se encontraron distintas intervenciones que muestran beneficios terapéuticos. En este sentido, tres elementos parecen jugar un papel fundamental: (1) el establecimiento de una relación terapéutica colaborativa entre paciente y clínico, (2) el estudio individualizado de los factores que motivan los problemas de adherencia en cada caso y abordaje de estos, y (3) la interdisciplinariedad en el tratamiento.

Determinar qué impacto ocasiona cada uno de los factores asociados con la falta de adherencia resulta básico para diseñar intervenciones, de esta manera, se concluye que las intervenciones para mejorar la adherencia resultan imprescindibles para garantizar un buen tratamiento de la esquizofrenia. Así mismo, se requiere una aproximación en la que el tratamiento de la adherencia no se limite a intervenciones aisladas, sino que forme parte de la actitud general de todos los clínicos que traten con esta tipología de enfermedades. Por lo que la empatía entre la visión del sujeto y la del clínico es vital, Resulta fundamental la escucha y comprensión de los motivos que llevan al sujeto a ser reticente al tratamiento, validando los mismos a la vez que ofreciendo información o alternativas a cada uno de ellos.

Continuando con los estudios sobre adherencia terapéutica, Martínez-Amores (2018), nos presentó una intervención en un caso (N=1) de anorexia nerviosa con el paradigma cognitivo-conductual, cuyo objetivo principal era aumentar la motivación y adherencia al tratamiento, la evaluación inicial se hizo mediante el análisis funcional de la paciente, utilizando técnicas de modificación de la conducta, tales como: psicoeducación, técnicas motivacionales, técnicas conductuales, técnicas de exposición y reestructuración cognitiva. La intervención se llevó a cabo en 18 meses, en los que las sesiones eran dobles semanalmente durante los primeros 8 meses y posteriormente las sesiones fueron semanales, La puesta en práctica de las técnicas aprendidas por la paciente, fue amplia y generalizándose a la mayoría de los contextos y ambientes de su día a día. Como resultado en general, la

paciente empezó a responder a las pautas y medidas conductuales, realizando una recuperación ponderal del peso y los objetivos propuestos para su caso, logrando un estado físico y emocional que no revestían la gravedad para el ingreso en una unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria, por lo que podemos resumir que; a partir de un análisis cualitativo y cuantitativo de la evolución de la paciente, se puede concluir que el tratamiento fue eficaz.

El paradigma Cognitivo-conductual

El paradigma cognitivo-conductual combina modelos de la teoría del aprendizaje con aspectos del proceso de la información en su intento de explicar cómo se instauran las conductas, al integrar estos dos postulados teóricos, la teoría conductual y la cognitiva, integra los factores internos y externos del sujeto. Supone la integración de una metodología rigurosa orientada a las técnicas conductuales con la evaluación y el tratamiento de los fenómenos que determinan la cognición (Rodríguez et al. 2002 p.12). El uso de modelos explicativos de tipo cognitivo, responden a la idea de que cognición, emociones y conducta (pensar, sentir y actuar) suelen estar fuertemente interconectadas y retroalimentadas, pudiendo ser estratégicamente útil promover *cambios* incidiendo en aspectos cognitivos sin negar la intervención en factores co-causales (González & Oropeza 2016, p. 99) siendo lo anterior, la parte elemental del paradigma cognitivo-conductual.

Dentro de estos *cambios* se puede incidir en la adherencia al tratamiento en una paciente diagnosticada con DM2 desde el ámbito de la psicología aplicada, ya que es muy frecuente que varios factores cognitivos influyen y afectan directamente en la conducta de adherencia a las personas que acaban de ser diagnosticadas, por lo anterior, para este estudio se consideró al paradigma cognitivo-conductual desde las técnicas de modificación de conducta, ya que los componentes de dicho modelo podrían ayudar en la comprensión de los problemas de adherencia terapéutica en un caso de DM2., las teorías cognitivas aseguran que los individuos son participantes activos en su entorno, juzgando y evaluando estímulos, interpretando eventos y sensaciones y aprendiendo de sus propias respuestas. Algunos autores como Beck, Ellis, Bandura, garantizan que la manera de procesar (reconocer, percibir, razonar y juzgar) la información tiene un papel importante para intentar entender los posibles trastornos derivados en conductas anormales.

Los modelos cognitivos ponen especial atención a las cogniciones, se entiende por éstas en un sentido amplio, a las ideas, las percepciones, los constructos personales, las creencias, las imágenes, las atribuciones de sentido o significado, las expectativas y por eso estudia los procesos básicos tales como la memoria, la atención, la formación de conceptos, el procesamiento de la información, la resolución de conflictos, etc. (Beck, et al, 2005).

La terapia cognitivo-conductual (a partir de este momento la mencionaremos como TCC) puede ayudar a cambiar la forma como piensa (cognitivo) y cómo actúa (conductual) el sujeto, a diferencia de la terapia psicoanalítica y/o la conductual, la TCC se centra en problemas y dificultades del “Aquí y ahora” en lugar de centrarse en las causas de su angustia o síntomas [(Ej. La ansiedad) busca mejorar su estado anímico en el ahora, en función de sus pensamientos y sus conductas de respuesta (reacciones)]. La TCC se ha convertido en las últimas tres décadas en la orientación psicoterapéutica que ha recibido más evidencia empírica y experimental sobre su eficacia y efectividad en gran diversidad de problemas y trastornos psicológicos (Ruiz et al. 2012)

Por lo mencionado anteriormente, Echeburúa, (2006) afirma:

La TCC puede ayudar a entender problemas complejos desglosándolos en partes más pequeñas, esto le ayuda a identificar cómo esas partes están conectadas entre sí y cómo le afectan, de estas partes pueden derivarse: Pensamientos, emociones, sensaciones físicas, comportamientos. Siendo que cada una de estas áreas puede afectar a las demás, es decir, sus pensamientos en un problema pueden afectar a cómo se siente física y emocionalmente y puede alterar sus respuestas o reacciones. (P.38)

Para este trabajo recepcional se estudia el caso de un paciente derivado de un Centro de Salud y que según datos proporcionados por la psicóloga del centro, la persona muestra total intencionalidad y actitud positiva en cuanto a la aceptación de integrarse a un programa de intervención psicológica, en consecuencia y aprovechando esas características individuales por parte del sujeto, aunadas a los resultados que arrojó la evaluación inicial, se hizo pertinente en el diseño de la intervención el uso de la TCC. Por este motivo se llevó a cabo una intervención basada en entrenamiento con técnicas de modificación de conducta tales como: “Entrenamiento en Autocontrol”, “Entrenamiento en Habilidades Sociales (conductas asertivas)” y uso del glucómetro con la técnica del modelado y todo ello, para

incrementar, mantener y/o mejorar sus fortalezas cognitivas-conductuales y así poder modificar sus hábitos, su autoeficacia y permita una mayor adherencia al tratamiento.

Hernández, et al. (2017) En un estudio de caso único (N=1) con la variable de depresión por efecto de traumatismo, realizaron una intervención psicológica con enfoque cognitivo-conductual para tratar el trastorno de depresión con técnicas de modificación de conducta, tales como, entrenamiento en autoinstrucciones (freno mental, autoafirmaciones) resolución de problemas y técnicas de relajación. En conclusión, la terapia psicológica, con enfoque cognitivo conductual, tuvo un resultado eficaz para disminuir la sintomatología del trastorno depresivo debido a traumatismo de fracturas múltiples de la rodilla, que presentó el paciente, lo cual coincide con los hallazgos de otros autores (Ruiz et al., 2012).

En otro estudio en donde se manejó el paradigma cognitivo-conductual con técnicas de modificación de conducta realizado en España (Casado, M. I. et al. 1997). El objetivo prioritario del estudio fue la modificación de hábitos de alimentación poco saludables y de los factores psicológicos asociados a la obesidad (ansiedad, autoestima, autocontrol, pensamientos distorsionados, etc.). la aplicación grupal consistía en tres fases, evaluación pretratamiento, tratamiento y evaluación postratamiento y cuyas técnicas de modificación utilizadas fueron, sesiones con técnicas de información, autocontrol, relajación, reestructuración cognitiva, solución de problemas y entrenamiento en habilidades sociales. Los resultados en cuestión de hábitos de alimentación se notaron en la disminución de la conducta de picar entre horas, aumento del tiempo empleado para la ingesta, modificación adecuada en cuanto a la preparación de los alimentos y aumento de la conducta de masticación para cada porción, así mismo, de los 11 integrantes del grupo, 9 sujetos consiguen descensos en el porcentaje de sobrepeso que oscilan entre un 18.9 % y un 7.2 % y 2 sujetos no consiguen descenso alguno

Por lo antedicho, la mayoría de los integrantes del grupo han logrado una reeducación de hábitos y conductas no saludables asociadas a la ingesta de alimentos. Sin embargo, es necesario puntualizar que las modificaciones no se dan de forma regular entre los distintos componentes del grupo, es por ello por lo que se propone la realización de estudios con participantes individuales, Mientras que algunos individuos consiguen adecuarse casi en su totalidad a los cambios propuestos, en la gran mayoría de los pacientes se van produciendo cambios paulatinos con distinta intensidad en las diferentes conductas.

Justificación

Para el diseño de la intervención, la parte toral del estudio y que conlleva significancia para la inferencia y derivación de los resultados, se propuso el diseño $N=1$ ya que desde la psicología se han explorado muchos estudios sobre la adherencia terapéutica en relación a la DM2, pero en su gran mayoría ha sido con grupos experimentales y con las variables modificables de actividad física, nutrición y parámetros fisiológicos ya de manera iterativa, es decir, se incluyen solamente temas médicos, por lo que existe una necesidad apremiante de “*realizar investigaciones empíricas sobre la adherencia terapéutica utilizando el diseño $N=1$ en interrelación con el paradigma cognitivo-conductual y la Diabetes mellitus 2*” donde lo más importante sea la parte psicológica (y de lo que de ello derive) en los problemas de adherencia, de manera individual desde sus propias experiencias y su realidad.

La experiencia obtenida a través del tiempo asegura que es muy difícil reunir una muestra de individuos (homogéneos) claramente adecuados a los criterios diagnósticos de la adherencia terapéutica que se investiga, y la extensión del tratamiento requerido por muchos sujetos con problemática de adherencia convierte en una empresa importante cualquier estudio de resultados (grupos). Por lo mencionado, (Turkat, 1985 en Beck, et al, 2005) han propuesto un *enfoque* de base empírica individual para comprender y tratar los problemas de personalidad que infieren directamente en la adherencia terapéutica, evitando muchos de los problemas prácticos que se hallan en los estudios controlados de resultados (grupos experimentales).

Este *enfoque* consiste en utilizar diseños experimentales de caso único, más sin embargo, en la literatura científica se carece de estudios de un caso $N=1$ en donde se relacionen las variables cognitivas que mantienen la conducta de la no adherencia y la DM2, la investigación se hace pertinente puesto que al identificar factores cognitivos, de creencias, variables determinantes, desencadenantes y de mantenimiento (vía análisis funcional) que afectan directamente en la adherencia al tratamiento, se pueden planear estrategias de intervención, para ayudar a que mayor cantidad de pacientes con diabetes puedan tener un estilo de vida sano y mejorar el mismo al tener una enfermedad crónica, en este caso, la DM2. Al desarrollar dichas estrategias se busca también, que el paciente disminuya el grado de impacto de la noticia de saber que tiene diabetes y vaya adaptándose poco a poco a su nueva condición y se adhiera al tratamiento.

Por lo mismo, este estudio se hizo relevante y se justificó teóricamente al construir un sistema coordinado y coherente de antecedentes a partir de las conclusiones del caso para contribuir a las teorías y conceptos psicológicos que permitan abordar el problema de la no adherencia terapéutica en función del paradigma cognitivo-conductual y que con el aporte de estas teorías se sustente la parte metodológica de su aplicación (aunado a poner la piedra angular referencial para posteriores investigaciones de caso único) siendo esta estrategia metodológica (N=1) la adecuada, ya que contribuye al campo científico y sus resultados fortalecen y desarrollan el surgimiento de nuevos paradigmas. Su mayor fortaleza es que mide y registra la conducta de la persona participante (Martínez y Piedad, 2006. P. 170).

En la parte social, es tanto o más importante el reconocimiento de este estudio en lo que respecta a la salud pública y las consecuencias socioeconómicas que trae consigo la falta de cumplimiento de las indicaciones médicas, a corto, mediano y largo plazo, siendo lo antedicho uno de los problemas más graves para el sector salud, la parte del gasto social. Por lo que, distinguir y hacer conciencia cuando una persona no atiende las indicaciones médicas y los gastos que genera desde que va por primera vez a un hospital de primer nivel es muy relevante. Considerar desde la atención en mostrador, las enfermeras que lo atienden, el médico que lo valora, los análisis que se le hacen, etc. Cuando esto ocurre, todos los gastos iniciales antes mencionados, se considera que fueron inútiles, y todavía más, aun recuperándose el paciente, éste no necesariamente regresa a su condición de salud original, ya que puede haber secuelas, complicaciones y en consecuencia más gastos... (Puente, S. 1985, p. 6). Por consiguiente, apostar a incrementar la adherencia terapéutica desde la parte psicológica del interesado, que es el asunto que nos atañe, es apostar a disminuir los gastos directos e indirectos para el sector salud en México y aumentar la calidad de vida del paciente.

Con base en lo mencionado, se plantea la siguiente pregunta: ¿Existe alguna diferencia en cuanto a la efectividad del tratamiento para incrementar la adherencia terapéutica de una persona con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 después de aplicarle una intervención psicológica cognitivo-conductual con las técnicas de modificación de conducta? siendo estas técnicas capaces de inferir tanto en los comportamientos específicos como en sus determinantes.

Por lo antedicho, los objetivos que se pretenden lograr son los siguientes, a saber:

Objetivo general.

- Determinar si existe alguna diferencia en cuanto a la efectividad antes y después de una intervención cognitivo-conductual con técnicas de modificación de conducta con respecto a la adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 en una mujer de 52 años.

Objetivos específicos

- Informar a la paciente sobre las generalidades de la diabetes para que entienda y sea capaz de manejar la enfermedad que presenta, eliminar prejuicios, reducir el riesgo de recaídas, reducir la carga emocional y mejorar la adherencia al tratamiento.
- Entrenar a la paciente sobre el autocontrol para incrementar y/o mejorar sus fortalezas cognitivas y conductuales y así poder modificar sus hábitos, su autoeficacia y permita una mayor adherencia al tratamiento.
- Entrenar a la paciente en las conductas asertivas para la consecución de sus metas: aprenda a comer selectivamente, aprenda a decir “No” y poder rechazar alimentos dañinos a su salud y responder a situaciones críticas familiares con asertividad, decisión y que le impiden adherirse al tratamiento.

Hipótesis

Hi. – Existe diferencia en la efectividad de la intervención en cuanto a la adherencia terapéutica, en un caso de diabetes mellitus tipo 2 antes y después de aplicado el tratamiento.

Ho. – No existe diferencia en la efectividad de la intervención en cuanto a la adherencia terapéutica, en un caso de diabetes mellitus tipo 2 antes y después de aplicado el tratamiento.

INFORME DE PRÁCTICA

Método

Participantes

Se trata de una persona del sexo femenino (a partir de este momento nos referiremos a ella como I.) cuya edad es de 52 años, que acude a consulta en un centro de salud, derivada

por su médico de atención primaria y que tiene un diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 de hace un año, medicada hace tres meses. I. es maestra de grado en escuela primaria y actualmente está en proceso de jubilación, casada y con una hija, se presume que presenta problemas en la conducta de adherencia terapéutica.

Consideraciones éticas

La presente intervención psicológica se apega a lo dispuesto en el “Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (1983)”; se toma en consideración lo que establece el Título Segundo. Capítulo I, artículo 13 y 14 fracción I, ajustándose a los principios éticos y científicos que justifican su aplicación. Dicho esto, a continuación, se presentan las fracciones de este reglamento que describen las consideraciones éticas para la intervención:

Fracción V sobre el consentimiento informado..... **(Anexo 1)**

Fracción VI Realizada por profesionales...

Fracción VII y VIII Autorizada por un responsable y/o una institución...

Escenario

La intervención se hizo en un consultorio expreso para consultas psicológicas el cual consta de dos sillas una para el psicólogo y otra para el paciente y una mesa de trabajo, confortables, cómodas y funcionales para la aplicación de los instrumentos y la intervención, el lugar está muy bien ventilado e iluminado, tiene tanto luz natural como luz artificial, impera el silencio y no existen interrupciones externas, cuenta con pantalla de televisión de 40” y una PC en donde se le presentarán las diapositivas y videos del tratamiento.

Diseño de investigación

N=1 Preexperimental diseño pretest y postest Tipo AB (indicado para estudios psicológicos)

Se estudiará un solo sujeto que es sometido al tratamiento experimental bajo condiciones de control, toma una serie de mediciones repetidas de la variable dependiente (línea base) antes de introducir la variable independiente o tratamiento. Posteriormente se

aplica el tratamiento con lo que se inicia la fase experimental del estudio, se destaca que es importante continuar midiendo el comportamiento hasta que se dé por terminado el tratamiento. La letra “A” se refiere al sujeto sin tratamiento (condición basal) y la letra “B” cuando se aplica el tratamiento. (Silva, 1992)

Una de las temáticas metodológicas más importantes que cobró fuerza alrededor de los años 70 del siglo pasado, fue la búsqueda de alternativas a la investigación de grupos. Esta búsqueda encontró aplicación, con distintos matices, que dio origen a diseños experimentales conocidos como “diseños operantes”, “diseños de casos únicos”, “diseños intensivos”, “diseños de series temporales”, “diseños de replicación intrasujeto”, que tienen en común el paradigma básico de $N=1$ (Roussos, 2007). Dentro de los potenciales y ventajas de utilizar los estudios de caso único se encuentra: la capacidad de generar hipótesis; la capacidad de establecer la naturaleza y condiciones de una supuesta relación causa-efecto (especialmente frente a una multicausalidad) y la capacidad de trabajar con situaciones atípicas.

Existen muchos problemas observados en el transcurso del tratamiento o la evolución de un caso clínico que hacen imposible la investigación en grupo. Un paciente con un trastorno poco común, en una situación única, puede ser estudiado con este diseño con el objetivo de descubrir algún material que pueda proveer información acerca del desarrollo del problema y su tratamiento. Thigpen y Cleckley (1954), estudiaron el caso atípico de una mujer que dio lugar a lo que luego fue conocido como trastorno de personalidad múltiple, hoy denominado Trastorno de Identidad Disociativo según el DSM IV, (American Psychiatric Association, 1994).

El diseño $N=1$ significa en teoría que el objeto de investigación sea único, más en la práctica esto significa que pueda ser, un individuo, una intervención terapéutica determinada, un grupo con características particulares, una problemática, etc. (Silva, 1992). Pues bien, el estudio propuesto en esta ocasión es un estudio de diseño $N=1$ del tipo AB en donde la característica principal de este diseño es su naturaleza temporal, caracterizado por tomar de cada una de las variables dependientes una serie de “N” observaciones ordenadas en el tiempo en la medida que se aplica la variable independiente (tratamiento o intervención) las cuales generarán datos de orden cronológico para su análisis. Siendo el sujeto de estudio una mujer que tiene diagnóstico de DM2 y que al parecer no se adhiere al tratamiento y que presenta conductas blanco tanto funcionales como disfuncionales y que son de carácter

medible para poder hacer el estudio y con alta probabilidad de modificar dichas conductas después de la intervención cognitivo-conductual planteada.

