



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 20 No. 3

Septiembre de 2017

EL ANÁLISIS CONTINGENCIAL Y SU UTILIZACIÓN PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON DIABETES TIPO II: UN ESTUDIO DE CASO

Cristian Javier Ocampo Solís¹, María de Lourdes Rodríguez Campuzano² y Norma Yolanda Rodríguez Soriano³

Facultad De Estudios Superiores Iztacala
Universidad Nacional Autónoma De México

RESUMEN

La diabetes mellitus se encuentra entre las principales causas de muerte en el país y al ser una enfermedad crónico-degenerativa no existe una cura, por lo que sus cuidados, en específico la dieta, resultan de mayor importancia que en el caso de las enfermedades agudas. En este trabajo se presenta un estudio de caso utilizando la metodología del análisis contingencial con el objetivo de incrementar la adherencia a la dieta en un paciente con diabetes tipo II. Se seleccionó un paciente que participaba en un taller para adherencia a la dieta y que tenía interés en las asesorías individuales. Después de las entrevistas y el análisis del sistema microcontingencial, la génesis y la solución del problema; se diseñó una intervención personalizada que consistió en: 1) educación de la diabetes, sus causas, cuidados y consecuencias, 2) entrenamiento en autoregistro y autocontrol y 3) entrenamiento en habilidades sociales. Al término de la intervención se observó un incremento en la adherencia a la dieta y un decremento en medidas antropométricas como el peso, el IMC y la glucosa reportada por la prueba de hemoglobina glicosilada. Las implicaciones de estos resultados y de este trabajo se discuten en las conclusiones.

Palabras Clave: Diabetes, análisis Contingencial, modelo psicológico de la salud biológica, estudio de caso, adherencia a la dieta

¹ Facultad de Psicología de la FES Iztacala UNAM Correo Electrónico: crischamp91@gmail.com

² Facultad de Psicología de la FES Iztacala UNAM Correo Electrónico: carmayu5@yahoo.com

³ Facultad de Psicología de la FES Iztacala UNAM Correo Electrónico: normayolanda@gmail.com

CONTINGENTIAL ANALYSIS AND ITS USE FOR TYPE II DIABETIC PERSONS: A CASE STUDY

ABSTRACT

One of the main causes of death in this country is diabetes, a chronic and degenerative syndrome that has no cure. Thus, diet and patient care is more important even than in other illnesses. A case study is presented on this paper. Contingential analysis was the methodology used to analyze and treat this case where the central purpose was to increase diet's adherence on a type II diabetic patient. This patient was taking a group intervention for diabetic patients and was referred for individual attention. Interviews were made such as microcontingential analysis, macrocontingential identification, genesis and solution analysis. An individual intervention program was planned and it consisted on 1) Diabetes counseling, that included explanation of the disease, causes, consequences and intervention measures; 2) Self-control training and 3) Social skills training. As a result of intervention adherence to diet was increased, and anthropometric signs such as body weight, CMI, and blood sugar levels decreased according to glycosylated hemoglobin test. Implications of these results are discussed.

Key words: Diabetes, Contingential analysis, Psychological model of biological health, case study, diets 'adherence.

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

De acuerdo con la OMS (2013), en el mundo hay 341 millones de personas con diabetes y se calcula que en el 2004 fallecieron 3,4 millones de personas debido a este trastorno metabólico, de las cuales el 80% se originaron en países de medio y bajo ingreso.

En el caso de México la incidencia de diabetes se ha incrementado dramáticamente, de hecho se estima que existen alrededor de 6.4 millones de mexicanos con diabetes y se encuentra entre las principales causas de muerte en el país. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012) los estados con mayor prevalencia son: Distrito Federal, Nuevo León, Veracruz, Tamaulipas, Durango y San Luis Potosí. Por último cada 100 personas con diabetes el 24.2%

presentan complicaciones renales, 17.3% presentan complicaciones circulatorias periféricas y 7% múltiples (INEGI, 2013).

