

Adherencia a la dieta en una persona con diabetes: un estudio de caso

Adherence to diet on a person with diabetes: a case study

María de Lourdes Rodríguez Campuzano
Facultad de Estudios Superiores Iztacala-UNAM

Antonia Rentería Rodríguez
Facultad de Estudios Superiores Iztacala-UNAM

Norma Yolanda Rodríguez Soriano
Facultad de Estudios Superiores Iztacala-UNAM

Juan Carlos García Rodríguez
Facultad de Estudios Superiores Iztacala-UNAM

Marcela Guerrero Granados
Facultad de Estudios Superiores Iztacala-UNAM

La diabetes mellitus tipo II ocupa el primer lugar en número de defunciones por año; las tasas de mortalidad muestran una tendencia ascendente. En el cuidado de esta enfermedad la adherencia a la dieta es la piedra angular. En este trabajo se presenta un estudio de caso con la metodología del análisis contingencial. El caso está valorado como problema con criterios de salud, de ahí que su análisis queda circunscrito a esta circunstancia. Se describe el análisis e intervención de la conducta alimentaria de una persona con diabetes que estaba participando en un taller de adherencia a la dieta, a la que simultáneamente se le dio atención individual. Después de algunas entrevistas y de llevar a cabo el análisis microcontingencial, la identificación de la génesis del comportamiento de comer y el análisis de soluciones; se decidió que la usuaria requería de un mayor énfasis en procedimientos educativos para adquirir conocimientos sobre su enfermedad y sobre nutrición; igualmente se decidió emplear más técnicas para entrenar habilidades de autocontrol. Los resultados obtenidos indicaron que hubo cambios en términos de una mayor adherencia a la dieta prescrita y disminución de cifras en las medidas antropométricas. Se comentan las implicaciones de estos hallazgos en la discusión.

Palabras clave: diabetes, adherencia a la dieta, estudios de caso, análisis contingencial, salud.

Diabetes Mellitus 2 reaches the first place on deaths each year. Death rates caused by this illness have been showing an increased tendency. Adherence to diet is the cornerstone for its treatment. A case study carried on with contingential analysis is presented on this paper. This case is valued as a problem following health criteria and this is why analysis is restricted to this circumstance. Analysis and intervention procedures to change eating behavior of a person with diabetes are presented here. This patient was participating on a group program to improve adherence to diet and at the same time received individual therapy. After collecting proper information, identifying microcontingential elements, genesis of the problem and solutions, it was decided to reinforce knowledges about diabetes and nutrition that were taught in the group, such as self-control skills. Results showed changes in anthropometric measures and in eating habits. Implications are commented on discussion.

Keywords: diabetes, adherence to diet, case study, contingencial analysis, health.

En México, la diabetes mellitus tipo II ocupa el primer lugar en número de defunciones por año; tanto en hombres como en mujeres, las tasas de mortalidad muestran una tendencia ascendente en ambos sexos con más de 70 mil muertes y 400,000 casos nuevos

anuales (NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, 2010). México ocupa el décimo lugar en diabetes mundial y se estima que para 2030 ocupe el séptimo puesto.

No existe una cura para la diabetes, solamente se puede *controlar la enfermedad*, manteniendo los niveles de glucosa en la sangre lo más cercanos posibles a los normales, lo cual es posible mediante una dieta planificada, actividad física, toma correcta de medicamentos, y chequeos frecuentes del nivel de azúcar en la sangre (Kilo, 2005).

De ahí la importancia de que la psicología esté involucrada en este fenómeno. La Psicología de la Salud es la rama que se ocupa de estos comportamientos e incluye intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento, ya sea para amortiguar o mejorar el impacto del diagnóstico, para desarrollar un mejor afrontamiento de la enfermedad, para controlar los episodios hipoglucémicos y lograr el control glucémico, o para alterar los trastornos psicológicos que pueden surgir (Piña, 2004).

Esta rama de la psicología interviene a través de diversos modelos, mismos que pretenden explicar las conductas o factores relacionados con la adherencia a la dieta y otros fenómenos de interés relacionados con la diabetes. Sin pretender describirlos, entre estos se encuentra la Teoría Social Cognitiva (Avenidaño & Barra, 2008; Heredia, 2004; Medina & Urra, 2007; Ortiz & Ortiz, 2007; Puji, 2008), la Teoría de la Acción Razonada, (Letelier, Núñez & Rey, 2011; Ortiz & Ortiz, 2007), el Modelo de Creencias en Salud (Teixeira, 1993), el Modelo Transteórico (Jackson, Asimakopoulou & Scammell, 2007; Kasila, Poskiparta, Karhila & Kattunen, 2003; Ortiz & Ortiz, 2007), o el Modelo de Información-Motivación-Habilidades (Apóstolo, Castro, Ribeiro & Faustino, 2007; Ortiz & Ortiz, 2007).