Para no adentrarse tanto en la parte técnica de la estadística, sea esta descriptiva o inferencial y para ser muy explícitos en cuanto a la manera en la que se van a analizar los datos de esta investigación en el diseño N=1 “Intervención psicológica cognitivo-conductual para lograr la adherencia al tratamiento en un caso de diabetes mellitus tipo 2” de una manera más coloquial y para hacerlo más entendible, se asevera que existen controversias entre autores en la manera de analizar los datos en este tipo de estudios, por ejemplo, (Kazdin, 1998 en Arnau 2014) dice que tradicionalmente, el análisis de datos en los estudios con diseños de caso único se ha venido realizando mediante un análisis visual de la presentación gráfica de los datos tomados durante la fase(o fases) de línea base (A) y durante la fase (o fases) de tratamiento (B), Este análisis visual trata de identificar que tras el tratamiento se ha producido un cambio en los datos que es consistente, fiable y poco probable que sea debido a fluctuaciones confusas de los datos entre las fases, de manera que se pueda determinar si el tratamiento ha tenido efecto sobre los problemas o trastornos psicológicos y cuál ha sido la magnitud de ese cambio y la tendencia de ese efecto.

Dentro del análisis visual se examina la estabilidad, la variabilidad y la tendencia de los datos en línea base (LB) los cambios que se producen en el tratamiento respecto a la tendencia de los datos y su nivel y la latencia de dichos cambios, es decir, el tiempo que transcurre entre el inicio del tratamiento y los cambios en la tendencia y nivel de los datos. Siendo el argumento de los defensores de este análisis (visual) que textualmente dice “si un investigador no puede ver con sus ojos un efecto o un cambio terapéutico cuando lo representa gráficamente, es que no existe o es clínicamente irrelevante” (Sanz &García, 2015. P. 168) más sin embargo y aunque esta estrategia de análisis es la más usada en los estudios de un caso clínicos de carácter conductual, la literatura científica ha demostrado (aunque no de manera sistemática y definitoria) que aproximadamente en un 20% de los casos se comete un error del tipo 1 es decir, existe una probabilidad = α de rechazar la hipótesis nula cuando es verdadera [ej. Un investigador médico desea comparar la efectividad de dos medicamentos. La hipótesis nula es: $\mu_1 = \mu_2$ (Los dos medicamentos tienen la misma eficacia) Un error de tipo I se produce si el investigador rechaza la hipótesis nula y concluye que los dos medicamentos son diferentes cuando, en realidad, no lo son].

Con lo anterior, la intención de esta explicación es que para resolver algunos de los problemas que aquejan al análisis visual, especialmente los vinculados a su “subjetividad”, para ello, se propone un método cuantitativo y un conjunto de reglas para determinar si un cambio terapéutico es efectivo. Atendiendo a lo antedicho, muchos especialistas recomiendan complementar el análisis visual con algún tipo de análisis estadístico (Arnau, 2014 en Sanz & García, 2015) Sin embargo, las técnicas estadísticas más conocidas por los psicólogos clínicos y de la salud como, por ejemplo, las pruebas t y F, no son apropiadas para los diseños de caso único ya que tales estadísticos paramétricos necesitan que los datos sean independientes y los datos de diseño N=1 se correlacionan entre si ya que proceden de la misma persona (no son independientes como en los diseños de grupos experimentales) esto es, existe una dependencia llamada “serial” en la que pueden influenciar unos datos a otros.

Por y para el análisis de datos en este estudio, independientemente del análisis visual que se ejecutó (en función de la presentación gráfica) se utilizaron los *índices para la estimación del tamaño del efecto basados en el no solapamiento de los datos entre las fases o mejor llamados “Porcentaje de datos no solapados” (PND)*. Existen otros dos tipos de análisis estadísticos para estos diseños pertenecientes al modelo del “Tamaño del efecto” *el análisis de series temporales y las pruebas no paramétricas basadas en la aleatorización* (recomendadas por Kazdin, 1984 en Arnau, 1984), pero estos tipos de análisis presentan problemas para su utilización práctica, por un lado, se necesitan de muchas observaciones (mínimo 50 por cada fase) y, por otro lado, la aleatorización requiere decidir al azar el momento en que se aplique el tratamiento (Bono et al. 2014 en Sanz & García, 2015) por lo que se decidió utilizar el PND que requiere un mínimo de datos tanto en LB (mínimo 3) como en la fase de tratamiento de éste diseño del tipo “AB”

Con el análisis estadístico PND no se trata de comprobar la significación estadística del efecto o cambio terapéutico, sino de *cuantificar ese cambio y valorar su magnitud desde la significación clínica*, lo que permitiría corroborar su efectividad y superar así algunos de los problemas que afectan al análisis visual de los datos y precisar de forma válida las inferencias basadas en este (Bono et al. 2014 en Sanz & García, 2015) entonces, ya contextualizada la tesis anterior, la definición operacional del PND está dada por: el porcentaje de datos de la fase de tratamiento que excede al dato más extremo de la LB, y se calcula contando el número de datos de la fase de tratamiento que superan (por encima en las

medidas funcionales o por debajo en las medidas disfuncionales) al dato más extremo de la LB (el más alto en las medidas funcionales o el más bajo en las medidas disfuncionales) y dividiendo este número por el número total de datos en la fase de tratamiento y el resultado multiplicarlo por cien, para conocer el porcentaje del índice PND. Siendo la formula, a saber:

$$\text{PND} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de datos del tratamiento que exceden al dato más extremo de la LB}}{\text{Total de N}^\circ \text{ de datos del tratamiento}} \times 100$$

El resultado se da en la unidad de porcentaje y se compara con el rango de los valores de referencia, en donde puede resultar, no efectivo, efectividad cuestionable, bastante efectivo y muy efectivo. Por lo que de esta manera se cuantifica ese cambio de manera estadística y/o matemática y se valora la magnitud, complementando así el análisis visual de los datos, dándole mayor validez, estabilidad y fiabilidad al estudio.

Procedimiento de muestreo

La muestra será no probabilística intencional y voluntaria, en un paciente del sexo femenino que esté dispuesta a participar en el estudio, la cual tiene el diagnóstico confirmado de diabetes mellitus tipo 2, que asiste a consulta en el Centro de Salud de primer nivel, Tipo III “José Zozaya” de la Secretaría de Salud en la Ciudad de México.

Manipulaciones experimentales (variables)

Variable independiente. – Intervención psicológica o tratamiento

Definición conceptual. – Aplicación de principios y técnicas psicológicos por parte de un profesional acreditado con el fin de ayudar a otras personas a comprender sus problemas, a reducir o superar estos, a prevenir la ocurrencia de estos y/o a mejorar las capacidades personales o relaciones de las personas aún en ausencia de problemas (Bados, 2008, p. 2)

Definición operacional. – La intervención psicológica cognitivo-conductual se realiza en 11 sesiones semanales, con una duración de 90 minutos cada una, con la participación del terapeuta y del paciente, las técnicas empleadas durante la intervención fueron: psicoeducación con técnicas de la información, técnicas de autocontrol, entrenamiento en conducta asertiva y habilidades sociales.

Variable dependiente. - Adherencia al tratamiento

Definición conceptual. – “Implicación activa y voluntaria del paciente en el curso de conducta aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado” (DiMatteo y DiNicola, 1982 en Ortiz & Ortiz, 2007).

Definición operacional. – será el resultado obtenido a partir del registro personal (autorregistros) de las conductas blanco-medibles (para la acción de toma de medicamentos, ingesta de pan y cosas dulces, toma del nivel de glucosa en sangre y asistencia a citas médicas) y que se espera modificar después del tratamiento.

Se trata de demostrar de una manera simple que la manipulación de la variable independiente (VI), en este caso “el tratamiento” (utilizando técnicas de modificación de conducta) produce un cambio en la variable dependiente (VD) “adherencia al tratamiento” para ello, las variables que conjugan a la variable dependiente son las conductas blanco que se detectaron (toma de medicamentos, ingesta de pan y cosas dulces, toma del nivel de glucosa en sangre, citas médicas) y que de manera mensurable se registraron (Hojas de autorregistro) para poder analizar los resultados cuantitativa y cualitativamente. En psicología, normalmente la V.I. es una variable ambiental, y la V.D. la conducta del sujeto. Se trata de ver si el cambio en la magnitud de alguna parte del ambiente produce cambios en la conducta del sujeto. Tanto el aspecto del ambiente como el de la conducta debe ser medible, cuantificable y definible operacionalmente. Por tanto y resumiendo, se trató de encontrar variaciones en la V.D. en tanto se variaba la V.I. Siendo así, el tratamiento experimental será efectivo si lo consigue.

Instrumentos

Análisis funcional

De las conductas para el diseño de la intervención el cual tuvo como objetivos, a saber:

- Organizar la información sobre las relaciones funcionales y no funcionales entre los eventos conductuales observados por el terapeuta, además de los descritos por el consultante como problemáticos (conducta-problema) y eventos ambientales, históricos y personales.
- Identificar antecedentes y consecuentes de la conducta.
- Identificar las variables que influyen en la persona (determinantes y desencadenantes).
- Formular hipótesis sobre las conductas problema (de origen o causales modificables y de mantenimiento).
- Identificar y describir las conductas blanco-modificables del problema.

Primera entrevista

- Cuestionario semiestructurado de elaboración propia (2019), adaptado de Labrador (2008) y Burns (1998). Para conocer los datos personales e integrar los datos para el análisis funcional, integrado por 44 ítems para recabar datos sociodemográficos, así como las características y las formas en que se adhiere o no al tratamiento prescrito por su médico. Con el objetivo de identificar aquellas variables o elementos inadecuados para su posterior modificación con una intervención cognitiva-conductual

Segunda entrevista

- Cuestionario semiestructurado de elaboración propia (2019), adaptado de Labrador (2008) y Burns, D. (1998). Para complementar los datos para el análisis funcional, integrado por 17 ítems. Con el objetivo de identificar aquellas variables o elementos inadecuados para su posterior modificación con una intervención cognitiva-conductual

- ***Versión Actualizada de la Escala de Adherencia Terapéutica (VAEAT, 2018).***

Escala creada por Pedraza, Vega y Nava (2018) instrumento psicométrico diseñado para medir la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas, el cual se compone de 30 reactivos que dan lugar a tres factores: 1) atención médica y el cumplimiento de recomendaciones efectuadas por el personal sanitario (α 0.89) 2) cambios en el estilo de vida, (α 0.78) y 3) barreras o aspectos que interfieren ante la adherencia, de manera particular, ante la administración de medicamentos (α 0.74). Para todos los ítems se manejó la respuesta con una escala tipo Likert de seis puntos de amplitud cada uno que van desde 0) Nunca a 5) Siempre. En el estudio realizado al VAEAT para valorar sus propiedades psicométricas no se presentan parámetros, dado que no es del interés de los autores estandarizarlo en ninguna población. (Instrumento confiabilizado y viabilizado por los autores y con autorización directa para su uso en este estudio de las Doctoras, Guadalupe Lizbeth Pedraza Banderas y Cynthia Zaira Vega Valero, catedráticas de la FES Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México). Sin embargo, estadísticamente se obtuvieron de autoría propia, los valores que se solicitan, empleando las puntuaciones mínimas y máximas posibles en cada factor, para posteriormente hacer categorías nominales de nula, media y alta adherencia. El instrumento en general obtuvo un nivel alto de fiabilidad. El análisis de fiabilidad (Alpha de Cronbach) de la escala arrojó un Alpha de 0.890, lo que significa que el instrumento es fiable en un 92%. (**Anexos 2, 3, 4 y 5**)

Una vez integrados los datos arrojados por el análisis funcional, de la VAEAT y focalizadas las conductas blanco, se procedió a diseñar las hojas de autorregistros tanto para Línea base como para continuidad de las conductas mensurables que representan a las variables modificables para nuestro estudio.

Para línea base (tres sesiones) e intervención (8 sesiones)

- Autorregistro de 7 días para toma de medicamentos (**Anexo 6**)
- Autorregistro de 7 días para ingesta de pan y cosas dulces
- Autorregistro por semana para niveles de glucosa en sangre (**Anexo 7**)
- Autorregistro de asistencia a consultas programadas (laboratorio y médicas)

Materiales

- Hoja de consentimiento informado
- Formato de cuestionarios semiestructurados
- Formato de la Versión Actualizada de la Escala de Adherencia terapéutica (VAEAT 2018)
- Hojas de autorregistro (toma de medicamentos, ingesta de pan y cosas dulces, toma del nivel de glucosa en sangre y asistencia a consultas programadas).
- Glucómetro marca Accu-Chek Performa.
- Pantalla tv 40" marca Samsung
- PC. Marca Lenovo
- Lápiz N° 2
- Goma de borrar
- Hojas blancas tamaño carta (varias)

Procedimiento

Se contactó a la paciente por primera vez en el Centro de Salud T III “Dr. José Zozaya” perteneciente a la Secretaría de Salud, derivada y recomendada por la jefa del área de psicología en este centro, la señora I. tiene un diagnóstico de Diabetes Mellitus del tipo 2 y que según la psicóloga del Centro de Salud muestra una conducta de no adherencia al tratamiento en cuanto a la toma de medicamentos, así mismo, la paciente I. tiene toda la intención y actitud para llevar un programa de intervención psicológica, por lo que se procedió a invitarla para hacerle una evaluación y a partir de los resultados, se pudo diseñar un programa de intervención.

Una vez contactada a la paciente I se le explicó de manera general los objetivos y lo que se pretende hacer, el tiempo en el que se pretende hacer el programa y la metodología que se piensa utilizar, así como la idea de ¿qué es? y ¿para qué sirve? un programa de intervención psicológica, a la vez, se respondió cualquier posible duda que llegó a surgir y se procedió a entregar el consentimiento informado. Posteriormente se le citó para las entrevistas pertinentes y la aplicación de la escala VAEAT, así como para enseñarle el llenado de los autorregistros.

El procedimiento se dividió en tres fases, la fase de evaluación inicial, la fase de la intervención y la fase de la post-evaluación.

Evaluación inicial

N° SESIÓN	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN
1	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer los datos personales e integrar y clasificar los mismos para realizar el análisis funcional. • Conocer las características y las formas en que se adhiere o no al tratamiento prescrito por su médico. • Identificar aquellas variables o elementos inadecuados para su posterior modificación con una intervención cognitiva-conductual 	Primera entrevista con el cuestionario semiestructurado de 44 ítems
2	<ul style="list-style-type: none"> • Complementar los datos necesarios para realizar el análisis funcional. • Identificar aquellas variables o elementos inadecuados para su posterior modificación con una intervención cognitiva-conductual. 	Segunda entrevista con el cuestionario semiestructurado de 17 ítems.
3	<ul style="list-style-type: none"> • Medir y clasificar la adherencia al tratamiento en los tres factores que la componen [(1) atención médica y el cumplimiento de recomendaciones efectuadas por el personal sanitario (2) cambios en el estilo de vida y (3) barreras o aspectos que interfieren ante la adherencia de manera particular ante la administración de medicamentos]. 	Aplicación de la Versión Actualizada de la Escala de Adherencia Terapéutica (VAEAT)

	<ul style="list-style-type: none"> Explicar a la paciente la manera de llenar las hojas de autorregistro, explicar el objetivo de estas y disipar las dudas. 	Llenado de autorregistros de las conductas blanco de nuestro estudio y que se pretende modificar con la intervención.

Intervención

Esta fase tiene como objetivo implementar habilidades conductuales en la paciente para mejorar la adherencia al tratamiento, la cual tuvo una duración de 7 sesiones

Nº SESIÓN	OBJETIVOS	ESTRATEGIA PSICOLÓGICA
1	Integrar al paciente en los temas a tratar durante la intervención, explicar a la paciente el análisis funcional que se realizó y el programa, conjuntamente con los objetivos generales y específicos de éste.	<ul style="list-style-type: none"> Retroalimentación e introducción al programa de intervención
2	Informar al paciente sobre el proceso de enfermar de diabetes para que entienda y sea capaz de manejar la enfermedad que presenta, eliminar prejuicios, reducir el riesgo de recaídas, reducir la carga emocional y mejorar la adherencia al tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> Psicoeducación utilizando Técnicas de información sobre la diabetes mellitus tipo 2 Refuerzo
3	Entrenar a la paciente sobre el autocontrol para incrementar y/o mejorar sus fortalezas cognitivas y conductuales y así poder modificar sus hábitos, su autoeficacia y permita una mayor adherencia al tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> Entrenamiento en técnicas de Autocontrol (autorregistro, metas a conseguir, autoinstrucciones) Refuerzo
4	Explicar a la paciente sobre lo que es el freno mental para que sea capaz de darle al lenguaje su significado real y que la paciente pueda tomar decisiones Enseñar el control estimular dirigido al consumo de pan y cosas dulces.	<ul style="list-style-type: none"> Entrenamiento en técnicas de Autocontrol (freno mental, control estimular) Refuerzo

5	Explicar a la paciente sobre lo que es Autonomía y responsabilidad y su aplicación, ventajas y desventajas en función de la toma de decisiones y como afecta ésta a su adherencia al tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en técnicas de Autocontrol (toma de decisiones) • Refuerzo
6	Dotar a la paciente de habilidades asertivas para la consecución de sus metas: aprender a comer en situaciones sociales, con la familia rechazar alimentos "peligrosos", etc. que sepa manejar su volumen de voz la intensidad, su lenguaje corporal. Aumentar los conocimientos básicos elementales de la paciente sobre las habilidades sociales/Conducta asertiva y enseñar a la paciente a que aprenda a modificar modos de respuesta no adaptativos, reemplazándolos por nuevas respuestas.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en conducta asertiva. • Refuerzo
7	Dotar a la paciente de habilidades asertivas para la consecución de sus metas: Que aprenda a saber decir "No" en situaciones específicas, responder a las críticas, responder al bullying. Recibir información inmediata sobre la ejecución manifiesta de sus conductas de manera que se vaya adquiriendo progresivamente un nivel de ejecución más idóneo. Incrementar el nivel de motivación, aumentar la tasa de respuestas adecuadas y mantener los logros alcanzados hasta el momento.	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en conducta asertiva. • Retroalimentación y refuerzo

Evaluación final

Nº SESIÓN	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN
8	<ul style="list-style-type: none"> • Medir y clasificar la adherencia al tratamiento en los tres factores que la componen [(1) atención médica y el cumplimiento de recomendaciones efectuadas por el personal sanitario (2) cambios en el estilo de vida y (3) barreras o aspectos que interfieren ante la adherencia de manera particular ante la administración de medicamentos]. • Examinar las diferencias en los resultados que ha tenido la paciente en función de las respuestas obtenidas en la primera aplicación de la escala con respecto a las respuestas obtenidas en la segunda aplicación de la escala. 	Segunda aplicación de la Versión Actualizada de la Escala de Adherencia Terapéutica (VAEAT)

Cartas Descriptivas (Anexo 8)

Resultados

El objetivo central que tuvo este estudio N=1 se focalizó en determinar si existe alguna diferencia en cuanto a la efectividad del tratamiento, determinado por el tamaño del efecto de la magnitud del cambio, antes y después de una intervención cognitivo-conductual con técnicas de modificación de conducta con respecto a la adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2 en una mujer de 52 años. Por lo que, para el diseño de éste, se necesitó realizar el análisis funcional de la paciente y dos entrevistas semiestructuradas, aunadas a la aplicación pretest y posttest de la Versión Actualizada de la Escala de Adherencia terapéutica (VAEAT, 2018). Una vez diseñada la intervención y hecha la evaluación inicial en donde se localizaron las conductas blanco mensurables y modificables, se elaboraron los autorregistros correspondientes para establecer la línea base y a partir de ahí, cuantificar la magnitud de los cambios en la línea del tiempo que responderían a la mejora del paciente y así poder determinar si el cambio terapéutico fue o no efectivo, por lo anterior, para el análisis de datos se utilizaron los índices para la estimación del tamaño del efecto basados en el no solapamiento de los datos entre las fases o mejor llamados “Porcentaje de datos no solapados” (PND) misma estadística que refuerza el análisis visual de los datos. Una vez contextualizado grosso modo lo que fue el estudio, a continuación, y, en primer lugar, se darán a conocer los resultados obtenidos del pre y el postratamiento dado por el VAEAT, enseguida los gráficos de las conductas blanco y, por último, el análisis visual de los resultados y el análisis estadístico PND.