Más del 11% de la población mexicana padece esta enfermedad, y se calcula que se diagnostican 38 casos nuevos cada hora 38, mientras que al año se registran 40,000 defunciones causadas por la diabetes. Todo esto coloca a la diabetes como la 11° causa de hospitalización en el país y la segunda en cuanto a muerte hospitalaria se refiere (Reynoso, González y Salgado, 2007).

Debido a esto resulta importante y necesario buscar los medios y los recursos para prevenir que estos índices sigan en aumento.

Desde la psicología se han diseñado programas y tratamientos para poder intervenir y apoyar en el manejo de la diabetes desde diferentes modelos. De los más utilizados se encuentran: Teoría social cognitiva (Canales y Barra, 2014), teoría de la acción razonada (Didarloo, Shojaeizadeh, Gharaaghaji-Asl, Niknami y Khorami 2014), modelo de creencias en salud (Greco y Gil, 2007), modelo transteórico (Rodríguez y García, 2014), modelo de información-motivación y habilidades conductuales (Egede y Osborn, 2010).

Estos modelos presentan algunas limitaciones al momento de emplearlos en el ámbito de la salud (Piña, Ybarra, Alcalá y Samaniego, 2010), pero la revisión de los mismos va más allá del objetivo del presente artículo, por lo que a continuación se explicará a grandes rasgos el Modelo Psicológico de la Salud Biológica (Ribes, 1990). Dicho modelo es una propuesta interconductual para el trabajo del psicólogo en el campo de la salud.

Modelo Psicológico de la salud biológica

Como se comentó los modelos más empleados, por sus características y estructura, no permiten el estudio de problemas de salud desde una perspectiva naturalista, es decir, en donde no se apele a variables "internas" y que considere al comportamiento como una unidad formada por la relación organismo/medio. Con base en una aproximación interconductual, Ribes (1990), diseñó un modelo que permite entender el papel de la conducta de los individuos en el proceso de

salud-enfermedad. El modelo propuesto se divide en dos momentos: 1) el proceso psicológico de la salud y 2) los resultados del proceso psicológico de la salud.

En la primera parte del modelo se analizan los factores psicológicos que participan en el proceso de salud. El objetivo del modelo es adaptar el análisis de dicho proceso y resaltar su influencia en la afectación de estados biológicos del organismo que llevan a una mayor o menor probabilidad de presentar una enfermedad o una patología asociada a ésta. Para analizar el proceso se consideran tres factores: la historia interactiva del individuo, las competencias funcionales presentes y la modulación de estados biológicos (Ribes, 1990).

En la segunda parte referente a los resultados del proceso, se consideran para su análisis cuatro elementos: la vulnerabilidad biológica que se entiende como la interacción de condiciones orgánicas que aumentan el riesgo de que un individuo desarrolle una enfermedad crónica o aguda; las conductas instrumentales de prevención o de riesgo que son acciones que directa o indirectamente aumentan o disminuyen la probabilidad de contraer una enfermedad, por último la patología biológica y sus comportamientos asociados.

En relación con el objetivo del presente artículo, que es presentar un estudio de caso a través de la metodología de análisis contingencial, este modelo permite tener una visión integral de los comportamientos de riesgo que tienen como resultado la diabetes tipo II, considerando elementos estudiados por otras aproximaciones pero de una forma naturalista e integral, además de incluir factores marginados en la investigación.

Análisis Contingencial

El modelo psicológico de la salud propuesto por Ribes (1990), representa el conjunto de elementos que el psicólogo debe de considerar para identificar la dimensión psicológica de la salud, pero para poder ejercer sus funciones se necesita de una metodología que structure su trabajo. Para todo esto se emplea la metodología del Análisis Contingencial.

Esta metodología fue desarrollada por Ribes, Díaz-González, Rodríguez y Landa (1986), con el objetivo de estudiar la conducta en el campo aplicado ya sea para su modificación o para su investigación.

Teniendo en cuenta lo anterior el Análisis Contingencial tiene cinco grandes categorías: 1) Sistema microcontingencial, 2) Sistema macrocontingencial, 3) Génesis del problema, 4) Análisis de Soluciones y 5) Selección y diseño de las estrategias de intervención.

A continuación se explicará cada una de las etapas del Análisis Contingencial conforme se fue trabajando en un caso de un paciente con diabetes tipo II.

Presentación del caso

La información que aquí se presenta se obtuvo a partir de diversas entrevistas realizadas el 31 de Julio al de 4 de Septiembre de 2015.

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

Comentó que lleva diez años que lo diagnosticaron con diabetes y que está medicado con Metformina, Pioglitazona y Glibenclamida. No tiene ningún familiar directo con diabetes, por lo que está convencido de que es el único responsable de su condición y que la fue formando por sus hábitos.

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

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

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

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

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

Su actividad física era poca, principalmente era por las mañanas pues sacaba a sus perros a pasear y de lunes a jueves, después de pasear a sus perros, regresaba a bañarse y desayunar para ir a correr a un deportivo cercano a su casa. Su rutina en el deportivo constaba de 15 minutos trotando, 15 caminando y 10 en las máquinas del parque estirando brazos y piernas. Al terminar su rutina regresaba a su casa y si había cosas que reparar o arreglar en la casa las hacía, si no, se dedicaba a actividades de escritorio como leer libros y artículos en internet o ver películas hasta que llegara su esposa del trabajo.

Los fines de semana él se levantaba a las 8 y sacaba a pasear a sus perros, regresaba a su casa y volvía a la cama para leer el periódico y estar con su

esposa. Desayunaba hasta que ella se levantara, lo cual ocurría entre las 10:00am y las 12:00am y acostumbraban salir a pasear al parque o al centro de la ciudad. En ocasiones por estas salidas no comía o comía en la calle alimentos poco saludables.

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

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

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

MÉTODO

Sistema microcontingencial

El sistema microcontingencial se refiere al conjunto de relaciones que una persona establece con objetos, personas, circunstancias o eventos del ambiente (Rodríguez 2014). En relación con esto, lo que se analiza en el sistema

microcontingencial son los elementos implicados en un comportamiento, delimitado por una circunstancia social.

Para su estudio el Sistema microcontingencial se compone de: 1) Morfologías de conducta, 2) Situaciones 3) Conducta de otras Personas y 4) Efectos. En la tabla 1 se puede observar el análisis del sistema contingencial para el caso presentado en este trabajo.

Morfologías	Situaciones	Personas	Efectos
<i>Del usuario</i>	<i>Circunstancia Social</i>		
Comía en porciones poco saludables	Salud		
Buscaba en internet efectos secundarios de lo que le recetaban los médicos	<i>Conducta socialmente esperada</i> Medir sus niveles de glucosa, comer siguiendo la dieta indicada, seguir las instrucciones de sus médicos sin confrontarlos	Comportamiento mediador	Sobre sí mismo Sus hábitos lo llevaron a tener diabetes
Discutía con sus médicos y los confrontaba.	<i>Capacidad para el ejercicio de dichas conductas</i> Sabe utilizar glucómetro, tiene información errónea sobre su enfermedad y sobre nutrición.	Usuario Comportamiento mediado Usuario Regulador de propensiones	Se sentía avergonzado y decepcionado Diabetes Sobre otros
<i>De otros</i>	<i>Inclinaciones.</i> Le gusta beber whiskey, seguir remedios naturistas y leer sobre la diabetes en internet	Hijo Regulador de tendencias	Sus familiares solo lo felicitaban por bajar de peso, pero en general lo dejaban cuidarse solo
Su Nana le cocinaba lo que él le pedía	<i>Propensiones.</i> Enojado comía menos <i>Tendencias.</i> A ingerir bebidas alcohólicas	Esposa y Nana	

Tabla 1. Análisis Microcontingencial del Caso

Sistema macrocontingencial

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

Génesis del problema

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

Para el estudio de la génesis del problema se evalúan tres aspectos: a) historia de la microcontingencia valorada como problemática, b) estrategias de interacción y c) evaluación de competencias (Rodríguez, 2014). A continuación se describirán los aspectos de la génesis del problema que resultaron relevantes para el caso presentado.