Tabla 1

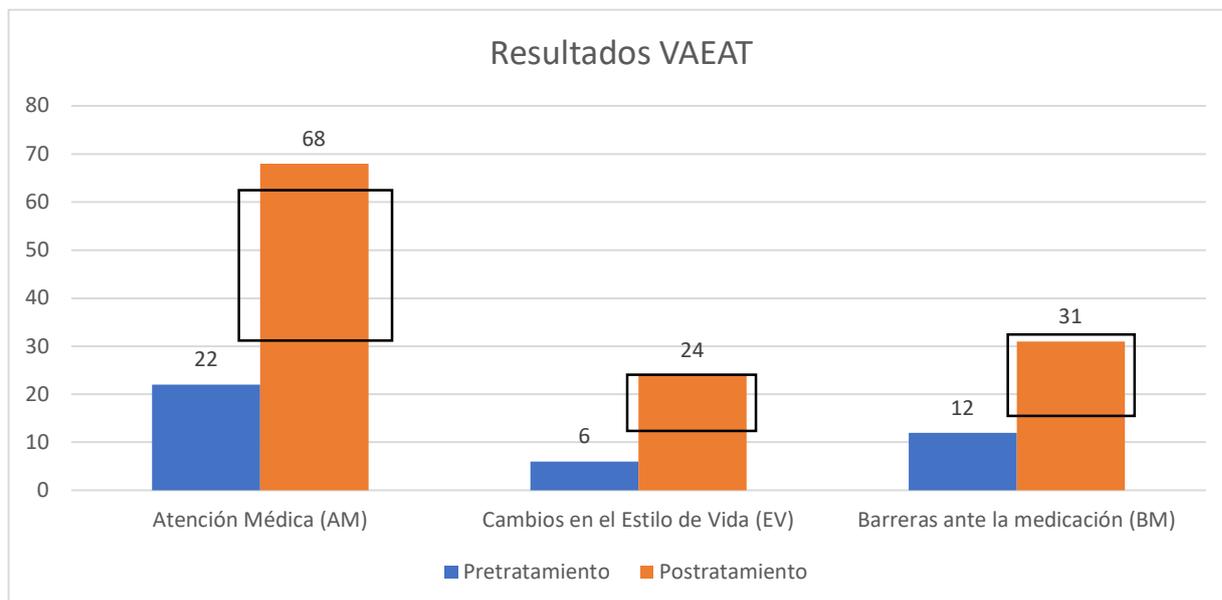
VAEAT- Versión Actualizada de la Escala de Adherencia Terapéutica (Resultados)

FACTOR	PRETRATAMIENTO	POSTRATAMIENTO	VALORES DE REFERENCIA
1 (Atención médica) 16 ítems	22= Baja adherencia	68= Alta adherencia	0 a 31= Baja adherencia 32 a 64= Moderada adherencia 64 a 96= Alta adherencia
2 (Cambios en el estilo de vida) 6 ítems	6= Baja adherencia	24= Moderada adherencia	0 a 12= Baja adherencia 13 a 24= Moderada adherencia <u>25 a 36= Alta adherencia</u>
3 (Barreras ante la medicación) 8 ítems	12= Baja adherencia	31= Moderada adherencia	0 a 16= Baja adherencia 17 a 32= Moderada adherencia <u>33 a 48= Alta adherencia</u>

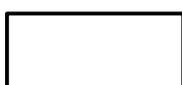
Nota:

Los factores son: AM, EV y BM

La tabla 1 muestra los resultados obtenidos tanto en la aplicación de la evaluación inicial o Pretratamiento como los resultados obtenidos de la segunda aplicación Postratamiento, así como el nivel de adherencia en función de los valores de referencia para la Versión Actualizada de la Escala de Adherencia Terapéutica (VAEAT), conformada por tres factores, el Factor 1 (AM) “Atención médica y el cumplimiento de recomendaciones efectuadas por el personal sanitario” cuyo resultado en la fase “A” fue de 22 unidades y que en los valores de referencia corresponde a una baja adherencia, para el mismo factor en la fase de postratamiento el resultado fue de 68 unidades que corresponde a una alta adherencia. Para el Factor 2 (EV) “Cambios en el estilo de vida” el resultado arrojado en la fase “A” fue de 6 unidades en función de los valores de referencia corresponde a una baja adherencia y en la fase de postratamiento el resultado arrojó 24 unidades que en los valores de referencia corresponde a una moderada adherencia. Por último, el factor 3 (BM) “barreras o aspectos que interfieren ante la adherencia, de manera particular, ante la administración de medicamentos” en la fase “A” el resultado fue de 12 unidades que nos infiere a una baja adherencia en los valores referenciales de intervalo y en el postratamiento el resultado nos arrojó 31 unidades que comprende una moderada adherencia en los valores de referencia.



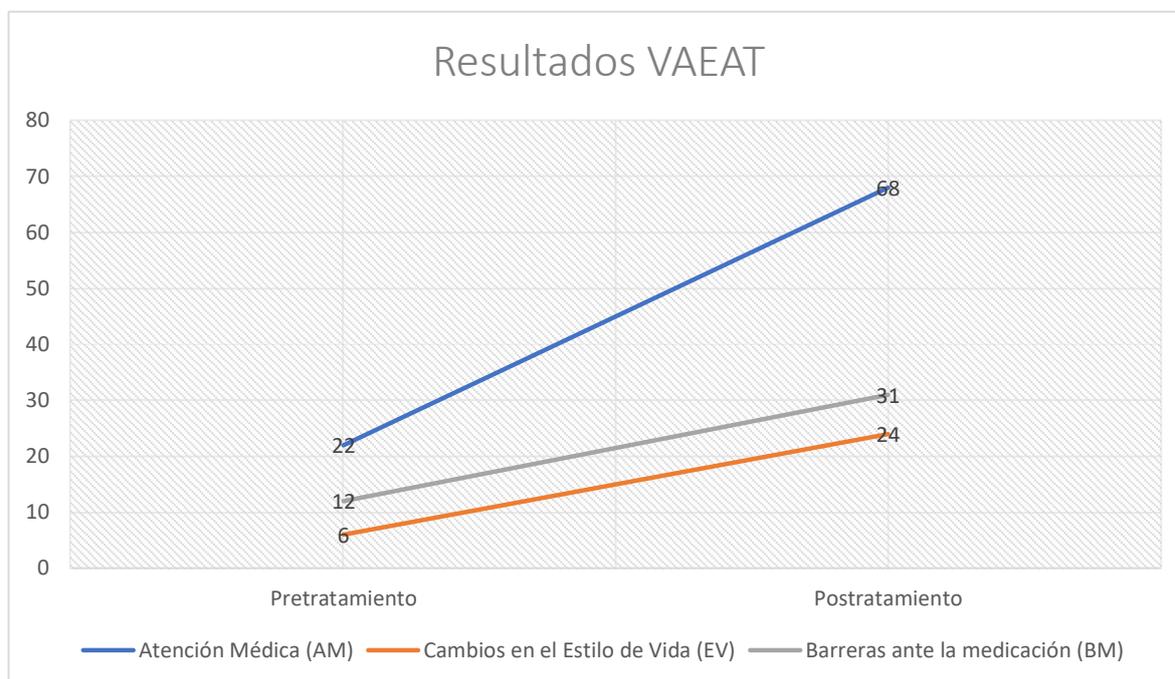
Gráfica 1. – Niveles de adherencia para VAEAT (2018). Datos del estudio. Abril 2020



Valor = Moderada adherencia

Valores de referencia adherencia			
Factor	Baja	Moderada	Alta
AM	0 – 31	32 – 64	65 – 96
EV	0 – 12	13 – 24	25 – 36
BM	0 – 16	17 – 32	33 – 48

En la gráfica 1 se muestran los mismos datos que en la Tabla 1, es decir, los niveles de adherencia en función de los resultados obtenidos tanto en la evaluación inicial pretratamiento como en el postratamiento, en los tres factores, AM (Atención médica) se muestra la columna naranja del postratamiento que alcanzó una alta adherencia; EV (cambios en el estilo de vida) se muestra la columna naranja del postratamiento que alcanzó una moderada adherencia y BM (Barreras ante la medicación médica) se muestra la columna naranja del postratamiento que alcanzó una moderada adherencia. El rectángulo que aparece en las barras significa “moderada adherencia” (ver tabla de valores de referencia).



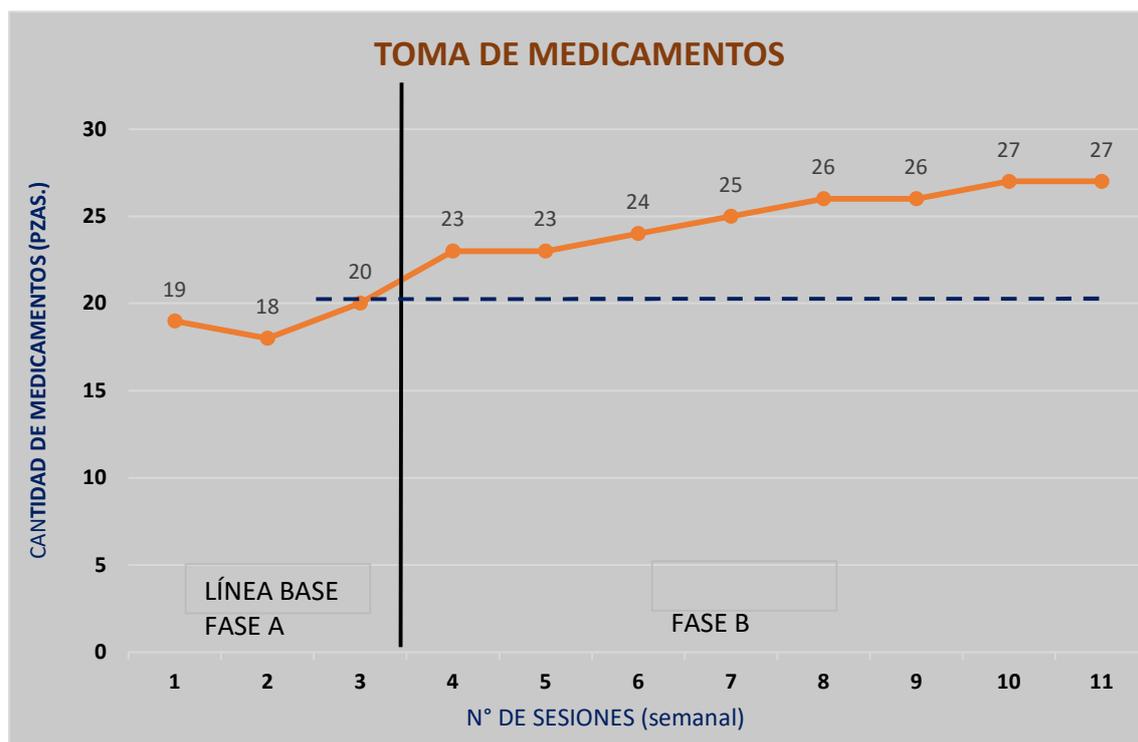
Gráfica 2. – Resultados de tendencia de la Versión Actualizada de la Escala de Adherencia terapéutica. Datos del estudio. Abril 2020

Valores de referencia adherencia			
Factor	Baja	Moderada	Alta
AM	0 – 31	32 – 64	65 – 96
EV	0 – 12	13 – 24	25 – 36
BM	0 – 16	17 – 32	33 – 48

En la Gráfica 2 se muestran las tendencias en cuanto a la adherencia terapéutica antes y después de aplicado el tratamiento para los tres factores, AM (Atención médica), EV (cambios en el estilo de vida) y BM (Barreras ante la medicación médica).

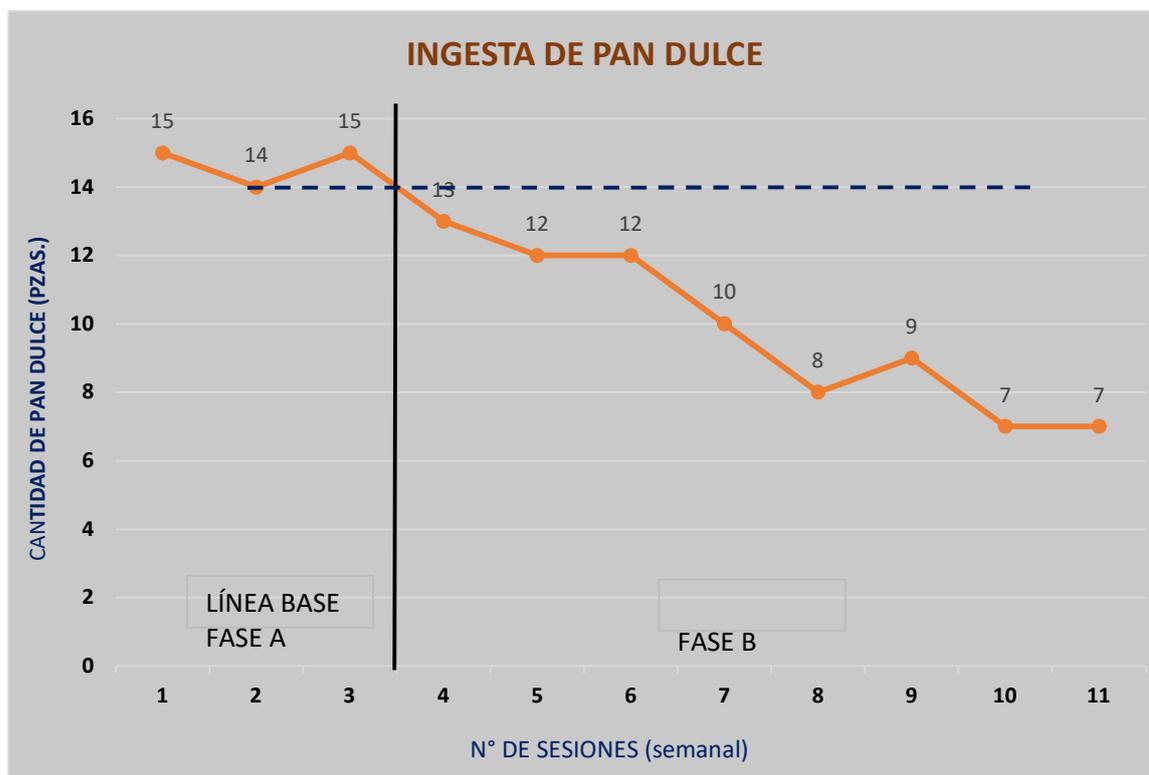
Una vez conocidos los valores de los autorregistros, se procede a graficar linealmente los mismos, tomando la Fase A como línea base haciendo tres mediciones basales y 8 mediciones durante el tratamiento, cada una de manera semanal para la Fase B,

Valor de referencia= 28 medicamentos por semana.



Gráfica 3. Tendencia en el tiempo de "Toma de medicamentos". Datos del estudio. Abril 2020.

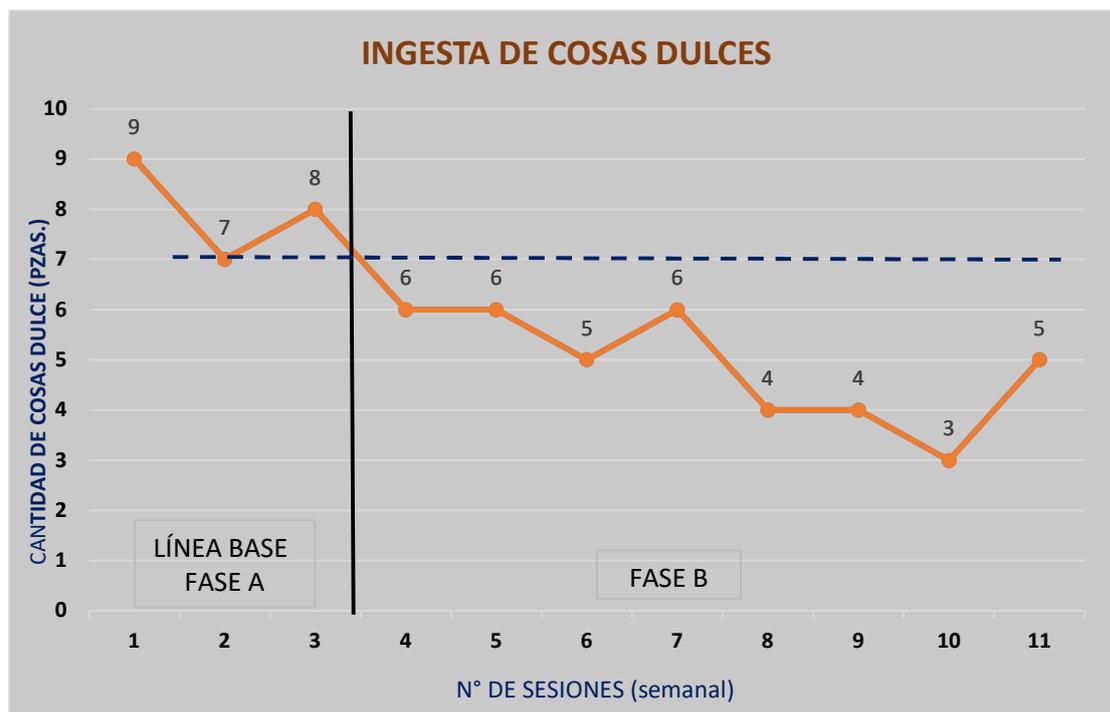
Para toma de medicamentos, la gráfica 3 muestra en el eje de las abscisas el número de sesiones (11 en total) y en el eje de las ordenadas la cantidad de medicamentos (piezas registradas que tomó la paciente por semana), siendo el valor de referencia de 28 piezas o medicinas que debe tomar por semana, para línea base o Fase A se registraron tres sesiones cuyos valores fueron de 19 medicamentos tomados para la primera semana, 18 medicamentos tomados para la segunda semana y 20 medicamentos tomados para la tercera semana, una vez iniciada la Fase B el registro por semana de medicamentos tomados fue de: 23, 23, 24, 25, 26, 26, 27 y 27. La línea punteada en azul marca el dato más extremo de la medida funcional, ello para el análisis estadístico PND.



Gráfica 4. Tendencia en el tiempo de "Ingesta de pan dulce". Datos del estudio. Abril 2020.

En el caso de la ingesta de pan dulce para línea base se tomaron tres mediciones cada una semanal, la gráfica 4 en abscisas nos muestra las 11 semanas de registro, y en las ordenadas la cantidad de pan dulce en número de piezas que comió la participante por semana. para la medición basal del estudio se registraron ingestas de 15 piezas en la primera semana, 14 piezas en la segunda semana y 15 piezas en la tercera semana, y para la Fase B la cantidad de piezas de pan dulce consumidas durante las 8 semanas del tratamiento el registro es de: 13, 12, 12, 10, 8, 9, 7 y 7 piezas. La línea punteada en azul corresponde al dato más extremo en la medida disfuncional, ello para el análisis estadístico PND.