I. Historia de la Microcontingencia

Esta parte de la génesis del problema consiste en analizar los elementos históricos que han construido las interacciones en el sistema microcontingencial estudiado.

a) Situación en la que inició la microcontingencia actual

Tenía un trabajo sedentario y comía en grandes porciones, esto le afectó una vez que se pensionó.

b) Historia Mediadora de la conducta

Él es su propio mediador con respecto a su conducta de comer y a otros comportamientos.

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

Su nana y su hijo han regulado la tendencia a comer mucho y a beber alcohol

II. Evaluación de Competencias

Tiene habilidad para comprender textos y seguía instrucciones en su empleo.

a) Ejercicio no problemático de la conducta problema

Tiene habilidad para mediar algunos de sus comportamientos

b) Funcionalidad de las conductas en dichos contextos

Sus habilidades de auto-mediación le permiten ser disciplinado en otras situaciones

c) Disponibilidad de respuestas no problemáticas potencialmente funcionales en la microcontingencia presente

d) Entiende textos, puede seguir instrucciones en algunas situaciones, sabe utilizar la tecnología actual.

Análisis de Soluciones

Tomando como base lo descrito hasta este momento, el siguiente paso fue determinar de forma funcional las posibilidades de solución.

Como se puede observar en la tabla 2, se optó por un mantenimiento macrocontingencial y un cambio microcontingencial, debido a que el comportamiento valorado como problemático está relacionado con falta de habilidades básicamente.

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

Tabla 2. Análisis de soluciones del caso

Selección y diseño de las estrategias de intervención

Tomando en cuenta la descripción del caso, el análisis en los tres niveles (Microcontingencial, macrocontingencial y génesis del problema) y el análisis de soluciones, se diseñó un programa personalizado con el objetivo de cambiar sus prácticas alimentarias de modo que el paciente siguiera la dieta prescrita por su nutriólogo.

Para alcanzar dicho objetivo se plantearon tres objetivos específicos: 1) que el paciente refuerce la información que se vio en el taller acerca de la diabetes, sus consecuencias y cómo prevenirlas y que siga las indicaciones médicas, 2) que el paciente coma en los horarios y porciones establecidos por su nutriólogo y por

último, 3) que el paciente hable con familiares y amigos de su condición como diabético para pedir ayuda o apoyo.

En el caso del primer objetivo específico se le pidió al paciente que explicara con sus propias palabras que era para él la diabetes, que síntomas tiene, sus causas, así como sus cuidados, en que consiste una dieta y más específicamente cómo estaba constituida su dieta de acuerdo a su nutriólogo. Se tomó nota de la información que tenía y de aquellos temas que requerían más información o aclaración. A partir de esto, con ayuda de presentaciones en *Power Point*, páginas en internet y libros, se diseñaron sesiones donde se abordaron todos los temas que el paciente tenía poco claros o donde tenía información equivocada. Los temas más abordados fueron las causas de la diabetes, sus consecuencias, así como sus cuidados, en específico el auto-monitoreo con glucómetro, las porciones, los horarios y los grupos de alimentos en donde también se explicó el impacto del alcohol en su hígado. Al final de cada sesión se le pedían ejemplos o se le hacían preguntas con el objetivo de comprobar que la información había sido comprendida. Cabe señalar que se le enseñó cómo distinguir información verídica y falsa a través de internet y también se debatieron sus relaciones con el personal médico.

Para cumplir con el segundo objetivo específico, en un primer momento se diseñó un registro que le permitiera al paciente adherirse a la dieta que le recomendó su nutriólogo. Para esto se tomó en cuenta el registro que se le facilitó en el taller al que asistía con su esposa y se adaptó a la dieta que le diseñó su nutriólogo, con el objetivo de que además de registrar lo que comía viera los horarios, porciones y alimentos que su nutriólogo le recomendó. Por último se programaron, como medida de autocontrol, alarmas para comer en los horarios indicados y para tomar sus medicamentos.