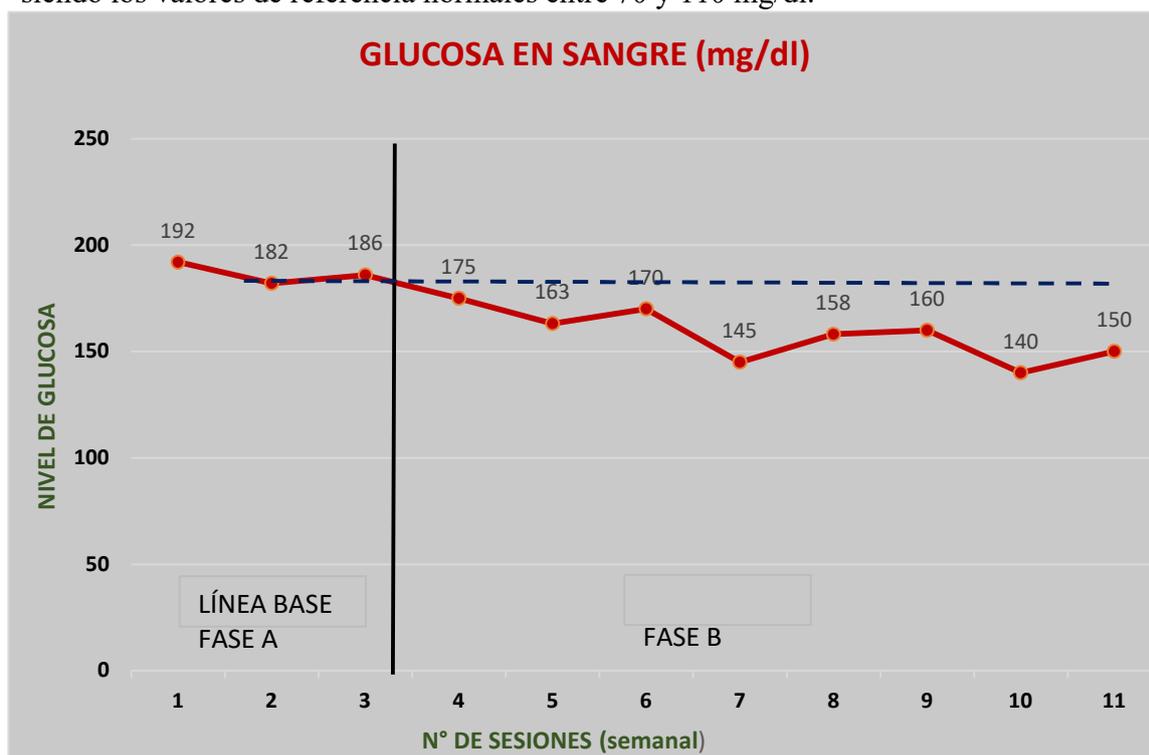
En la gráfica 5 se contabilizó en los autorregistros la ingesta de cosas dulces, esto incluye alimentos, bebidas y/o cualquier tipo de dulce.



Gráfica 5. Tendencia en el tiempo de "Ingesta de cosas dulces". Datos del estudio. Abril 2020.

En el eje de las abscisas aparecen el número de sesiones, tanto para línea base o fase A como para la fase B de tratamiento haciendo un total de 11, en el eje de las ordenadas la cantidad por piezas de ingesta de cosas dulces tales como: gomitas, dulce de tamarindo, dulce de leche, plátanos con crema y mermelada, merengues, sodas, etc. El registro de ingesta de cosas dulces para línea base se realizó en las primeras tres semanas, para la primera semana se contabilizó un total de 9 cosas dulces, para la segunda semana 7 cosas dulces y para la tercera semana una ingesta de 8 cosas dulces, durante la fase B el registro de las siguientes ocho semanas fue de 6, 6, 5, 6, 4, 4, 3 y 5 ingesta de cosas dulces. La línea punteada en azul corresponde al dato más extremo en la medida disfuncional, ello para el análisis estadístico PND.

La toma del nivel de glucosa en sangre se registró semanal y sistemáticamente, siendo los valores de referencia normales entre 70 y 110 mg/dl.



Gráfica 6. Tendencia en el tiempo de "Nivel de glucosa en sangre". Datos del estudio. Abril 2020.

La gráfica 6 muestra las tomas del nivel de glucosa en sangre marcadas en los autorregistros por la paciente, en las abscisas se enumeraron las semanas de registro y en las ordenadas se observan los niveles de glucosa en unidades de mg/dl. Para hacer la línea base o fase A del estudio se hicieron tres tomas, en la primera toma, el glucómetro registró 192 unidades, en la segunda toma, el glucómetro registró 182 unidades y en la tercera toma se registraron 186 unidades. Para las siguientes ocho tomas del nivel de glucosa en sangre los registros fueron 175, 163, 170, 145, 158, 160, 140 y 150 unidades de mg/dl. La línea punteada en azul corresponde al dato más extremo en la medida disfuncional, ello para el análisis estadístico PND.

ANÁLISIS VISUAL DE LOS DATOS

En la Gráfica 3 para “Toma de medicamentos” se muestra una línea base estable con 19 tomas para la primera semana, 18 tomas para la segunda semana, y 20 tomas en la tercera semana, es decir, no marca una tendencia para la dirección de la funcionalidad, dicha estabilidad nos infiere a reconocer que no hay tendencias y por lo tal se puede visualizar si el cambio y la magnitud del efecto es real. Se considera que la variabilidad entre la fase A y B denotan una tasa estable de rendimiento puesto que no existe un sesgo atípico en los datos obtenidos. A partir de la cuarta sesión y hasta la onceava sesión, se diferencia y se registran datos no solapados, estos son independientes y los ocho datos registrados en la fase B son menores a la medida más extrema funcional de la fase A. Por último, existe una tendencia a aumentar el rendimiento funcional a lo largo del tiempo a partir de la cuarta sesión.

Para la Gráfica 4 “Ingesta de pan dulce” la línea base es estable, marca en el primer registro 15 pzas. de pan dulce en la segunda 14 y en la tercera 15 no marca una tendencia para la dirección de la funcionalidad, dicha estabilidad nos infiere a reconocer que no hay tendencias marcadas y por lo tal se visualiza si el cambio y la magnitud del efecto es real. Se considera que la variabilidad entre la fase A y B denotan una tasa estable de rendimiento puesto que no existe un sesgo atípico en los datos obtenidos, A partir de la cuarta sesión y hasta la onceava sesión, se diferencia y se nota que no existen datos solapados, estos son independientes y los ocho datos registrados en la fase B son menores a la medida más extrema disfuncional de la fase A. Por último, existe una tendencia a disminuir el rendimiento disfuncional a lo largo del tiempo a partir de la cuarta sesión.

En la Gráfica 5 “Ingesta de cosas dulces” se muestra una línea base estable en donde no existe un sesgo atípico y muy poca variabilidad en el rendimiento basal, se registra una ingesta de cosas dulces en la primera semana de 9 pzas. En la segunda de 7 pzas. Y en la tercera de 8 piezas. No hay dirección en línea base que nos indique tendencia por lo que se parte para la intervención de una base estable. A partir de la cuarta sesión y hasta la onceava sesión, se diferencia y se nota que no existen datos solapados, estos son independientes y los ocho datos registrados en la fase B son menores a la medida más extrema disfuncional de la fase A. Por último, se nota una tendencia hacia la disminución de la conducta disfuncional.

En la Gráfica 6 “Nivel de glucosa en sangre” marca una línea base estable donde no existen sesgos atípicos que nos infiere a pensar en la distorsión de la magnitud del efecto, los datos aunque fuera de los valores de referencia normales (70-110 mg/dl) son consistentes, a partir de la cuarta sesión los niveles de glucosa marcan una tendencia hacia la baja de manera gradual con ciertos picos, aunque no preocupantes, se considera que la variabilidad entre la fase A y B denotan una tasa estable de rendimiento puesto que no existe un sesgo atípico en los datos obtenidos, no existen datos solapados, estos son independientes y los ocho datos registrados en la fase B son menores a la medida más extrema disfuncional de la fase A. Por último, se nota una tendencia hacia la disminución de la conducta disfuncional.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS (PND)

Se realizó con los índices para la estimación del tamaño del efecto basados en el no solapamiento de los datos entre las fases o mejor llamados “Porcentaje de datos no solapados” (PND) y que sustentan el análisis visual como método cuantitativo utilizando un conjunto de reglas para determinar si un cambio terapéutico es significativo o no, complementando al análisis visual y resolviendo la subjetividad de este.

Se muestra a continuación, la fórmula para calcular el índice del porcentaje de los datos no solapados:

$$\text{PND} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de datos del tratamiento que exceden al dato más extremo de la LB}}{\text{Total de N}^\circ \text{ de datos del tratamiento}} \times 100$$

En la Tabla 2 se muestran los valores de referencia de los rangos de intervalo que clasifican los índices del tamaño del efecto del tratamiento, se observa que menor a 50% el resultado del tratamiento es no efectivo, entre 51 y 70 % el resultado es efectivo cuestionable, entre 71 % y 90 % el resultado del tratamiento es bastante efectivo y, por último, mayor al 90% el resultado del tratamiento es muy efectivo.

Tabla 2

Valores convencionales para interpretar los Índices del tamaño del efecto (PND)

	< 50
	No efectivo
	51-70
DECISIÓN	Efectivo cuestionable
	71-90
	Bastante efectivo
	>90
	Muy efectivo

Nota. Recuperado de: Técnicas para el análisis de diseño de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. Sanz & García (2015). Elsevier. *Clínica y Salud*. 26 (3) 170

En la Tabla 3 se muestran los resultados que arrojaron los cálculos estadísticos hechos con el índice PND

Tabla 3

Interpretación en términos de la efectividad del tratamiento (PND)

<u>VARIABLE</u>	<u>% DE DATOS NO SOLAPADOS</u>	<u>INTERPRETACIÓN</u>
<u>Toma de medicamentos</u>	100 %	<u>Muy efectivo</u>
<u>Ingesta de pan dulce</u>	100 %	<u>Muy efectivo</u>
<u>Ingesta de cosas dulces</u>	100%	<u>Muy efectivo</u>
<u>Nivel de glucosa en sangre</u>	100 %	<u>Muy efectivo</u>

Respecto a la toma de medicamentos (TM) la puntuación más extrema en la medida funcional durante la línea base (en este caso la más alta) fue de 20 y 8 de las 11 puntuaciones de TM durante la fase B de tratamiento-seguimiento estaban por arriba de 20 por lo que sustituyendo valores en la fórmula el PND es $= 8/8 \times 100 = 100 \%$; respecto a la ingesta de pan dulce la puntuación más extrema en la medida disfuncional durante la línea base (en este

caso la más baja) fue de 14 y 8 de las 11 puntuaciones de ingesta de pan dulce durante la fase B de tratamiento-seguimiento estaban por debajo de 14 por lo que sustituyendo valores en la fórmula el PND es $= 8/8 \times 100 = 100\%$; Respecto a la ingesta de cosas dulces la puntuación más extrema en la medida disfuncional durante la línea base (en este caso la más baja) fue de 7 y 8 de las 11 puntuaciones de ingesta de cosas dulces durante la fase B de tratamiento-seguimiento estaban por debajo de 7 por lo que sustituyendo valores en la fórmula el PND es $= 8/8 \times 100 = 100\%$ y por último, respecto al nivel de glucosa en sangre la puntuación más extrema en la medida disfuncional durante la línea base (en este caso la más baja) fue de 182 en unidades de mg/dl y 8 de las 11 puntuaciones de nivel de glucosa en sangre durante la fase B de tratamiento-seguimiento estaban debajo 182 en unidades de mg/dl por lo que sustituyendo en la fórmula el PND es $= 8/8 \times 100 = 100\%$.

Tabla 4

AUTORREGISTRO DE CITAS PROGRAMADAS.

<u>FECHA</u>	<u>MÉDICAS</u>	<u>LABORATORIO</u>
lunes 10 de <u>marzo 2020</u>	Asistió <u>No asistió</u>	Asistió <u>No asistió</u>
martes 7 <u>abril 2020</u>	Asistió <u>No asistió</u>	Asistió <u>No asistió</u>
martes 7 <u>abril 2020</u>	Asistió <u>No asistió</u>	Asistió <u>No asistió</u>

En la tabla 4 se señalan las citas programadas (médicas y de laboratorio) que la paciente tuvo durante estas 11 semanas de estudio, tuvo dos citas médicas y una de laboratorio, en la cual, se demuestra que asistió a las dos citas médicas y a la cita del laboratorio, no se graficó por no ser tan relevante por la cantidad de puntos de observación.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos contribuyen a la base de conocimientos científicos y generan hipótesis para temas de adherencia terapéutica en pacientes diabéticos desde una intervención con el paradigma cognitivo-conductual y constituyen evidencia empírica respecto a las interrelaciones y retroalimentaciones establecidas entre estos tres componentes (Diabetes mellitus tipo 2, Adherencia terapéutica y Paradigma cognitivo conductual). Para el diseño de la intervención los componentes antes mencionados se plantean como variables que deberían mantenerse de principio a fin del tratamiento y que debían estar interrelacionadas para tener éxito (Labrador, 2008). De acuerdo con diversos metaanálisis, el enfoque cognitivo-conductual ha mostrado tener una considerable eficacia para que los pacientes con DM2 desarrollen habilidades de afrontamiento para la adherencia terapéutica (González y Oropeza, 2016), es por ello por lo que se diseñó el estudio a partir de las determinantes cognitivas (análisis funcional) y de los datos obtenidos con la evaluación inicial.

Una vez terminado el tratamiento y analizando los resultados, se destaca contundentemente que en términos de la efectividad del tratamiento el mismo alcanzó un rango de “muy efectivo” (Sanz & García, 2015) en función del análisis matemático de los resultados realizado con el índice para la estimación del tamaño del efecto basados en el no solapamiento de los datos entre las fases o mejor llamados “Porcentaje de datos no solapados” (PND), ya que hubo diferencias en cuanto a la efectividad del cambio terapéutico y la magnitud del tamaño del efecto, después de la intervención cognitivo-conductual, lo que nos lleva a corroborar que los objetivos se cumplieron, es decir, hubo cambios en cuanto al aumento y disminución de la tendencia tanto en las conductas funcionales como en las disfuncionales. La paciente adquirió fortalezas cognitivas, conductuales y elementos para afrontar la problemática y adherirse al tratamiento, por lo mismo, se rechazó la hipótesis nula que textualmente dice a la letra, “No existe diferencia en la efectividad de la intervención en cuanto a la adherencia terapéutica en un caso de diabetes mellitus tipo 2, antes y después de aplicado el tratamiento.” y en consecuencia se confirmó la hipótesis alterna.

Por lo que respecta a la intervención, se interpreta de algún modo, que no existe un único tratamiento que permita mejorar la adherencia a la medicación, ya que esta depende de varios factores, mismos que se cumplieron en este estudio, por el lado de la relación colaborativa entre paciente y terapeuta, la relación fue muy empática, hubo total compromiso y excelente actitud por ambas partes, por otro lado, se estudiaron los factores que motivan los problemas de adherencia evaluando la conducta individualmente utilizando un diseño N=1 y un adecuado análisis funcional, por último, la interdisciplinariedad estuvo dada por los diferentes conceptos que ayudaron al diseño y desarrollo del estudio (Gratacós & Pousa, 2018, p. 16).

Algo que destaca es lo mencionado por Piña (2013)

Todo análisis y evaluación de las conductas relacionadas con la adhesión debe necesaria y obligadamente iniciar con la conducta en lo individual... No hay, entonces, procedimientos o técnicas estandarizadas; los hay diferentes, cuya potencial aplicabilidad dependerá de la pertinencia funcional del análisis y evaluación de la conducta individual con relación al problema de la adhesión al tratamiento (p. 58).

Se señala esto, por la importancia que tuvo el haber seleccionado el diseño N=1 para la intervención centrada en la adherencia terapéutica en un caso de DM2 y utilizando la TCC ya que según Piña (2013) es el diseño obligado y necesario para adherencia o adhesión como él la llama.

En la parte teórica, el uso del diseño único para este análisis corrobora lo dicho por Thigpen y Cleckley (1954, p. 20) “Un paciente con un trastorno poco común, en una situación única, puede ser estudiado con este diseño con el objetivo de descubrir algún material que pueda proveer información, generar hipótesis acerca del desarrollo del problema y su tratamiento”. Para sustentar lo antedicho, cabe mencionar que no se encontró en la literatura científica algún estudio donde se contemple el diseño N=1 interrelacionado con estos ejes [(Diabetes mellitus 2, Adherencia Terapéutica, Paradigma cognitivo-conductual e índice de porcentaje de datos no solapados(PND)], Así también y para complementar lo que precede, no existe tampoco en la literatura científica un análisis visual de datos a detalle por variable

cómo se realizó en esta investigación, por lo que es necesario insistir en lo importante que es este análisis para aportar a la teoría y a la metodología científica de los estudios individuales.

Haciendo hincapié en el PND, en el presente trabajo se ha presentado una técnica para el análisis de los datos de un estudio con diseño de caso único que permite obtener dos tipos de información muy relevantes en la investigación de los tratamientos basados en la evidencia: el tamaño del efecto del tratamiento y la magnitud del cambio terapéutico. Además, dicha técnica “Tamaño del efecto” es una alternativa al clásico “P valor” de significancia estadística para contrastación de hipótesis, el modelo del tamaño del efecto es especialmente relevante en los casos en que esos diseños se realizan en la práctica clínica, es decir, su significancia es clínica, aunque obviamente también es útil en otros contextos de investigación (Cohen, 1992 en Ventura, 2018). Por lo antedicho, el índice PND está ausente en los artículos científicos como método matemático para analizar en este caso, los datos de los diseños N=1, por lo que es recomendable que se ahonde más en su estudio, su aplicación y sus beneficios.

En la metodología, en lo que respecta a la evaluación inicial y en la evaluación final, el uso de la “Versión Actualizada de la Escala de Adherencia Terapéutica” para este análisis, fue punta de lanza como estudio para corroborar y debatir la propuesta de las Doctoras Balderas y Valero, autoras de la VAEAT en cuanto al uso de la escala y sus propiedades psicométricas, al no ser del interés de ellas estandarizarlo para alguna población en especial, no aparecen las categorías nominales de baja, media y alta adherencia para poder evaluar al paciente, por lo que en función de las puntuaciones máximas y mínimas de cada factor que componen esta escala, se procedió a realizar el tabulador indicado y es el mismo que se presenta en este análisis.

Lo que queda muy claro después de terminar la intervención, es que el control de la enfermedad depende totalmente del paciente como principal medida de protección ante el deterioro físico, las complicaciones y la tasa de mortalidad., siendo la adherencia una de las variables más importantes para lograrlo (Martín & Grau, 2004), en el mismo tenor de ideas, el uso de la TCC con las técnicas de modificación de conducta confirmó lo dicho por Echeburúa (2006) en donde afirma que la TCC “puede ayudar a entender problemas complejos desglosándolos en partes más pequeñas, esto le ayuda a identificar cómo esas

partes están conectadas entre sí y cómo le afectan...” entender de manera objetiva como, incidiendo en la modificación de las conductas blanco, se puede entender la modificación de dichas conductas desde un plano que va de lo individual a lo global.

Cómo limitantes principales que tuvo la investigación, se distingue el número de observaciones realizadas, ya que aunque se determinó que el resultado fue relevante y hubo tendencias hacia la modificación de las conductas funcionales como de las disfuncionales, lo recomendable es replicar el estudio en un programa que abarque por lo mínimo 6 meses para poder establecer más número de puntos de observación dentro de las condiciones establecidas y confirmar así el rendimiento a largo plazo, por lo que desde el punto de vista metodológico entre más puntos de observación mejor será la fiabilidad y estabilidad y el análisis será más concreto y contundente (Parsonson & Baer, 1978, en Bono C. 1994). Otra limitante que considerar y por la cual se tuvo que limitar el número de sesiones, es la contingencia que actualmente está sucediendo en México y en el mundo, la relacionada con la pandemia del COVID-19, ya que, la paciente se comprometió solamente con las ocho sesiones del tratamiento (estando a punto de cancelar la última sesión), por lo que, en común acuerdo con la paciente y aludiendo a la parte ética como profesional de la salud, fuera del compromiso educativo, se le darán dos meses de seguimiento para monitorear los cambios que presente y poder reforzar los mismos.

En conclusión, se determinó que sí hay diferencia en la efectividad del tratamiento antes y después de aplicada una intervención psicológica cognitivo-conductual para lograr la adherencia terapéutica en un caso de diabetes mellitus tipo 2; la hipótesis nula fue rechazada y validada la hipótesis alterna, en los resultados obtenidos para la modificación de las conductas blanco, se determinó que en la toma de medicamentos, existe una tendencia a aumentar el rendimiento funcional a lo largo del tiempo, en lo que respecta a la ingesta de pan dulce, se determinó que, existe una tendencia a disminuir el rendimiento disfuncional a lo largo del tiempo, en cuanto a la ingesta de cosas dulces se determinó que se nota una tendencia hacia la disminución de la conducta disfuncional y en lo que respecta al nivel de glucosa en sangre se determinó que se nota una tendencia hacia la disminución de la conducta disfuncional y en términos de efectividad, el tratamiento fue “muy efectivo”.

Por último, el análisis tanto visual como estadísticos (PND) de los datos obtenidos tras aplicar la terapia cognitivo-conductual centrada en la adherencia terapéutica en un caso de diabetes, ha permitido constatar que dicho tratamiento fue muy efectivo y produce cambios en la magnitud del tratamiento terapéutico grandes y clínicamente relevantes, estos cambios corroboran (en un caso donde la paciente no se adhería al tratamiento) la eficacia y utilidad clínica que la terapia cognitivo conductual ha demostrado en este estudio (además de ejemplificar la utilidad de ambas técnicas de análisis), de ser un precedente en la literatura científica, para aportar a la misma y proporcionar a los psicólogos y/o aprendices, nuevas herramientas de consulta para futuras investigaciones.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (APA) (1994). Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (4th ed.) (DSM-IV), Washington DC: American Psychiatric Association.
Retrieved from:
[https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=170670](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=170670)
- Arnau, J. (2014). Uso de los modelos de series temporales. Como técnica de análisis de los diseños conductuales. *Anuario de psicología*. Barcelona España.
Recuperado en:
<https://core.ac.uk/download/pdf/39049991.pdf>
- Asociación Latinoamericana de Diabetes (2013). Guías ALAD sobre diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 con medicina basada en evidencia. *Revista alad*. Edición 2019. México.
Recuperado de.
http://www.revistaalad.com/guias/5600AX191_guias_alad_2019.pdf
- American Diabetes Association. (2017). Classification and Diagnosis of Diabetes. *Diabetes Care*, 40(1): S11-S24.
Retrieved from:
http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2016/12/15/40.Supplement_1.DC1/DC_40_S1_final.pdf
- Bados, L. A. (2008). La intervención psicológica: características y modelos. Universidad de Barcelona. España.
Consultado en:
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/4963/1/IPCS%20caracter%C3%ADsticas%20y%20modelos.pdf>
- Beck, A.T., Freeman, A., Davis, D.D., and others (2005). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Buenos Aires: Paidós Ibérica.
Retrieved from:
<https://tuvntana.files.wordpress.com/2015/06/beck-terapia-cognitiva-de-los-trastornos-de-personalidad.pdf>
- Bono, C. (1994). Diseños de series temporales interrumpidas: técnicas alternativas de análisis. [Tesis Doctoral]. Universidad de Barcelona. España.
Consultado en:
http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/42365/6/01.RBC_1de3.pdf.txt

- Burns, D. D. (1998). *Adiós, Ansiedad*. Cómo superar la timidez, los miedos, las fobias y las situaciones de pánico. México. Ed. Paidós.
- Casado, M. I., Camuñas, N., Navlet, R., Sánchez, B. & Vidal, J. (1997). Intervención cognitivo-conductual en pacientes obesos: implantación de un programa de cambios en hábitos de alimentación. *Revista Electrónica de Psicología*, 1 (1), 1-18
Recuperado de:
http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol1num1/art_2.htm
- Echeburúa, E. (2006). Trastorno de ansiedad por separación de pareja. Madrid. Ediciones Pirámide.
Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/pdf/727/72720307.pdf>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2016). Informe final de resultados. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
Recuperado de:
<http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/encuestas/resultados/ENSANUT.pdf>
- Escobedo-de la Peña, J., Buitrón-Granados, B., Ramírez-Martínez, J., Chavira-Mejía, R., Schargrodsky, H. & Marcet, B. (2011). Diabetes en México. Estudio CARMELA. *Cirugía y Cirujanos*. 79 (5), 424-431
Recuperado de:
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=31342>
- Federación Internacional de Diabetes. (2015). Atlas de la diabetes de la FID. Recuperado de https://www.fundaciondiabetes.org/upload/publicaciones_ficheros/95/IDF_Atlas_2015_SP_WEB_oct2016.pdf
- FES Iztacala, UNAM (2014, abril 22). 2do Ciclo de Conferencias en Procesos en Psicología de la Salud 4. [video]. Recuperado de:
<https://www.youtube.com/watch?v=fJanzxqjnSc&feature=youtu.be>
- Goldney, R., Fisher, L., Phillips, P., & Wilson, D. (2004). Diabetes, Depression and Quality life. *Diabetes Care*, 27 (5):1066-70
Retrieved from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15111522>

- González-Cantero, Joel Omar, & Oropeza Tena, Roberto (2016). Intervenciones cognitivo-conductuales para diabéticos en México. *Salud Mental*, 39(2),99-105
Recuperado en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58245276006>
- González, J. y Oropeza, R. (2016). Intervenciones cognitivo-conductuales para diabéticos en México. *Salud Mental*, 39(2), 99-105.
Recuperado en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0185-33252016000200099&lng=es&nrm=iso
- Gratacós-Torras, M. & Pousa-Tomás, E. (2018). Intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica en sujetos con esquizofrenia, *Papeles del Psicólogo*, 39 (1), 31-39
Recuperado de:
<http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2850.pdf>
- Guerrero, J. (2016). Diabetes ¿Qué es y cuáles son sus diferencias?
Recuperado de:
<http://jaime-dulceguerrero.com/wp-content/uploads/2013/04/T1-y-T2.pdf>.
- Hernández-Brussolo, Ricardo; Romero Reyes, Daniela; Alcázar Zapata, Diana Lizeth; Vogel García, Nubia Krystal & Reyes Hernández, Diego Armando (2017). Intervención cognitivo-conductual en caso de trastorno depresivo debido a traumatismo de estructuras múltiples de rodilla. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento*. 8(1), 15-28
Recuperado en:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/rpcc/v8n1/2007-1833-rpcc-8-01-15.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ª ed.). Distrito Federal, México: McGraw-Hill.
- Jiménez, M. & Dávila, M. (2007). Psicodiabetes. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25 (1), 126-143
- Labrador., E. F (2008) *Técnicas de modificación de conducta*. Ediciones Pirámide. México.
Disponible en:
<https://es.slideshare.net/militagil/tnicas-de-modificacin-de-conducta-francisco-javier-labrador-encinas>

- Macía, D. & Méndez, X. (1999). Líneas actuales de investigación en psicología. En M. A. Simón (ED.): *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva.
Recuperado de:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=452751>
- Martín, L. & Grau, J. (2004) La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 14(1), 89-99
Recuperado de:
<http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/869>
- Martínez-Amores, B. (2018). Intervención psicológica de un Trastornos de la Conducta Alimentaria abordado desde la Terapia Cognitivo Conductual: Presentación de un caso de Anorexia Nerviosa. *Información Psicológica*, 116, 79-94
Recuperado de:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6735206>
- Martínez, C. y Piedad, C. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & Gestión*, (20), 165-193.
Recuperado en:
<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/pensamiento/article/view/3576>
- Mediavilla-Bravo, J. J. (2001). Complicaciones de la diabetes mellitus. Diagnóstico y tratamiento. *SEMERGEN*, 27, 132-145.
Recuperado de:
<https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/1-s2.0-S1138359301739317/first-page-pdf>
- Medline (2017) Diabetes.
Recuperado de:
[https://scholar.google.com.mx/scholar?q=Medline+\(2017\)+diabetes&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart](https://scholar.google.com.mx/scholar?q=Medline+(2017)+diabetes&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart)
- Medina-Pérez, E., Sánchez-Reyes, A., Hernández-Peredo, A., Martínez-López, M., Jiménez-Flores, C., Serrano-Ortiz, I., Maqueda-Pineda, A., Islas-Cruz, D. & Cruz-González, M. (2107). Diabetes gestacional. Diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención. *Medicina Interna de México*, 33 (1), 91-98
Recuperado de:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2017/mim171j.pdf>
- Miranda Félix, P. E., Valles Ortiz, P. M. & Ortiz Félix, R. E. (2016). Relación del control glucémico, función cognitiva y las funciones ejecutivas en el adulto mayor con

diabetes mellitus tipo 2: Revisión sistemática. *Revista electrónica trimestral en enfermería*, 42(1), 472-480. Recuperado de <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/228461/192591>

Montes Delgado, Roberto, Oropeza Tena, Roberto, Pedroza Cabrera, Francisco Javier, Verdugo Lucero, Julio César, & Enríquez Bielma, José Filiberto. (2013). Manejo del estrés para el control metabólico de personas con diabetes mellitus tipo 2. *En-claves del pensamiento*, 7(13), 67-87.

Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/pdf/1411/141128006004.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2016 a). Informe mundial sobre la diabetes. Recuperado de:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254649/1/9789243565255-spa.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2016 b) Datos y cifras.

Recuperado de:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

Organización Mundial de la Salud. (2016 c). Perfiles de los países para la diabetes, 2016.

Recuperado de:

http://www.who.int/diabetes/country-profiles/mex_es.pdf?ua=1

Ortiz P, Manuel, & Ortiz P, Eugenia. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista médica de Chile*, 135(5), 647-652. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000500014>

Pedraza-Banderas, G. L., & Vega Valero, C. Z. (2018). Versión actualizada de la escala de adherencia terapéutica. *Revista Digital Internacional De Psicología Y Ciencia Social*, 4(2), 214-232.

<https://doi.org/10.22402/j.rdi.pycs.unam.4.2.2018.186.214-232>

Piña, J.A. y Sánchez-Sosa, J.J. (2007). Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión en personas con VIH. *Universitas Psychologica*, 6, 399-407.

Recuperado de:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672007000200017

- Piña, J. (2013). Adhesión al tratamiento con personas con VIH/sida: una propuesta integradora. *Conductual, Revista Internacional de Interconductismo y Análisis de Conducta*, 1 (3), 47-62
Recuperado de:
<http://conductual.com/articulos/Adhesion%20al%20tratamiento%20en%20personas%20con%20VIH-sida.%20Una%20propuesta%20integradora.pdf>
- Puente-Silva, F. (1985). ¿Qué es la adherencia terapéutica? En adherencia terapéutica. Implicaciones para México. *XXIII Congreso Internacional de Psicología*, en Acapulco, México
Disponible en:
<http://www.saptel.org.mx/biblioteca/libros/AdherenciaTerapeutica.pdf>
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (1983).
Consultado en:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Ribes-Iñesta, E. (2010). Lenguaje ordinario y lenguaje técnico: un proyecto de currículo universitario para la psicología. *Revista Mexicana de Psicología*, 27 55-64
Recuperado de:
<https://www.uv.mx/dcc/files/2012/06/27.-Ribes-2010.pdf>
- Riveros, Angélica; Cortázar-Palapa, Jacqueline; Alcázar L., & Fernando; Sánchez-Sosa, Juan José (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5: 445-462
Retrieved from:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33705302>
- Rodríguez C., & Diaz González A., & Zarzosa E. (2002). Las Psicoterapias Cognoscitivas: Una Revisión. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala. 5 (2) 1-60. Recuperado de:
<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol5num2/artmayu.htm>
- Rodríguez-Marín, J. (1995). Efectos de la interacción entre el profesional sanitario y el paciente. Satisfacción del paciente. Cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. En J. Rodríguez-Marín (Ed.): *Psicología social de la salud* (pp. 151-160). Madrid: Síntesis.
Recuperado de:
<http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/viewFile/869/1597>
- Roussos, A. J.; (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 16(2) 260-270.

Recuperado en:

<http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=281921790006>

Ruiz, A., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Bilbao: Desclee de Brouwer. 1-600

Disponible en:

https://www.academia.edu/10436026/MANUAL_DE_T%C3%89CNICAS_DE_IN_TERVENCION_COGNITIVO_CONDUCTUALES

Sanz, J. & García-Vera, M. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. Universidad Complutense de Madrid. España. *Revista Clínica y Salud*. 26(3) 167-180

Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742015000300006

Silva, R. A. (1992). “Cap. 2”: Diseños de investigación con N = 1 o series de tiempo. En A. Silva (Ed.). *Métodos cuantitativos en psicología. Un enfoque metodológico*. México: Trillas. Cap. 2, pp. 45-70.

Thigpen, CH., & Cleckley, H. (1954). Un caso de personalidad múltiple. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 49 (1): 135-151.

<https://doi.org/10.1037/h0057795>

Valera. M. Salazar, I. & Correa, D. (2008). Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/sida. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *Acta Colombiana de Psicología*, 11 (2), 101-113

Recuperado de:

<https://editorial.ucatolica.edu.co/index.php/acta-colombiana-psicologia/article/view/305>

Ventura-León, J. (2018). Otras formas de entender la d de Cohen. Lima. Perú. *Revista Evaluar*. 18 (3), 73-78

Recuperado de:

https://www.researchgate.net/publication/329544433_Otras_formas_de_entender_la_d_de_Cohen

Wasserman, L., & Trifonova, E. (2006). Diabetes Mellitus as a Model of Psychosomatic and Somatopsychic Interrelationships. *The Spanish Journal of Psychology*, 9: 75-85

Retrieved from:

<https://revistas.ucm.es/index.php/SJOP/article/view/SJOP0606120075A>

ANEXOS

ANEXO 1

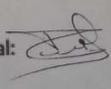
22 - OCTUBRE - 2019

CONSENTIMIENTO INFORMADO
INTERVENCIÓN

Yo, Isma, con Documento de Identificación tipo: IUF No. 16216003369816, Expedido en la ciudad de México, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente manifiesto que me ha sido dada la información pertinente y completa, y en consecuencia autorizo a que sea realizado en mi/en mi representado: si autorizo, un proceso de intervención psicológica/neuropsicológica a cargo del Dr. José Fragoso Olvera con registro No. 416082593, teniendo en cuenta que:

- He comprendido la naturaleza y propósito de la intervención.
- He tenido la oportunidad de aclarar mis dudas.
- Me siento a satisfacción con la información proporcionada.
- Entiendo que mi consentimiento puede ser revocado antes de iniciar el procedimiento.
- Reconozco que todos los datos proporcionados referente a la historia clínica e información personal adicional, son ciertos y que no he omitido alguno que pudiera influir en el tratamiento.
- Entiendo que el proceso de intervención requiere de mi disposición a ofrecer y aclarar la información que se considere pertinente por parte del Dr. José Fragoso Olvera

A. Por tanto, declaro estar debidamente informado y doy mi expreso consentimiento a la realización de la intervención psicológica/neuropsicológica, en las condiciones acordadas.

Firma del paciente / representante legal: 

Firma del Psicólogo: 

Fecha: 22 - OCTUBRE 2019

B. De acuerdo a la información recibida, declaro que no doy mi consentimiento a la realización de la intervención ofrecida.

Consentimiento informado

ANEXO 2

Análisis funcional

Ciudad de México a 11 de noviembre del 2019

Análisis funcional de las conductas de la Señora I.

Edad. – 52 años

Diagnóstico. – Diabetes Mellitus tipo 2

Conducta problema: Comer pan y cosas dulces en exceso, No tomar sus medicamentos como lo indica el médico, no acudir a sus citas médicas, no checar sus niveles de azúcar de manera periódica

Objetivos de la paciente: Adherirse al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en cuanto a tomar regularmente los medicamentos, tener autocontrol y autoeficacia para dejar de comer pan dulce en exceso y dulces en general y recuperar su autonomía en cuanto a decidir ella que come o que no come y en cuanto a tomar sus propias decisiones en relación con la adherencia terapéutica.

Objetivos del terapeuta: Que la paciente conozca sobre la enfermedad de la diabetes mellitus tipo 2, que recupere su autonomía, su autocontrol y su autoeficacia.

Reducir la ingesta de pan dulce, reducir la ingesta de dulces, promover la disciplina en cuanto a tomar sus medicamentos de manera constante y como lo indica el médico, asistir puntualmente a sus citas de laboratorio y médicas, así como prevenir recaídas en cuanto a adherencia al tratamiento.

ANTECEDENTES	ORGANISMO	RESPUESTA	CONSECUENCIAS
<p>Determinantes</p> <p>Variables De vulnerabilidad:</p> <p>Biológica: Diabetes mellitus tipo 2</p> <p>Percepción: creció con carencias económicas, lo que le hizo ser una persona retraída y limitada en sus aspiraciones.</p> <p>Creció con miedos e incapaz de tomar decisiones por sí misma, se volvió muy callada.</p> <p>Estilo educativo autoritario</p> <p>Ausencia de recursos de afrontamiento, carece de estrategias adecuadas de autocontrol, habilidades sociales (ya que es incapaz de decir “No”) y autonomía.</p>	<p>Diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 hace un año y medicada hace dos meses</p> <p>Piensa que le falta azúcar</p> <p>Eventos de hipoglucemia</p>	<p>Motora:</p> <p>Comer pan dulce (lo más dulce que encuentre)</p> <p>Come cosas dulces en grandes cantidades (sodas, dulces, etc.)</p> <p>No acude a citas médicas (solo en ocasiones)</p> <p>Olvida tomar medicamentos</p> <p>Olvida tomar sus niveles de glucosa</p> <p>Olvida asistir a sus citas de laboratorio</p>	<p>A corto plazo:</p> <p>Ansiedad, enojo consigo misma y con su familia, aumento de peso, tristeza, inseguridad.</p> <p>Las conductas de ingesta excesiva de cosas dulces le resultan reforzantes a corto plazo, ya que le causan satisfacción, saciación y le bajan la ansiedad.</p> <p>A medio y largo plazo:</p> <p>Falta de control sobre su vida, ánimo depresivo, sentimientos de culpa, sentimientos de inseguridad y falta de apoyo, discusiones con su pareja e hija,</p>

<p>Modelos de conducta hipocondriaca e inseguridad para tomar decisiones.</p> <p>Variables desencadenantes: Remota: no cree que tenga diabetes aún lo duda. Inmediata Internas: Ansiedad Externas: presencia del esposo quien come mucho pan.</p> <p>Opinión del esposo que le dice constantemente que no tiene diabetes</p> <p>Invitación del esposo a comer tacos, pozole, huaraches, etc.</p>		<p>Fisiológicas: Se cansa (fatiga)</p> <p>Ansiedad</p> <p>Mucha hambre de repente</p> <p>Aumento en la frecuencia de orinar (más veces al día)</p> <p>Aumento de la sed</p> <p>Aumento de peso</p> <p>Deseo incontrolable de comer cosas dulces</p> <p>Temblorina en general</p> <p>Cognitivo: “No creo que tenga la diabetes o quizá es tanto mi miedo que hago de cuenta que no la tengo”</p> <p>“Me da miedo tomarme la azúcar y que la tenga alta”</p> <p>“Prefiero comerme un pastelito en lugar de pensar que traigo la azúcar alta “</p> <p>Pensamiento de no poder controlar la conducta de comer cosas dulces</p> <p>“Me da mucho miedo morirme de diabetes como mi mamá” Pensamientos de “no sé si pueda tomar mis medicinas y tener disciplina, quisiera tener esa fuerza y control necesito apoyo, ayúdeme por favor”</p>	<p>deterioro de la relación de pareja y deterioro de su salud.</p>
---	--	--	--

ANEXO 3

Cuestionario semiestructurado de 44 reactivos, elaboración propia (2019), adaptado de Labrador (2008) y Burns (1998).