En cuanto al último objetivo específico se le entrenó en habilidades sociales para poder comentarle a sus familiares y amigos sobre su condición como diabético, todo esto debido a que, como no quería que se enteraran de su enfermedad, aceptaba lo que todos le ofrecían en fiestas o reuniones. Para esto, antes de entrenarlo en habilidades sociales se debatieron con él sus ideas sobre la diabetes

especialmente la de que tener esta enfermedad equivale a un fracaso. Al final del debate el paciente llegó a la conclusión de que sería un fracaso solamente si no se cuidaba. Posterior a los debates se entrenó la habilidad para comentar a sus familiares y amigos de su condición, de tal manera que no expresaran lástima o pena por él.

Evaluación

Para la evaluación de los cambios de comportamiento del paciente a lo largo de la intervención se emplearon los registros de alimentos, registros de niveles de glucosa y registro de medidas antropométricas. Cabe mencionar que el registro se modificó a partir de que el paciente diseñara un formato propio, como parte del trabajo en las sesiones.

La dieta a la que debía apegarse fue diseñada por su nutriólogo y se estructuraba de la siguiente manera: 5 porciones de verduras (1 en el desayuno, 2 en la comida, 1 en la segunda colación y 1 en la cena), 1 porción de frutas en la primera colación, 7 porciones de cereales (2 en el desayuno, 3 en la comida y 2 en la cena), 6 porciones de proteínas (2 en el desayuno, 2 en la comida y 2 en la cena), 1 porción de leche (1/2 en el desayuno y 1/2 en la cena), 1 porción de leguminosas en la comida y 5 porciones de grasas (1 porción en cada comida y colación). Debido a que la dieta fue diseñada por su nutriólogo en ningún momento se modificó.

Asimismo se utilizó la Guía de Evaluación de Cambios (GEC) propuesta en el Análisis Contingencial (Rodríguez, 2014), con el objetivo de registrar los cambios presentados a lo largo de toda la intervención.

RESULTADOS

En la figura 1 se muestra el cambio en la ingesta de alimentos que presentó el paciente a lo largo de toda la intervención. Las medidas de pre-intervención son el promedio de la semana antes de comenzar la intervención, las medidas de intervención se tomaron al término de las sesiones información y las medidas de post-intervención se tomaron al finalizar toda la intervención.

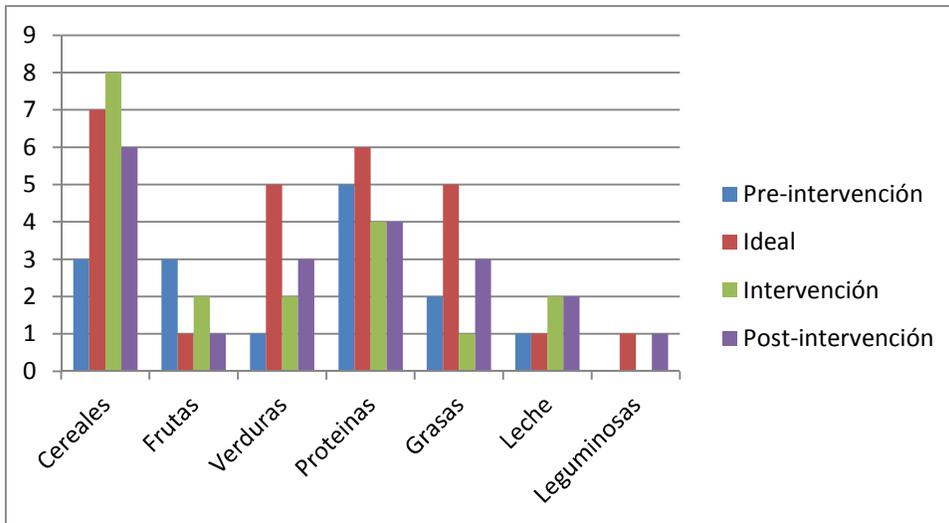


Figura 1. Promedio de Ingesta de alimentos en los diferentes momentos de la intervención

Como se puede observar en la figura 1, las frutas y las leguminosas, al término de la intervención, alcanzaron la porción ideal recomendada por su nutriólogo. En el caso de los cereales le faltó una porción en la cena, para las verduras faltaron la porción de la segunda colación y la de la cena, para el grupo de proteínas faltó una porción en el desayuno y otra en la cena y para las grasas solo faltaron una en la segunda colación y otra en la cena. La leche fue el único alimento en el que comió media porción de más en el desayuno y media porción de más en la cena.

Medida	Antes de la intervención	Después de la intervención
Peso	93.40kg	89.00kg
IMC	32.3	31
Glucosa (Glucómetro)	124mg/dl	140mg/dl
Glucosa (HbA1c)	7.4%	7%

Tabla 3. Medidas Antropométricas antes y después de la intervención

Observando la tabla 3 se pueden apreciar los cambios de las medidas antropométricas antes y después de la intervención. Como se puede notar todas las medidas bajaron a excepción de la glucosa tomada con glucómetro que ese día salió más alta que la tomada antes de la intervención, por lo que se le pidió

una prueba de hemoglobina glicosilada y se comparó con la que su médico le realizó unos meses atrás, con lo que se observó un decremento de 0.4%.

	Procedimiento empleado	Tipo de cambio observado	Códigos
I. Definición del problema	Entrevista	5, 13	Disposiciones 1. Propiedades de objetos y acontecimientos físicos 2. Desplazamiento de competencias 3. Inclinationes 4. Tendencias 5. Conducta propia con efectos disposicionales sobre sí mismo 6. Estrategias de interacción
	Revisión de registro de alimentos		
II. Análisis de soluciones		18	7. Conducta de auspiciadores 8. Conducta de reguladores de propensiones e inclinaciones 9. Conducta de reguladores de tendencia
III. Procedimientos de cambio	Información sobre la diabetes	1, 4, 13	Conducta de otros 10. Conducta de mediadores Alteración de conducta propia 11. Efectos sobre sí mismo de la propia conducta 12. Conducta mediadora propia 13. Desarrollo de competencias 14. Establecimiento de conductas que alteran afectos de otras conductas propias Alteraciones de prácticas macro 15. Conducta propia que altera prácticas valorativas de otros 16. Conducta propia para ajustarse a prácticas valorativas de otros 17. Conducta de otro que cambia prácticas valorativas propias y/o de otros
	Diseño de registro y programación de alarmas	2, 4	
IV. Seguimiento	Entrenamiento en habilidades sociales	2, 4, 6, 12	18. Sin alteración o cambio
	Revisión de registros de alimentos y de glucosa	4, 7, 13	

Tabla 4. Cambios presentados durante la intervención representados con la GEC

La tabla 4 es un formato en el que se describen, a nivel funcional, los cambios de comportamiento ocurridos a lo largo de todo el proceso terapéutico. Como podemos observar en esta Guía de Evaluación de Cambios, se presentaron varios

desde la definición del problema hasta el seguimiento. A continuación se describirá cada uno de estos cambios.

En la definición del problema el paciente comenzó a registrar de manera más detallada los alimentos que consumía al día, especificando porciones, horarios y tipo de alimento, por ejemplo, en un principio en su registro aparecía “tortilla”, “tacos”, “jugo verde” y “mole”; conforme avanzaban las entrevistas y se revisaban los registros, estas descripciones cambiaron a: “2 tortillas” “ 3 tacos de barbacoa”, “1 vaso de jugo de nopal, apio, manzana, ajo” y “mole rojo con pollo y arroz” (13, desarrollo de competencias). Por otra parte, comenzó a registrar su nivel de glucosa en las mañanas, después de la comida y antes de dormir; lo cual sirvió más adelante para hacer un cambio en las porciones de alimentos consumidos (5, conducta propia con efectos disposicionales sobre sí mismo).