Primera entrevista

Instrucciones:		
<p>Buen día señora I. antes que nada, le agradezco su tiempo para esta entrevista, A continuación, le haré una serie de preguntas, con la única intención de valorar las condiciones de su problema y en ese sentido poder ayudarle con el tratamiento adecuado, por lo que le voy a solicitar que me conteste de manera breve, pero con toda la honestidad posible.</p> <p>Los datos que usted me proporcione son totalmente confidenciales y para uso exclusivamente clínico y de salud. Si tiene alguna pregunta antes de iniciar por favor dígame y con gusto le responderé. Gracias y si está usted de acuerdo, iniciemos esta charla.</p>		
N°	PREGUNTA	RESPUESTA
1	Nombre	
2	Edad	
4	Sexo	
5	Escolaridad	
6	Religión	
7	Correo electrónico	
8	¿Con quién vive?	
9	Estado civil	
10	¿Tiene usted trabajo remunerado?	
11	¿Cuenta con algún servicio de salud, cuál es?	
12	¿Cuál es el principal problema que usted identifica por lo que acude a esta consulta?	
	¿Por qué apenas la medicaron?	
13	De ser así, ¿Por qué cree que está subiendo de peso y en qué momentos siente ya sea eventos de ansiedad	
14	Cuénteme ¿Cómo se ha sentido a partir de que la diagnosticaron con diabetes mellitus tipo 2?	
15	¿Qué dificultades ha tenido con el control de la diabetes?	

16	Platíqueme lo que sabe sobre su enfermedad	
17	¿Cree usted que la enfermedad es peligrosa o no y por qué?	
18	¿Por qué usted cree que no la tenga, no le hicieron análisis o chequeos?	
19	¿De qué manera cree usted que le afecte la falta de control de su azúcar en la sangre?	
20	¿Le han diagnosticado alguna otra enfermedad derivada de la diabetes y cuál es?	
21	¿Ha cambiado su estilo de vida por la diabetes?	
22	¿Cómo considera que es usted, me refiero si es calmada, se angustia con facilidad, enojona, etc.?	
23	Ha variado su manera de comer después de diagnosticada la diabetes, es decir, sigue comiendo dulces, chocolates, pan dulce, platíqueme.	
24	De ser así en que momentos es cuando come azúcar, ha notado que cuando está con alguien es especial o en qué situación se le antoja más...	
25	¿Usted qué piensa de todo esto?	
24A	Ante que situaciones le da por comer pan o cosas dulces	
24 B	En qué lugar le da por comer pan o cosas dulces	
24C	Cuántas veces al día come pan o cosas dulces	
24D	Que consecuencias le ha traído comer pan o cosas dulces	
26	¿Notó estos hábitos con su familia en su niñez y adolescencia?	
27	¿Qué considera usted que le impide dejar de comer cosas dulces?	
28	De ser así, ¿Tiene algo que ver su ansiedad con la ingesta de comida dulce, le hace sentir cómo?	

29	De todo esto que me ha dicho ¿qué es lo que cree es su mayor preocupación?	
30	¿Hace usted ejercicio físico? Cuénteme...	
30A	¿Le falta mucho tiempo para jubilarse?	
31	¿Siente que su familia y sus amigos la apoyan en su enfermedad?	
32	¿Qué reacción ha tenido por falta de ese apoyo?	
33	Platíqueme ¿Cómo se controla la diabetes actualmente?	
34	¿Su médico le ha informado todo sobre su enfermedad y le aclara sus dudas? Platíqueme.	
35	¿Ha notado a partir de que le diagnosticaron diabetes, fatiga, calambres, ardor de piel, ganas de orinar más seguido? Cuénteme...	
36	Alguna vez ya sea en su trabajo, casa o en cualquier otro lugar ¿Ha sentido sensación de tener mucha hambre, vacío en el estómago, temblorina, miedo de que le va a pasar algo sino come y que piensa en ese momento?	
37	De todas las indicaciones que le ha dado su médico ¿Cuál es la que le cuesta más trabajo hacer?	
38	Cuénteme por favor ¿qué tan dispuesta está para cambiar sus hábitos y mejorar su salud?	
39	¿Qué cree que pueda suceder si usted no hace un cambio?	
40	¿Qué le hace pensar que si decide introducir un cambio lo podría llevar a cabo?	
41	¿Qué razones tendría usted para hacer esos cambios?	
42	Platíqueme si considera que tiene barreras que no le permiten hacer esos cambios (económicas, sociales, familiares, laborales, etc.) cuénteme a detalle	
43	¿Qué espera conseguir con este tratamiento psicológico?	
44	¿Desea usted agregar algún otro comentario?	

ANEXO 4

Cuestionario semiestructurado de 17 reactivos, elaboración propia (2019), adaptado de Labrador (2008) y Burns (1998).

Segunda entrevista

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1. ¿Cómo fue criada en el entorno familiar, es decir, sus padres como eran con usted?	
2. ¿Qué tipo de estilo parental tenía en casa, es decir, sus padres eran democráticos, permisivos, negligentes o autoritarios con usted? (se le explicó cada uno de los estilos)	
3. Económicamente ¿cómo se consideraban en su familia? Es decir, clase acomodada, media, baja, etc.	
4. ¿Cuáles cree que son sus debilidades en cuanto a carácter y toma de decisiones?	
4 Bis. Me llama la atención que dice que un poco hipocondriaca, ¿por qué cree eso?	
5 Una vez que entra en estado de ansiedad por no tomar su medicamento o por tener problemas con su nivel de azúcar ¿cuál es su manera de bajar ese estado?	
6 ¿Ha tenido problemas con su esposo o hija debido a su estado de ansiedad ¿	
7 En 10 años ¿cómo se ve usted en cuanto a sobrepeso u obesidad?	
8 ¿En 10 años cómo se ve usted en cuanto a seguir con su esposo casada y en general con la relación marital con su esposo, si continúan con estas diferencias?	
9 ¿Duerme usted bien, es decir, mínimo 7 u 8 horas sin despertarse?	
10 ¿Se siente capaz de poder tomar sus medicamentos como lo indica el médico?	
11 ¿Por qué cree usted que no ha podido dejar de comer pan dulce?	
12 ¿Cree usted tener disciplina para dejar de comer pan dulce en exceso y dulces en general?	
13 Dejar de comer pan dulce hará que adelgace y que le guste más a mi esposo	
14 Dejar de comer dulces en exceso hará que bajen mis niveles de glucosa y me sentiré mejor	
15 Puedo dejar de comer pan dulce, aunque coma con personas que coman pan dulce	
16 Me siento capaz de dejar de comer pan y cosas dulces	
17 Soy capaz de llevar una vida saludable si me lo propongo.	
Muchas gracias, Señora Irma por esta segunda entrevista, de verdad me ha ayudado mucho a entenderla y por supuesto, vamos a ayudarla. Tenga usted una buena tarde.	

ANEXO 5**Versión Actualizada de la Escala de Adherencia Terapéutica (2018).**

Copyright: © 2018 Pedraza-Banderas, G.L., Vega-Valero, C.Z. & Nava-Quiroz, C.

Reactivos	Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuente	Casi siempre	Siempre
1. Respeto la dieta indicada, aunque esta sea rigurosa.						
2. Asisto a mis consultas de manera puntual.						
3. Estoy pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi estado de salud.						
4. Atiendo todas las recomendaciones del médico, en cuanto a los cambios en mi estilo de vida (por ejemplo: dejar de fumar, no consumir alcohol, sal, azúcar, picante, etc.).						
5. Como solo aquellos alimentos que el médico me permite.						
6. Si el médico me inspira confianza, entonces sigo el tratamiento.						
7. Después de haber terminado un tratamiento, regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud.						
8. Cuando me dan los resultados de mis análisis clínicos, estoy más seguro (a) de lo que tengo y me apego más al tratamiento.						
9. Cuando tengo muchas cosas que hacer, se me olvida tomar mis medicamentos.						
10. Cuando los síntomas desaparecen, dejo el tratamiento, aunque no esté concluido.						
11. Si en poco tiempo no percibo mejoría en mi salud, dejo el tratamiento.						
12. Si el tratamiento exige hacer ejercicio lo hago.						
13. Para que yo siga el tratamiento es necesario que otros me recuerden que debo tomar mis medicamentos.						
14. Como me lo recomienda el médico, acudo a realizarme análisis clínicos periódicamente, aunque no me sienta mal.						
15. Me inspira confianza que el médico demuestre conocer mi enfermedad.						
16. Si se sospecha que mi enfermedad es grave, hago todo lo que esté en mis manos para mejorar.						

17. Me apego al tratamiento, aunque éste sea complicado.						
Reactivos	Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuente	Casi siempre	Siempre
18. Si el médico me explica detalladamente en que consiste mi enfermedad y que es lo que tengo que hacer para mejorar mi salud, entonces me adhiero al tratamiento.						
19. Si el medicamento es costoso, ingiero cantidades menores a las indicadas por el médico.						
20. Le tengo más confianza a los medicamentos de patente, que a los remedios naturales u homeopáticos.						
21. Ingiero mis medicamentos respetando la dosis indicada por el médico.						
22. Asisto a revisiones periódicas, aunque no me sienta mal.						
23. Acudo al médico, únicamente cuando presento algún síntoma.						
24. Notar mejoría en mi estado de salud, favorece que me adhiera al tratamiento.						
25. Cuando presento síntomas de deterioro, me adhiero más al tratamiento.						
26. Realizo las mediciones indicadas en casa, por ejemplo, tomas de presión arterial, el nivel de glucosa, etc.						
27. Respeto la dieta indicada por el médico, sin importar el lugar donde me encuentre.						
28. Realizo algún tipo de modificación al tratamiento, sin consultarlo con el médico.						
29. Hago todo lo que esté en mis manos para mantenerme controlado (a).						
30. Estoy más seguro (a) de lo que tengo, cuando me informan los resultados arrojados en los análisis clínicos.						

ANEXO 6

Autorregistro de “Toma de medicamentos”

Elaboración propia, datos del estudio. 2019-2020

CONDUCTAS		Valores de referencia (esquema médico)	DÍAS/CANTIDAD							TOTALES
			1 lun	2 ma	3 mie	4 ju	5 vi	6 sá	7 do	
1) Toma de medicamentos	Mañana Veces (Metformina 850 mg.)	1								
	Tarde Veces (Sitagliptina 100 mg. Y Metformina 850 mg.)	2								
	Noche Veces Metformina 850 mg.)	1								
2) Comer pan dulce	Panes al día (especifique el tipo de pan)									
3) Ingesta de cosas dulces (incluye alimentos, bebidas o dulces)	Cantidad de Cosas dulces al día (especifique el tipo)									
Observaciones. –										
Mencioné el tipo de pan dulce que comió. –										
Mencione que tipo de cosas dulces comió.										

ANEXO 7**Autorregistro de nivel de glucosa en sangre.**

Elaboración propia. Datos del estudio 2019-2020.

N° de toma	Registro en mg/dl.	Observaciones
1		Para línea base
2		Para línea base
3		Para línea base
4		Tratamiento
5		Tratamiento
6		Tratamiento
7		Tratamiento
8		Tratamiento
9		Tratamiento
10		Tratamiento
11		Post tratamiento

ANEXO 8

Cartas descriptivas

Sesión: 1
Fecha: Lunes 24 de febrero del 2020
Lugar: Consultorio particular expofeso para la intervención
Sujetos: Paciente único, Señora I.
Tema. - (Retroalimentación) Introducción al programa de intervención
Objetivos específicos: integrar al paciente en los temas a tratar durante la intervención, explicar a la paciente el análisis funcional que se realizó y el programa conjuntamente con los objetivos generales y específicos de éste.
 Enseñar al paciente la forma de tomarse el nivel de glucosa en sangre (instrucciones y la técnica del modelado).
Duración: 1½ hora (90 minutos)

Objetivo particular	Técnica/Procedimiento	Actividades		Técnica de evaluación	Tareas	Criterio de cambio
		Terapeuta	Usuario			
APERTURA Integrar a la paciente al tratamiento mediante “El rapport” para el entendimiento mutuo y trabajar de manera colaborativa. Retroalimentar y Explicar a la paciente el análisis funcional que se	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Carta descriptiva</i> • <i>Retroalimentación</i> • <i>Introducción al programa de intervención</i> • <i>Análisis funcional</i> Presentación del terapeuta ante la paciente, entablar mediante una plática amena “El rapport”. Explicación del análisis funcional que se le realizó a la paciente y las deducciones o inferencias que se observaron.	Presentación del programa, integración a la paciente, explicación del análisis funcional que se le realizó, así como el objetivo general y específico del tratamiento. Enseñar el llenado de los autorregistros.	Escucha con atención, es participativa y propositiva haciendo preguntas y retroalimentando al terapeuta, hace anotaciones en su cuaderno	Responder asertivamente los cuestionamientos del terapeuta sobre el conocimiento de sus conductas de no adherencia al tratamiento y sobre las variables que determinan y mantienen su problemática y no tenga dudas sobre los objetivos del	Se le solicitará a la paciente a aplicar en casa lo aprendido en esta sesión y se le proporcionará una hoja de registro de nivel de glucosa para que se tome una muestra y la registre una vez por semana (los sábados).	Se entenderá cuando sepa llenar los autorregistros por sí sola. Cuando este consciente sobre sus conductas de no adherencia al tratamiento y que decida modificarlas.

<p>le realizó y así explicitar los objetivos que persigue el programa</p>	<p>Explicar el programa y su objetivo general sobre el trabajo a realizar, las reglas a seguir y los objetivos específicos a alcanzar. Dentro de los objetivos se le explicará a la paciente sobre los autorregistros y el llenado de estos (ya en la evaluación inicial se le explicó como llenar los autorregistros tanto de toma de medicamentos, ingesta de pan y cosas dulces, nivel de glucosa en sangre y citas médicas)</p>	<p>Evaluar a la paciente sobre lo aprendido de manera verbal y preguntarle si tiene alguna duda para aclarar la misma.</p>		<p>programa y el llenado de autorregistros.</p>	<p>También se le proporcionará a la paciente el formato de registro de conductas (toma de medicamentos, ingesta de pan y cosas dulces y citas médicas) se le solicitará que lo llene de lunes a domingo conforme se le explico en la evaluación inicial para hacer la línea base y que lo lleve para la siguiente sesión.</p>	
<p>Reforzar a la paciente sobre las dudas que tenga en la manera de trabajar el programa y sobre el objetivo general y los objetivos específicos de esta sesión</p>	<p>Se le preguntará a la paciente si tiene dudas sobre lo explicado y la manera de trabajar, sobre lo que entendió acerca del programa y sus objetivos, mediante preguntas y dudas que ella haga al terapeuta y se le responderán sus dudas.</p>	<p>Preguntará a la paciente sobre las dudas generadas durante esta primera sesión y contestará las mismas</p>	<p>Escucha con atención, es participativa y propositiva. Hace anotaciones en su cuaderno</p>	<p>Respondiendo los cuestionamientos del terapeuta sobre el entendimiento del análisis funcional y las dudas del programa en función de los objetivos</p>	<p>Aplicar lo aprendido de esta sesión en casa, como detectar sus nuevas percepciones acerca de las conductas que observe en función de su enfermedad</p>	<p>Cuando esté más consciente de los objetivos del programa y sobre las conductas de la no adherencia al tratamiento y decida modificarlas.</p>

Enseñar a utilizar el glucómetro	<p>Toma del nivel de glucosa en sangre Modelado.</p> <p>El instructor le pedirá a la paciente que observe con atención como él se va a tomar el nivel de glucosa en sangre con el equipo que le presentará, mientras él se la toma irá mencionando en voz alta los pasos a seguir, una vez que termine, le solicitará a la paciente que se toma el nivel de glucosa replicando los pasos que el instructor le enseñó, mientras ella se la toma, se le solicitará que en voz alta repita los pasos como se los fue diciendo el instructor las veces necesarias hasta que logre la paciente el cometido.</p>	Servirá como modelo en la enseñanza del uso del glucómetro	Se muestra atenta y participativa Es una participante activa	Cuando por ella misma se tome el nivel de glucosa en sangre utilizando el glucómetro.	Se le dará una hoja de autorregistro del nivel de glucosa en sangre y se le solicitará que cada sábado se haga la toma y la registre en el mismo y llevar el registro cada sesión para su valoración y seguimiento.	Se entenderá cuando se tome el registro del nivel de glucosa en sangre por ella misma.
Cierre de sesión	Agradecer la participación de la paciente e invitarla a hacer tarea en casa y que asista a la próxima sesión.	Daré por concluida la sesión y le recordará a la paciente lleve sus autorregistros llenos a la siguiente sesión.	Escucha con atención y es participativa, hace anotaciones en su cuaderno	ninguno	Que llene los autorregistros semanalmente (toma de glucosa en sangre y conductas) y los lleve a la siguiente sesión	ninguno

Sesión: 2

Fecha: Lunes 2 de marzo del 2020

Lugar: Consultorio particular expofeso para la intervención

Sujetos: Paciente único, Señora I.

Tema. - Técnicas de información sobre la diabetes mellitus tipo 2

Objetivo específico: Informar al paciente sobre la enfermedad de la diabetes para que entienda y sea capaz de manejar la enfermedad que presenta, eliminar prejuicios, reducir el riesgo de recaídas, reducir la carga emocional y mejorar la adherencia al tratamiento.

Duración: 1½ hora (90 minutos)

Objetivo particular	Técnica/Procedimiento	Actividades		Técnica de evaluación	Tareas	Criterio de cambio
		Terapeuta	Usuario			
Iniciar la sesión y dar la bienvenida	Saludar a la paciente, darle la bienvenida y preguntarle si le surgió alguna duda con la sesión anterior o con el llenado de la hoja de registro de glucosa y el autorregistro de conductas, solicitándole los mismos para su revisión y archivo y de tener alguna duda se le explicará y se responderá a las mismas. Se le recordará que siga llenando los autorregistros semanalmente.	Iniciar la sesión, resolver dudas, revisar y archivar autorregistros	Debe cumplir con lo solicitado y preguntar dudas sobre la sesión anterior, así como llevar los autorregistros llenados en su totalidad.	Que haya resuelto sus dudas sobre el programa y que lleve los autorregistros llenos en su totalidad	Que siga llenando los autorregistros semanalmente y que los lleve para la siguiente sesión.	Que esté enterada y sin dudas sobre el programa que se le va a realizar y que esté de acuerdo totalmente mostrando interés y participación. Que llene los autorregistros sin ayuda del terapeuta.
Informar a la paciente sobre	Carta descriptiva: Técnicas de información	Brinda información	Es una participante	Cuando la paciente haya	hacer tarea en casa (aplicar lo	Se entenderá cuando la

<p>generalidades de la diabetes mellitus del tipo 2</p> <p>Informar al paciente sobre el proceso de enfermar de diabetes para que entienda y sea capaz de manejar la enfermedad que presenta, eliminar prejuicios, reducir el riesgo de recaídas, reducir la carga emocional y mejorar la adherencia al tratamiento.</p>	<p>Brindar información a la paciente para que comprenda y haga consciencia del problema sobre la diabetes mellitus tipo 2 para rectificar errores y vacíos de conocimiento. Partiendo de la teoría que dice “cuanto mejor conozca el paciente su propia enfermedad, mejor puede vivir con su condición”</p> <p>Se le dará a la paciente transferencia de información sobre la enfermedad de la diabetes, causas de esta, la importancia de su control y tratamiento, sintomatología de la enfermedad, descarga emocional</p> <p>Texto 1, (motivación, entendimiento y preocupaciones), adherencia al tratamiento y al final se resolverán las dudas que la paciente tenga...</p>	<p>necesaria sobre las generalidades de la diabetes, las complicaciones y la adherencia al tratamiento y conduce a la paciente de manera en que ella pueda entender y poner en práctica todo lo relacionado.</p>	<p>activa y propositiva, en la cual pregunta dudas y propone acciones.</p>	<p>hecho consciencia sobre la importancia de adherirse al tratamiento en beneficio de su calidad de vida y en consecuencia de su salud.</p>	<p>aprendido en esta sesión, como sus percepciones acerca de las conductas que observe en función de su enfermedad)</p>	<p>paciente conozca mejor las generalidades de la diabetes, sus complicaciones y mejore los resultados del postest en comparación con los resultados obtenidos para línea base.</p> <p>Plan B Incidir más con videos y ejemplos</p>
--	---	--	--	---	---	---