Al implementar los procedimientos de cambio, se presentaron la mayoría de los cambios, por lo que se explicará de manera detallada cada cambio presentado al emplear los diferentes procedimientos.

Para la fase de información sobre la diabetes el primer cambio tuvo relación con las colaciones, pues en un principio no consumía ninguna colación, o lo hacía de vez en cuando, por no tener bien estructurados sus horarios. Después de que se le explicó la importancia de las colaciones y de cómo mantenían los niveles de glucosa estables, él comenzó a consumir las colaciones que ya le había recomendado su nutriólogo (2, desplazamiento de competencias). También comenzó a comprar alimentos destinados a ser colación (semillas y frutas) cosa que no hacía antes, ni tenía contemplado a la hora de realizar sus compras (1, propiedades de objetos y acontecimientos físicos). Por último, al término de estas sesiones reportó no sentir hambre a la hora de la colación de la tarde y aunque no pensaba dejarla, pues ya sabía para qué era, lo iba a comentar con su nutrióloga, para ver si le recomendaba algún tipo de alimento diferente, esto se consideró importante pues más adelante sirvió de apoyo para cambiar un hábito que el paciente tenía de contradecir a su nutriólogo al grado de incomodarlo y terminar discutiendo (4, tendencias).

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

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

Otro cambio presentado durante el entrenamiento en habilidades sociales, fue que el paciente les comentó sobre su condición de diabético a dos primos suyos (12, conducta mediadora propia). Esto se estuvo ensayando en el consultorio y después de tener preparado un discurso, decidió que sería a esos dos familiares

primeros, pues uno es médico y la otra es una persona de mucha confianza, según el propio paciente.

Por último, durante la fase de seguimiento se mantuvieron los cambios en las porciones, se ajustó más a los horarios y ya no discutía con su médico y nutriólogo (13, desarrollo de competencias), además de que gracias a la charla que tuvo con su primo consiguió que lo atendiera también un endocrinólogo (7, conducta de auspiciadores).

DISCUSIÓN

El presente caso pertenece a una línea de investigación mayor en donde se exploran, desde una perspectiva interconductual y con base en el Modelo Psicológico de la Salud Biológica, los factores psicológicos que se prevén pertinentes a los problemas de salud. En el caso que aquí se presenta se combinó un taller grupal y atención personalizada. Las estrategias empleadas permitieron alcanzar los objetivos planteados, especialmente con respecto a la renuencia del paciente a seguir indicaciones de sus médicos, lo cual facilitó el desarrollo y el desplazamiento de diversas competencias enfocadas a adherirse al tratamiento indicado. Los cambios conseguidos con la intervención, si bien no impactaron cuantitativamente hasta lograr un normo-peso o niveles de glucosa en cifras normales, hubo avances importantes en ese sentido; esto es valioso porque el paciente no había generado ningún cambio desde que se estaba atendiendo con el personal médico, dado que constantemente justificaba sus hábitos poco saludables y confrontaba a sus médicos con argumentos que leía por internet. De cualquier modo, los cambios logrados en medidas antropométricas tales como peso, niveles de glucosa, a través de la prueba de hemoglobina glicosilada e IMC, si bien no fueron suficientes, son indicadores de éxito en el tratamiento aplicado (Kilo, 1991).

Este trabajo hace una aportación ya que resulta difícil encontrar estudios de caso relacionados con la diabetes, sea cual sea su perspectiva teórica, y este tipo de estudios son ilustrativos de las particularidades de la atención psicológica; lo cual, a su vez, ayuda a diseñar o estructurar estrategias de intervención más efectivas.

Hay que mencionar que no se aisló el efecto del taller grupal en la asesoría individual, aunque por la experiencia en esta última, pensamos que el paciente no comprendió del todo la información proporcionada en el taller grupal. Sería conveniente comparar en estudios futuros los tres tipos de intervención, grupal, individual y combinada.