	<p>Video 1 ¿qué es la diabetes? https://www.youtube.com/watch?v=ne93lw3-XTs</p> <p>Video 2 Diabetes tipo 1 y 2 https://www.youtube.com/watch?v=ulf2axpolIw</p> <p>Diapositivas 1, 2 y 3</p>					
Reforzar verbalmente lo aprendido	<p>Se le preguntará a la paciente si tiene dudas sobre lo expuesto y se le contestarán las mismas por parte del investigador. Se le pedirá a la paciente que con sus palabras nos defina ¿qué es la diabetes y como considera ella que se puede controlar? aunado a conocer cuál será su compromiso para la adherencia al tratamiento.</p>	Hará preguntas a la paciente sobre el tema y responderá dudas de este	Participante atenta, activa y participativa, hace anotaciones en su cuaderno	Cuando la participante responda asertivamente las preguntas del terapeuta y no tenga dudas	Que observe si ha tenido algún cambio en cuanto a sus percepciones a partir de esta sesión	Ídem. Al punto anterior de esta columna
Cierre de sesión	Agradecer la participación de la paciente y recordarle que siga llenando los autorregistros y que no se olvide de llevarlos la siguiente sesión.	Será el encargado de dar el cierre de sesión y agradecer la participación	Escuchará atenta y con mucha actitud, se comprometerá a asistir a la	ninguno	Recordar a la paciente que siga llenando las hojas de autorregistro (nivel de	ninguno

			siguiente sesión		glucosa en sangre y registro de conductas) y los lleve la siguiente sesión para revisarlo y archivarlo	
--	--	--	------------------	--	--	--

Sesión: 3**Fecha:** Lunes 9 de marzo del 2020**Lugar:** Consultorio particular expofeso para la intervención**Sujetos:** Paciente único, Señora I.**Tema.** - Entrenamiento en técnicas de Autocontrol (autorregistro, metas a conseguir, autoinstrucciones)**Objetivo específico:** Entrenar a la paciente sobre el autocontrol para incrementar y/o mejorar sus fortalezas cognitivas y conductuales y así poder modificar sus hábitos, su autoeficacia y permita una mayor adherencia al tratamiento**Duración:** 1 ½ hora (90 minutos)

Objetivo particular	Técnica/Procedimiento	Actividades		Técnica de evaluación	Tareas	Criterio de cambio
		Terapeuta	Usuario			
Iniciar la sesión y dar la bienvenida. Explicar los objetivos	Saludar a la paciente, darle la bienvenida y preguntarle si le surgió alguna duda con la sesión anterior o con el llenado de la hoja de registro	Iniciar la sesión, resolver dudas, revisar y archivar autorregistros.	Debe cumplir con lo solicitado y preguntar dudas sobre la sesión anterior,	Que haya resuelto sus dudas sobre el programa y que lleve los	Que siga llenando los autorregistros semanalmente y que los lleve	Que esté enterada y sin dudas sobre los objetivos de esta tercera sesión

específicos para esta sesión	de glucosa y el autorregistro de conductas, solicitándole los mismos para su revisión y archivo y de tener alguna duda se le explicará y se responderá a las mismas. Se le recordará que siga llenando los autorregistros semanalmente.	Explicará los temas y objetivos para esta sesión	así como llevar los autorregistros llenados en su totalidad.	autorregistros llenos en su totalidad	para la siguiente sesión.	que se le va a realizar y que esté de acuerdo totalmente mostrando interés y participación.
Enseñar a la paciente los conocimientos elementales y el significado de Autocontrol en esta sesión sobre Autorregistros Autoinstrucciones (autoverbalizaciones con sus elementos) y Metas para conseguir	<p>Carta descriptiva: Autocontrol (autorregistros, autoinstrucciones y metas a conseguir) Entrenar a la paciente sobre el autocontrol para incrementar y/o mejorar sus fortalezas cognitivas y conductuales y así poder modificar sus hábitos, su autoeficacia y permita una mayor adherencia al tratamiento</p> <p>Autorregistros En la preevaluación para línea base se le dieron las pautas y conocimientos a la paciente sobre el llenado de los autorregistros, solamente se le preguntará a la paciente si existe a estas alturas de la intervención dudas sobre los autorregistros, de ser así, se</p>	Es el encargado de facilitar los materiales para el entendimiento de los objetivos y brindará información, soluciones y acompañamiento a la paciente	Pone atención siendo una participante activa (hace preguntas), comprometida y propositiva	Que no tenga dudas sobre los temas aquí propuestos y que responda a las preguntas del terapeuta sin vacilación.	Que observe si ha tenido algún cambio en cuanto a sus percepciones sobre su adherencia al tratamiento (toma de medicamentos, ingesta de pan y cosas dulces, citas médicas y de laboratorio, llenado de autorregistros)	Se entenderá cuando no tenga dudas sobre los temas aquí presentados y responda a las preguntas del terapeuta sin vacilación, Cuando conozca las ventajas del llenado de los autorregistros, del Autocontrol y de las autoinstrucciones.

	<p>le despejaron las dudas expuestas.</p> <p>Autocontrol: Se le explicará a la paciente los elementos y el significado del autocontrol (texto 2) y sus alcances en cuanto a tener o no autocontrol (diapositiva 1)</p> <p>Autoinstrucciones (diapositiva 2 y 3) Se le explicará a la paciente el significado de las autoinstrucciones y su uso juntamente con la técnica del modelado (se le recordará que ya se utilizó para enseñarle a utilizar el glucómetro) en este caso también se le dirán las ventajas de poder usar las autoinstrucciones con sus elementos tales como: (texto 3)</p> <p>Autoverbalizaciones Autointerrogaciones, Autocomprobaciones, Autorrefuerzo (texto 3) para introducir y automatizar hábitos.</p> <p>Metas para conseguir Retomando lo de la evaluación inicial y en función de la hoja de</p>					
--	--	--	--	--	--	--

	<p>autorregistro de conductas de ingesta de pan y cosas dulces, toma de medicamentos y autorregistro de nivel de glucosa en sangre, se le pedirá a la paciente que en una hoja anote tres metas en las cuales se comprometa a cumplir al término del tratamiento (metas u objetivos personales que sean alcanzables de conseguir y que sean reales)</p>					
<p>Reforzar verbalmente lo aprendido</p>	<p>Se le preguntará a la paciente si tiene dudas sobre lo expuesto y se le contestarán las mismas por parte del investigador. Se le pedirá a la paciente que con sus palabras nos defina ¿Para qué le va a servir que ella tenga autocontrol, Autoinstrucciones y cuales las metas para conseguir?</p>	<p>Hará preguntas a la paciente sobre el tema y responderá dudas de este</p>	<p>Participante atenta, activa y participativa, hace anotaciones en su cuaderno</p>	<p>Cuando la participante responda asertivamente las preguntas del terapeuta y no tenga dudas</p>	<p>Que observe si ha tenido algún cambio en cuanto a sus percepciones a partir de esta sesión</p>	<p>Se entenderá cuando no tenga dudas sobre los temas aquí presentados y responda a las preguntas del terapeuta sin vacilación, Cuando conozca las ventajas del llenado de los autorregistros, las ventajas del Autocontrol y de las autoinstrucciones, para su vida diaria.</p>

Cierre de sesión	Agradecer la participación de la paciente y recordarle que siga llenando los autorregistros y que no se olvide de llevarlos la siguiente sesión.	Será el encargado de dar el cierre de sesión y agradecer la participación	Escuchará atenta y con mucha actitud se comprometerá a asistir a la siguiente sesión	ninguno	Recordar a la paciente que siga llenando las hojas de autorregistro (nivel de glucosa en sangre y registro de conductas) y los lleve la siguiente para revisarlo y archivarlo	ninguno
------------------	--	---	--	---------	---	---------

Sesión: 4**Fecha:** Lunes 16 de marzo del 2020**Lugar:** Consultorio particular expofeso para la intervención**Sujetos:** Paciente único, Señora I.**Tema.** - Entrenamiento en técnicas de Autocontrol (freno mental, control estimular)**Objetivo específico:** Entrenar a la paciente sobre el autocontrol para incrementar y/o mejorar sus fortalezas cognitivas y conductuales y así poder modificar sus hábitos, su autoeficacia y permita una mayor adherencia al tratamiento**Duración:** 1½ hora (90 minutos)

Objetivo particular	Técnica/Procedimiento	Actividades		Técnica de evaluación	Tareas	Criterio de cambio
		Terapeuta	Usuario			
Iniciar la sesión y dar la bienvenida. Explicar los objetivos	Saludar a la paciente, darle la bienvenida y preguntarle si le surgió alguna duda con la sesión anterior o con el llenado de la hoja de registro	Iniciar la sesión, resolver dudas, revisar y archivar autorregistros.	Debe cumplir con lo solicitado y preguntar dudas sobre la sesión anterior,	Que haya resuelto sus dudas sobre el programa y que lleve los	Que siga llenando los autorregistros semanalmente y que los lleve	Que esté enterada y sin dudas sobre los objetivos de esta cuarta sesión

específicos para esta sesión	de glucosa y el autorregistro de conductas, solicitándole los mismos para su revisión y archivo y de tener alguna duda se le explicará y se responderá a las mismas. Se le recordará que siga llenando los autorregistros semanalmente.	Explicará los temas y objetivos para esta sesión	así como llevar los autorregistros llenados en su totalidad.	autorregistros llenos en su totalidad	para la siguiente sesión.	que se le va a realizar y que esté de acuerdo totalmente mostrando interés y participación.
Explicar a la paciente sobre lo que es el freno mental y enseñar a que aprenda a utilizarlo para poder darle al lenguaje su significado real y que la paciente pueda tomar decisiones en función de la conducta y hacia las metas propuestas Enseñar el control estimular dirigido al consumo de pan y cosas dulces	<p>Carta descriptiva Freno mental</p> <p>Se le explicará a la paciente de manera que ella entienda claramente la definición de “Freno mental” (texto 4 bis) y para que le servirá (Diapositivas 1, y 2) Se le mostrará el video del Psicólogo norteamericano Steven Hayes (video 3) Video Freno mental (Steven Hayes) hasta el minuto 12</p> <p>https://www.youtube.com/watch?v=GnSHpBRLJrQ</p> <p>una vez terminado el video se le explicará el contenido significativo del mismo, Se realizarán dos ejercicios sobre el freno mental (texto 4) para ello se le solicitará a la paciente que escuche con atención las instrucciones</p>	Es el encargado de facilitar los materiales para el entendimiento de los objetivos y brindará información, soluciones y acompañamiento a la paciente Es el encargado de aplicar los dos ejercicios sobre freno mental.	Pone atención siendo una participante activa (hace preguntas), comprometida y propositiva	Que no tenga dudas sobre los temas aquí propuestos y que responda a las preguntas del terapeuta sin vacilación.	Que observe si ha tenido algún cambio en cuanto a sus percepciones sobre su adherencia al tratamiento (toma de medicamentos, ingesta de pan y cosas dulces, citas médicas y de laboratorio, llenado de autorregistros) todo lo anterior en función de la intervención hasta hoy que es la Cuarta sesión.	Se entenderá cuando no tenga dudas sobre los temas aquí presentados y responda a las preguntas del terapeuta sin vacilación, Cuando conozca las ventajas del freno mental y del control estimular.

	<p>para hacer el ejercicio 1 y posteriormente se le solicitará que lo realice, una vez hecho el ejercicio se le preguntará ¿qué le pareció y cuáles son sus impresiones? Por consiguiente, se le aplicará el ejercicio 2.</p> <p>Control estimular Se le explicará clara y detalladamente a la paciente lo que es el control estimular, su definición, su aplicación y se le darán ejemplos (diapositiva 3 y texto 5)</p>					
Reforzar verbalmente lo aprendido	<p>Se le preguntará a la paciente si tiene dudas sobre lo expuesto y se le contestarán las mismas por parte del investigador. Se le pedirá a la paciente que con sus palabras nos defina ¿Para qué le va a servir que ella tenga freno mental y control estimular?</p>	Hará preguntas a la paciente sobre el tema y responderá dudas de este	Participante atenta, activa y participativa, hace anotaciones en su cuaderno	Cuando la participante responda asertivamente las preguntas del terapeuta y no tenga dudas	Que observe si ha tenido algún cambio en cuanto a sus percepciones a partir de esta sesión	Se entenderá cuando no tenga dudas sobre los temas aquí presentados y responda a las preguntas del terapeuta sin vacilación, Cuando conozca las ventajas del freno mental y control estimular y está decidida a que se haga un hábito. Plan B

						De ser necesario, se hará un contrato conductual para las conductas de disminuir la ingesta de pan y cosas dulces.
Cierre de sesión	Agradecer la participación de la paciente y recordarle que siga llenando los autorregistros y que no se olvide de llevarlos la siguiente sesión.	Será el encargado de dar el cierre de sesión y agradecer la participación	Escuchará atenta y con mucha actitud se comprometerá a asistir a la siguiente sesión	ninguno	Recordar a la paciente que siga llenando las hojas de autorregistro (nivel de glucosa en sangre y registro de conductas) y los lleve la siguiente sesión para revisarlo y archivarlo	ninguno

Sesión: 5

Fecha: Lunes 23 de marzo del 2020

Lugar: Consultorio particular expofeso para la intervención

Sujetos: Paciente único, Señora I.

Tema. - Entrenamiento en técnicas de Autocontrol (Toma de decisiones: autonomía y responsabilidad)

Objetivo específico: Entrenar a la paciente sobre el autocontrol para incrementar y/o mejorar sus fortalezas cognitivas y conductuales y así poder modificar sus hábitos, su autoeficacia y permita una mayor adherencia al tratamiento

Duración: 1½ hora (90 minutos)

Objetivo particular	Técnica/Procedimiento	Actividades		Técnica de evaluación	Tareas	Criterio de cambio
		Terapeuta	Usuario			
Iniciar la sesión y dar la bienvenida. Explicar los objetivos específicos para esta sesión	Saludar a la paciente, darle la bienvenida y preguntarle si le surgió alguna duda con la sesión anterior o con el llenado de la hoja de registro de glucosa y el autorregistro de conductas, solicitándole los mismos para su revisión y archivo y de tener alguna duda se le explicará y se responderá a las mismas. Se le recordará que siga llenando los autorregistros semanalmente.	Iniciar la sesión, resolver dudas, revisar y archivar autorregistros. Explicará los temas y objetivos para esta sesión	Debe cumplir con lo solicitado y preguntar dudas sobre la sesión anterior, así como llevar los autorregistros llenados en su totalidad.	Que haya resuelto sus dudas sobre el programa y que lleve los autorregistros llenos en su totalidad	Que siga llenando los autorregistros semanalmente y que los lleve para la siguiente sesión.	Que esté enterada y sin dudas sobre los objetivos de esta quinta sesión que se le va a realizar y que esté de acuerdo totalmente mostrando interés y participación.
Explicar a la paciente sobre lo que es Autonomía y responsabilidad y su aplicación,	Carta descriptiva Autonomía y responsabilidad Entrenar a la paciente sobre el autocontrol para incrementar y/o mejorar sus	Es el encargado de facilitar los materiales para el entendimiento de los objetivos y brindará	Pone atención siendo una participante activa (hace preguntas),	Que no tenga dudas sobre los temas aquí propuestos y que responda a las preguntas del	Que observe si ha tenido algún cambio en cuanto a sus percepciones sobre su	Se entenderá cuando no tenga dudas sobre los temas aquí presentados y responda a las

<p>ventajas y desventajas en función de la toma de decisiones y como afecta ésta a su adherencia al tratamiento.</p>	<p>fortalezas cognitivas y conductuales y así poder modificar sus hábitos, su autoeficacia y permita una mayor adherencia al tratamiento</p> <p>Autonomía Se le explicará a la paciente de manera que ella entienda claramente la definición de autonomía (Texto 6) Video 4- https://www.youtube.com/watch?v=aDF1SzwYESI Cómo se aplica en su persona y que beneficios le harán a su persona en función de tomar sus propias decisiones sobre la adherencia al tratamiento.</p> <p>Responsabilidad Se le explicará a la paciente de manera que ella entienda claramente la definición de responsabilidad (Texto 7) Cómo se aplica en su persona y que beneficios le harán a su persona en función de tomar sus propias decisiones sobre la adherencia al tratamiento. (Texto 7)</p>	<p>información, soluciones y acompañamiento a la paciente Es el encargado de aplicar</p>	<p>comprometida y propositiva</p>	<p>terapeuta sin vacilación.</p>	<p>adherencia al tratamiento (toma de medicamentos, ingesta de pan y cosas dulces, citas médicas y de laboratorio, llenado de autorregistros) todo lo anterior en función de la intervención hasta hoy que es la quinta sesión.</p>	<p>preguntas del terapeuta sin vacilación, Cuando conozca las ventajas de tener autonomía para beneficio de su persona en cuanto a beneficiar a la adherencia terapéutica. Y responsabilidad en cuanto a la toma de decisiones y se haga responsable de los pros y los contras, todo ello en beneficio de aumentar la adherencia terapéutica.</p>
--	---	--	-----------------------------------	----------------------------------	---	---

Reforzar verbalmente lo aprendido	<p>Se le preguntará a la paciente si tiene dudas sobre lo expuesto y se le contestarán las mismas por parte del investigador.</p> <p>Se le pedirá a la paciente que con sus palabras nos defina ¿Para qué le va a servir que ella tenga autonomía y responsabilidad?</p>	Hará preguntas a la paciente sobre el tema y responderá dudas de este	Participante atenta, activa y participativa, hace anotaciones en su cuaderno	Cuando la participante responda asertivamente las preguntas del terapeuta y no tenga dudas	Que observe si ha tenido algún cambio en cuanto a sus percepciones a partir de esta sesión	<p>Se entenderá cuando no tenga dudas sobre los temas aquí presentados y responda a las preguntas del terapeuta sin vacilación, Cuando conozca las ventajas de la autonomía y la responsabilidad en su persona, todo en función del beneficio para la adherencia terapéutica.</p> <p>Plan B</p> <p>De ser necesario, se hará un contrato de conductas para que sea autónoma y responsable en cuanto a la toma del nivel de glucosa en sangre y la toma de</p>

						medicamentos o para las citas médicas
Cierre de sesión	Agradecer la participación de la paciente y recordarle que siga llenando los autorregistros y que no se olvide de llevarlos la siguiente sesión, incluyendo esta vez los autorregistros de citas médicas.	Será el encargado de dar el cierre de sesión y agradecer la participación	Escuchará atenta y con mucha actitud se comprometerá a asistir a la siguiente sesión	ninguno	Recordar a la paciente que siga llenando las hojas de autorregistro (nivel de glucosa en sangre y registro de conductas) y los lleve la siguiente sesión para revisarlo y archivarlo. Que llene el registro de asistencia a consultas médicas, ya que tuvo cita médica el día 25 de febrero y tiene cita médica el día 26 de marzo.	ninguno

Sesión: 6

Fecha: Lunes 30 de marzo del 2020

Lugar: Consultorio particular expofeso para la intervención

Sujetos: Paciente único, Señora I.

Tema. - Entrenamiento en conducta asertiva (habilidades sociales: Técnicas de información, ensayo conductual con role playing y modelado e instrucciones).

Objetivo específico: Aumentar los conocimientos básicos elementales de la paciente sobre las habilidades sociales/Conducta asertiva y enseñar a la paciente a que aprenda a modificar modos de respuesta no adaptativos, reemplazándolos por nuevas respuestas.