El análisis contingencial fue la metodología empleada para analizar y tratar el caso. Es compatible con el Modelo psicológico de la Salud Biológica e incluye las categorías que permiten dar cuenta del comportamiento individual, así como llegar a las mejores soluciones y diseñar estrategias de cambio con criterios funcionales. Esta metodología se conoce principalmente en su uso en el ámbito clínico y resulta importante decir que puede ser utilizada en cualquier contexto en donde se manifieste la conducta humana. Su uso en este caso fue en el ámbito de la salud que fue, incluso, el contexto valorativo de la conducta estudiada.

Resulta importante comentar que en el ámbito de la salud es conveniente tener habilidades profesionales y sociales para relacionarse con otros profesionales de este campo. En el caso que aquí se presenta, había un equipo multidisciplinario formado por médicos, enfermeras, nutriólogas y trabajadores sociales, que atendían al paciente referido y con quienes se tenía una estrecha comunicación. Finalmente, se concluye que en trabajos como éste, se hace más evidente la importancia del papel del psicólogo de la salud en una atención multidisciplinaria, sobre todo en un problema tan relevante como lo es la Diabetes Mellitus tipo II. Con base en lo anterior se propone la realización de más estudios de caso relacionados con la diabetes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Canales, S. y Barra, E. (2014). Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II. *Psicología y Salud*. 24(2), 167-173. Consultado en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/922/1699>
- Didarloo, A., Shojaeizadeh, D., Gharaaghaji Asl, R., Niknami, S. y Khorami, A. (2014). Psychosocial correlates of dietary behaviour in type 2 diabetic women, using a behaviour change theory. *Journal of health population and nutrition*. 32(2), 335-341. Consultado en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4216969/>
- Egede, L. y Osborn, C. (2010). Diabetes, depresión y cambios conductuales. *Diabetes Educator* 36(2), 276-283. Consultado en: <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/psiqweb695.htm>
- Encuesta Nacional de salud y Nutrición (2012). Resultados Nacionales. Recuperado el 10 de abril de 2015 desde: http://ensanut.insp.mx/doctos/ENSANUT2012_PresentacionOficialCorta_09_Nov2012.pdf
- Greco, C. y Gil, J. (2007). Creencias en salud en preadolescentes con diabetes tipo 1. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 7(3), 405-418. Consultado en: <http://www.ijpsy.com/volumen7/num3/178/creencias-en-salud-en-preadolescentes-con-ES.pdf>
- INEGI (2013). Estadísticas a propósito del día mundial de la diabetes. Consultado en: <http://fmdiabetes.org/wp-content/uploads/2014/11/diabetes2013INEGI.pdf>
- Kilo, C. (1991). *Controle su diabetes*. México: Limusa.
- OMS (2013). Notas descriptivas sobre diabetes. Consultado en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- Piña, J., Ybarra, J., Alcalá, I., Samaniego, R. (2010). Psicología y salud [I]: la importancia de llamarse modelo y apellidarse teórico-conceptual. *Revista Mexicana de investigación en Psicología*. 2(1) 21-29.
- Reynoso, R., González, E. y Salgado, L. (2007). La alimentación en México y la incidencia de la diabetes tipo II. *Revista Especializada en ciencias Químico-Biológicas*, 10(1) 36-38. Consultado en: <http://www.redalyc.org/pdf/432/43211941005.pdf>
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. México: Trillas.
- Ribes, E., Díaz-González, E., Rodríguez, M. L., y Landa, P. (1986). El análisis contingencial: una alternativa a las aproximaciones terapéuticas del comportamiento. *Cuadernos de psicología*, 8(2), 118-126.

Rodríguez, A. y García, L. (2014). El modelo transteórico y adherencia terapéutica en adolescentes con diabetes mellitus tipo I. **Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología**. 7(1), 49-58. Consultado en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4905115.pdf>

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