Duración: 1½ hora (90 minutos)

Objetivo particular	Técnica/Procedimiento	Actividades		Técnica de evaluación	Tareas	Criterio de cambio
		Terapeuta	Usuario			
<p>Iniciar la sesión y dar la bienvenida.</p> <p>Explicar los objetivos específicos para esta sesión</p>	<p>Saludar a la paciente, darle la bienvenida y preguntarle si le surgió alguna duda con la sesión anterior o con el llenado de la hoja de registro de glucosa y el autorregistro de conductas, solicitándole los mismos para su revisión y archivo y de tener alguna duda se le explicará y se responderá a las mismas. Se le recordará que siga llenando los autorregistros semanalmente.</p>	<p>Iniciar la sesión, resolver dudas, revisar y archivar autorregistros. Explicará los temas y objetivos para esta sesión</p>	<p>Debe cumplir con lo solicitado y preguntar dudas sobre la sesión anterior, así como llevar los autorregistros llenados en su totalidad.</p>	<p>Que haya resuelto sus dudas sobre el programa y que lleve los autorregistros llenos en su totalidad</p>	<p>Que siga llenando los autorregistros semanalmente y que los lleve para la siguiente sesión.</p>	<p>Que esté enterada y sin dudas sobre los objetivos de esta sexta sesión que se le va a realizar y que esté de acuerdo totalmente mostrando interés y participación.</p>

<p>Aumentar los conocimientos básicos elementales de la paciente sobre las habilidades sociales/Conducta asertiva.</p>	<p>Carta descriptiva Entrenamiento en habilidades sociales (Conducta asertiva) Se brinda información sobre las habilidades sociales, ¿Qué son? y ¿para qué sirven? se presentan diapositivas para la información y reforzar los conocimientos (diapositiva 1, 2), se le explicará detalladamente las ventajas y desventajas del (entrenamiento en habilidades sociales) EHS (Texto 8), se le harán preguntas a la paciente para saber sus conocimientos y llenar sus vacíos sobre el tema.</p>	<p>Brinda información sobre la técnica de habilidades sociales, presenta la información utilizando las técnicas informativas y refuerza los conocimientos contestando las dudas del paciente.</p>	<p>Es una participante activa y propositiva, en la cual pregunta dudas y propone acciones.</p>	<p>Una vez que conozca para ¿qué? y ¿qué son? las habilidades sociales y responda correctamente las preguntas hechas por el instructor y pueda hacer consciencia sobre de ello, en el sentido de que pueda utilizarlas para el beneficio de su salud en cuanto a la adherencia al tratamiento</p>	<p>Qué lea en casa las consideraciones hechas por el instructor sobre las habilidades sociales.</p>	<p>Se entenderá cuando no tenga dudas sobre los temas aquí presentados y responda a las preguntas del terapeuta sin vacilación. Cuando conozca las ventajas y desventajas de tener habilidades sociales en su persona, todo en función del beneficio para la adherencia terapéutica.</p>
<p>Enseñar a la paciente a que aprenda a modificar modos de respuesta no adaptativos, reemplazándol</p>	<p>Role playing. o mejor llamado “Juego de Roles” Modelado e instrucciones Brindar a la paciente una breve explicación sobre lo que es esta técnica y para qué sirve (Texto 9 y 10) (Diapositivas 1, 2, 3 y 4)</p>	<p>Brinda información necesaria sobre las ventajas y desventajas del juego de roles y el modelado. Actúa como modelo para</p>	<p>Es una participante activa y propositiva, en la cual pregunta dudas y propone acciones.</p>	<p>Se considerará meta alcanzada cuando aprenda a tener una conducta asertiva en cuanto a decidir de manera tal que</p>	<p>Que empiece a comunicarse con su esposo e hija de manera gradual hasta que ella se sienta segura y pueda comunicarse de</p>	<p>Se entenderá cuando no tenga dudas sobre los temas aquí presentados y responda a las preguntas del terapeuta sin</p>

<p>os por nuevas respuestas.</p>	<p>Se le pedirá a la paciente que asuma el papel de su esposo y el instructor el papel de la paciente para que ella pueda comprender y reconocer sus propias habilidades y deficiencias. El terapeuta imitará las conductas del esposo en cuanto a decirle a ella que no tiene diabetes y que ya haga su vida normal y que no tiene necesidad de ir al médico.</p> <p>También le insistirá en cuanto a que coma el pan que le trajo y acepte invitaciones a ir a comer pozole.</p> <p>Con la técnica del modelado el instructor le dirá a la paciente que vea como debe de responder asertivamente a su esposo para que ella lo realice en el siguiente ejercicio, por lo que el terapeuta tomara el lugar de la paciente y le pedirá a ella que actúe como el esposo, en ese momento el terapeuta le</p>	<p>conseguir un aprendizaje vicario de parte de la paciente y que ella pueda reemplazar sus respuestas por las aprendidas.</p>		<p>se de a entender en lo que ella desea y hacer saber los objetivos que ella quiere, sin el miedo que le daba hablar con su esposo y su hija, que respeten sus derechos y su voluntad.</p>	<p>manera asertiva. que anote en su libreta los cambios que ha podido hacer y los que aún no, par comentarlos en la siguiente sesión</p>	<p>vacilación, cuando tenga total confianza en si misma y pueda hablar asertivamente con su esposo e hija sin provocar discusiones.</p>
----------------------------------	---	--	--	---	--	---

	<p>hablará de manera asertiva y le dirá lo que ella desea obtener desde sus objetivos y desde sus derechos. En el mismo sentido, el terapeuta le irá diciendo las instrucciones pertinentes para que ella haga lo correcto (mírale a los ojos mientras hablas con él, aumenta el contacto ocular, habla firme con un tono y volumen de voz media sin gritar)</p> <p>Al finalizar el ejercicio tendrán un espacio para los comentarios y la discusión, así como para disipar dudas.</p>					
Reforzar verbalmente lo aprendido	<p>Se le preguntará a la paciente si tiene dudas sobre lo expuesto y se le contestarán las mismas por parte del investigador. Se le pedirá a la paciente que con sus palabras nos defina ¿Para qué le va a servir que ella tenga habilidades sociales?</p>	<p>Hará preguntas a la paciente sobre el tema y responderá dudas de este, reforzará verbalmente y no verbalmente las conductas asertivas que</p>	<p>Participante atenta, activa y participativa, hace anotaciones en su cuaderno</p>	<p>Cuando la participante responda asertivamente las preguntas del terapeuta y no tenga dudas</p>	<p>Que observe si ha tenido algún cambio en cuanto a sus percepciones a partir de esta sesión</p>	<p>Se entenderá cuando la paciente ya no tenga dudas sobre el tema</p>

		haya aprendido la paciente				
Cierre de sesión	Agradecer la participación de la paciente y recordarle que siga llenando los autorregistros y que no se olvide de llevarlos la siguiente sesión.	Será el encargado de dar el cierre de sesión y agradecer la participación	Escuchará atenta y con mucha actitud se comprometerá a asistir a la siguiente sesión	ninguno	Recordar a la paciente que siga llenando las hojas de autorregistro (nivel de glucosa en sangre y registro de conductas) y los lleve la siguiente sesión para revisarlo y archivarlo	ninguno

Sesión: 7

Fecha: Lunes 6 de abril del 2020

Lugar: Consultorio particular exprefeso para la intervención

Sujetos: Paciente único, Señora I.

Tema. - Entrenamiento en conducta asertiva (Habilidades sociales: derechos humanos básicos, conducta asertiva y aprender a saber decir “No”)

Objetivo específico: Aumentar los conocimientos básicos elementales de la paciente sobre las habilidades sociales/Conducta asertiva y enseñar a la paciente a que aprenda a modificar modos de respuesta no adaptativos, reemplazándolos por nuevas respuestas.

Duración: 1½ hora (90 minutos)

Objetivo particular	Técnica/Procedimiento	Actividades		Técnica de evaluación	Tareas	Criterio de cambio
		Terapeuta	Usuario			
Iniciar la sesión y dar la bienvenida. Explicar los objetivos específicos para esta sesión	Saludar a la paciente, darle la bienvenida y preguntarle si le surgió alguna duda con la sesión anterior o con el llenado de la hoja de registro de glucosa y el autorregistro de conductas, solicitándole los mismos para su revisión y archivo y de tener alguna duda se le explicará y se responderá a las mismas. Se le recordará que siga llenando los autorregistros semanalmente.	Iniciar la sesión, resolver dudas, revisar y archivar autorregistros. Explicará los temas y objetivos para esta sesión	Debe cumplir con lo solicitado y preguntar dudas sobre la sesión anterior, así como llevar los autorregistros llenados en su totalidad.	Que haya resuelto sus dudas sobre el programa y que lleve los autorregistros llenos en su totalidad	Que siga llenando los autorregistros semanalmente y que los lleve para la siguiente sesión.	Que esté enterada y sin dudas sobre los objetivos de esta séptima sesión que se le va a realizar y que esté de acuerdo totalmente mostrando interés y participación.

<p>Aumentar los conocimientos básicos elementales de la paciente sobre los derechos humanos</p>	<p><i>Carta descriptiva</i> <i>Técnicas de información</i> <i>(derechos humanos básicos)</i> Se brinda información sobre los derechos humanos ¿Qué son? y ¿para qué sirven? (Texto 11) se presentan diapositivas para la información y reforzar los conocimientos (diapositiva 1), se le explicará detalladamente las ventajas de conocer sus derechos humanos, se le harán preguntas a la paciente para saber sus conocimientos y llenar sus vacíos sobre el tema. En un ejercicio que hará el instructor, le solicitará a la paciente que elija uno de los derechos humanos que se le presentan en la diapositiva y que actúe como si tuviese ese derecho y que actúe por segunda vez como si no tuviera ese derecho, al final le preguntará el terapeuta, ¿Qué sintió cuando tenía el derecho y cuando no lo tenía? Y que aprendió del ejercicio.</p>	<p>Brinda información con diapositivas y de manera verbal sobre los derechos humanos básicos, presenta la información utilizando las técnicas informativas y refuerza los conocimientos contestando las dudas del paciente.</p>	<p>Es una participante activa y propositiva, en la cual pregunta dudas y propone acciones.</p>	<p>Una vez que conozca para ¿qué? y ¿qué son? los derechos humanos y responda correctamente las preguntas hechas por el instructor y pueda hacer consciencia sobre de ello, en el sentido de que pueda utilizarlos para presentar una conducta asertiva en función de sus relaciones sociales y familiares para en consecuencia, beneficie su salud en cuanto a la adherencia al tratamiento</p>	<p>Qué lea en casa las consideraciones hechas por el instructor sobre las habilidades sociales y que lea sobre la lista de los derechos humanos.</p>	<p>Se entenderá cuando no tenga dudas sobre los temas aquí presentados y responda a las preguntas del terapeuta sin vacilación. Cuando conozca las ventajas y desventajas de conocer sus derechos humanos, todo en función del beneficio para la adherencia terapéutica.</p>
---	---	---	--	--	--	--

<p>Enseñar a la paciente a que aprenda a modificar modos de respuesta no asertivos, reemplazándolo s por nuevas respuestas asertivas y que aprenda a saber decir “No”.</p>	<p>Conducta asertiva, No asertiva y agresiva. Role playing y modelado Brindar a la paciente una breve explicación sobre lo que es esta técnica y como funciona (diapositiva 2) se le explicará por parte del instructor con ayuda de las técnicas de información (Texto 12) y por representación de escenas lo que es tener conducta asertiva y no asertiva, la diferencia entre, Conducta asertiva, no asertiva y Conducta agresiva, y se le entrenará a la paciente la manera de cómo ser asertivos. Se representarán escenas cotidianas entre el terapeuta y la paciente para ver la manera de contestar asertivamente y así tener una clara idea de estas conductas. al finalizar este ejercicio se le preguntará a I. que aprendió y que dudas tiene, por lo que el instructor estará atento a responderle y a sus respuestas. Aprender a decir “No” Role playing,</p>	<p>Brinda información necesaria sobre las ventajas y desventajas de la conducta asertiva con la técnica del juego de roles y el modelado. Actúa como modelo para conseguir un aprendizaje vicario de parte de la paciente y que ella pueda reemplazar sus respuestas por las aprendidas.</p>	<p>Es una participante activa y propositiva, en la cual pregunta dudas y propone acciones.</p>	<p>Se considerará meta alcanzada cuando aprenda a tener una conducta asertiva y aprenda a saber decir “No” en cuanto a decidir de manera tal que se dé a entender en lo que ella desea y hacer saber los objetivos que ella quiere, sin el miedo que le daba hablar con su esposo y su hija, que respeten sus derechos y su voluntad.</p>	<p>Que empiece a comunicarse con su esposo e hija de manera gradual hasta que ella se sienta segura y pueda comunicarse de manera asertiva aprendiendo a saber decir “No” que anote en su libreta los cambios que ha podido hacer y los que aún no, para comentarlos en la siguiente sesión</p>	<p>Se entenderá cuando no tenga dudas sobre los temas aquí presentados y responda a las preguntas del terapeuta sin vacilación, cuando tenga total confianza en sí misma, pueda hablar asertivamente y sepa decir “No” a su esposo e hija sin provocar discusiones.</p>
--	---	--	--	---	---	---

	<p>Modelado e instrucciones Brindar información necesaria sobre las ventajas de saber decir “No” (Texto 13 y diapositiva 3) apoyado con el refuerzo del video: Video 1 Saber decir “No”</p> <p>https://www.youtube.com/watch?v=57vsC8WnQpM</p> <p>Ejercicio: Una vez que se le enseñó lo que es saber decir no, se le pedirá a la paciente que asuma el papel de su esposo y el instructor el papel de la paciente para que ella pueda comprender y reconocer sus propias habilidades y deficiencias en base a esta técnica.</p> <p>El terapeuta imitará las conductas de ella, por lo que el terapeuta tomara el lugar de la paciente y le pedirá a ella que actué como el esposo, en cuanto a decirle a ella que no tiene diabetes y que ya haga su vida normal y que no tiene necesidad de ir al médico.</p> <p>También le insistirá en cuanto a que coma el pan que le trajo y acepte invitaciones</p>					
--	---	--	--	--	--	--

	<p>a ir a comer pozole. En ese momento, el terapeuta con la técnica del modelado dirá en su papel de la paciente la manera de cómo debe decirle “No” a las peticiones de su esposo de manera asertiva, tanto con lenguaje verbal, como con lenguaje No verbal le dirá cómo ella debe comportarse para con él, para que obtenga sus objetivos desde sus derechos.</p> <p>Posteriormente intercambiarán papeles y a petición del instructor la paciente deberá hacer con la misma técnica del modelado lo que se le enseñó, siendo el papel del instructor de modelo y con las instrucciones pertinentes.</p> <p>Al finalizar el ejercicio tendrán un espacio para los comentarios y la discusión, así como para disipar dudas.</p>					
--	---	--	--	--	--	--

Reforzar verbalmente lo aprendido	Se le preguntará a la paciente si tiene dudas sobre lo expuesto y se le contestarán las mismas por parte del investigador. Se le pedirá a la paciente que con sus palabras nos defina ¿Para qué le va a servir que ella sea asertiva y sepa decir “No”?	Hará preguntas a la paciente sobre el tema y responderá dudas de este	Participante atenta, activa y participativa, hace anotaciones en su cuaderno	Cuando la participante responda asertivamente las preguntas del terapeuta y no tenga dudas	Que observe si ha tenido algún cambio en cuanto a sus percepciones a partir de esta sesión	Se entenderá cuando la paciente ya no tenga dudas sobre el tema
Cierre de sesión	Agradecer la participación de la paciente y recordarle que siga llenando los autorregistros y que no se olvide de llevarlos la siguiente sesión.	Será el encargado de dar el cierre de sesión y agradecer la participación	Escuchará atenta y con mucha actitud se comprometerá a asistir a la siguiente sesión	ninguno	Recordar a la paciente que siga llenando las hojas de autorregistro (nivel de glucosa en sangre y registro de conductas) y los lleve la siguiente sesión para revisarlo y archivarlo Y que empiece a practicar el asertividad, así como decir “No” a sus esposo e hija y que anote sus avances, sus dudas y sus percepciones y los traiga anotados para la siguiente y última sesión.	ninguno

Sesión: 8

Fecha: Lunes 13 de abril del 2020

Lugar: Consultorio particular expofeso para la intervención

Sujetos: Paciente único, Señorita I.

Tema. - Sesión de evaluación final.

Objetivo específico: retroalimentar el taller sobre los temas tratados en el programa de intervención y aplicar la evaluación postratamiento (VAEAT). Cerrar el proceso terapéutico.

Duración: 1½ hora (90 minutos)

Objetivo particular	Técnica/Procedimiento	Actividades		Técnica de evaluación	Tareas	Criterio de cambio
		Terapeuta	Usuario			
Iniciar la sesión y dar la bienvenida. Explicar los objetivos específicos para esta octava y última sesión	Saludar a la paciente, darle la bienvenida y preguntarle si le surgió alguna duda con la sesión anterior o con el llenado de la hoja de registro de glucosa y el autorregistro de conductas, solicitándole los mismos para su revisión y archivo	Iniciar la sesión, resolver dudas, revisar y archivar autorregistros. Explicará los temas y objetivos para esta sesión	Debe cumplir con lo solicitado y preguntar dudas sobre la sesión anterior, así como llevar los autorregistros llenados en su totalidad.	Que haya resuelto sus dudas sobre el programa y que lleve los autorregistros llenos en su totalidad	ninguna	Que esté enterada y sin dudas sobre los objetivos de esta octava sesión que se le va a realizar y que esté de acuerdo totalmente mostrando interés y participación.
Retroalimentar a la paciente sobre los temas tratados en el programa	Carta descriptiva Técnicas de información y verbales. el instructor procederá a ofrecer retroalimentación del taller a la paciente sobre los temas vistos durante el programa utilizando diapositivas y PC. Los temas para tratar serán:	Brindará retroalimentación sobre los tópicos tratados en el taller utilizando las técnicas de información y resolverá dudas de la paciente	Es una participante activa y propositiva, en la cual pregunta dudas y propone acciones.	Una vez que conozca los tópicos tratados durante la sesión de cierre y no le queden dudas para su aplicación y que haya comprendido los	Qué aplique en casa y a partir de este momento lo aprendido para mejorar su adherencia terapéutica.	Se entenderá cuando no tenga dudas sobre los temas aquí presentados y responda a las preguntas del terapeuta sin vacilación.

	Psicoeducación, entrenamiento en técnicas de Autocontrol, Entrenamiento en habilidades sociales.			objetivos de la intervención.		Quando aplique los conocimientos adquiridos. Todo lo anterior con el objetivo de mejorar la adherencia terapéutica.
Aplicar la Evaluación postratamiento. Examinar las diferencias en los resultados que ha tenido la paciente en función de las respuestas obtenidas en la primera aplicación de la escala VAEAT con respecto a las respuestas obtenidas en esta segunda aplicación de la escala VAEAT.	El terapeuta aplicará por segunda vez la Versión Actualizada de la Escala de Adherencia Terapéutica (VAEAT)/ el instructor procederá a proporcionarle las hojas de la escala y le solicitará que responda de acuerdo con lo solicitado y que si tuviese alguna duda él la despejará.	Brindará las hojas de la escala y un lápiz para su elaboración, así como dará las instrucciones pertinentes para su correcto llenado. Responderá las dudas que surjan durante la aplicación.	Se muestra segura y con actitud positiva para responder el instrumento proporcionado por el terapeuta, pregunta dudas y es asertiva.	Quando haya entendido las indicaciones del instructor sobre el llenado de la escala y no tenga dudas.	ninguna	Se entenderá cuando haya respondido la escala y no haya tenido dudas.

Cierre de sesión	Agradecer la participación de la paciente y recordarle que se siga adhiriendo al tratamiento y que cualquier duda puede consultar al terapeuta, además se le indicará que siga con el llenado de los autorregistros para darle seguimiento a su caso durante los siguientes seis meses.	Será el encargado de dar el cierre de sesión y agradecer la participación y de solicitarle a la paciente continúe con el llenado de los autorregistros	Escuchará atenta y con mucha actitud se comprometerá a seguir llenando los autorregistros durante los siguientes seis meses y le hará saber al terapeuta cualquier cambio de su estado.	Cuando la paciente haya mejorado su adhesión al tratamiento en función de los resultados arrojados por el seguimiento de seis meses.	Que siga llenando los autorregistros durante los siguientes seis meses a partir de haber terminado la intervención.	Cuando la paciente haya mejorado su adhesión al tratamiento en función de los resultados arrojados por el seguimiento de seis meses.
------------------	---	--	---	--	---	--