Aquí es necesario mencionar que diversos autores (Noar & Zimmerman, 2005; Piña, Ybarra, Alcalá & Samaniego, 2009; Ribes, 1990; Ryle, 1967) han encontrado ciertas deficiencias e insuficiencias, tanto en las teorías en las que están sustentados los modelos mencionados como en los modelos mismos. El punto medular de las críticas tiene que ver con la postulación de "las intenciones", "las cogniciones", o la motivación; que se asumen como causales del comportamiento, es decir, con la postura dualista subyacente a dichos modelos y cuyas implicaciones han sido revisadas en otros textos (Ryle, 1967).

Ribes (1990), con base en la teoría interconductual y el conjunto de premisas que la sustentan, elaboró el Modelo Psicológico de la Salud Biológica, el cual trata la dimensión psicológica de la salud considerando su vinculación con dimensiones biológicas y sociales a través del comportamiento.

De acuerdo con Piña (2008) este modelo se ha distinguido del resto por su estructura teórica y conceptual, por evitar incurrir en errores categoriales y por imprimirle coherencia y congruencia al discurso sobre lo psicológico frente a los fenómenos de la salud y la enfermedad.

En este modelo se basa el estudio de caso que aquí se presenta.

El Modelo Psicológico de la Salud Biológica

Sin entrar en detalles este modelo plantea que la dimensión psicológica de la salud es el comportamiento y que existe un proceso psicológico que se puede rastrear en la historia de cada persona, en el que se relacionan ciertos elementos psicológicos que afectan dimensiones biológicas. El proceso genera resultantes, a nivel psicológico y en términos de la afectación a la vulnerabilidad biológica. La interacción entre estas dos di-

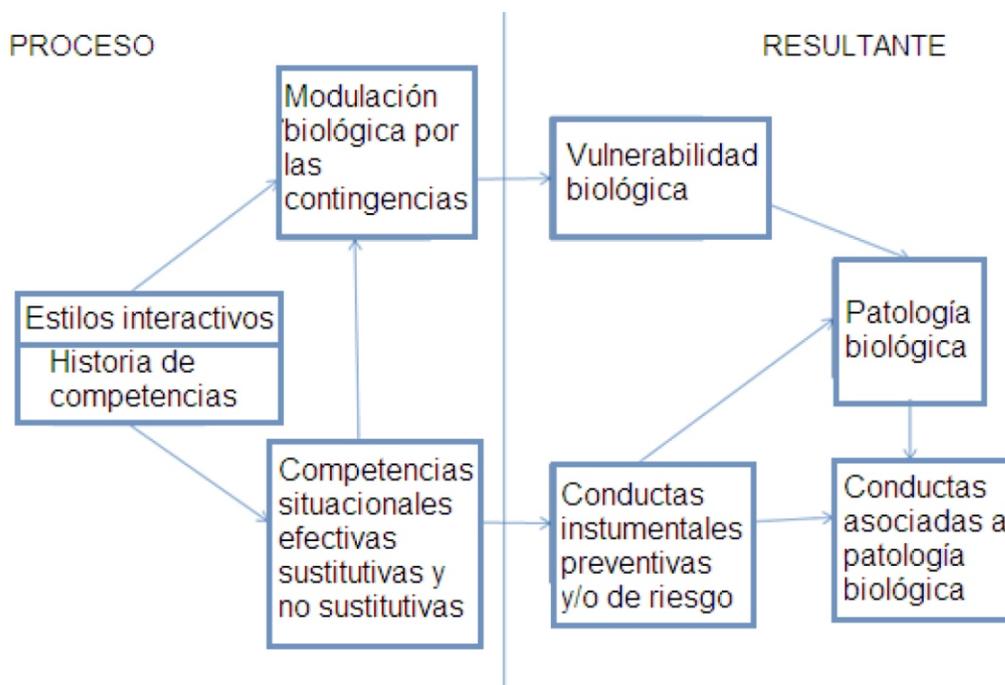


Figura 1. El Modelo psicológico de la Salud Biológica.

menciones da lugar a que se produzca o no una enfermedad, así como a comportamientos asociados a patología. La figura 1 es una representación esquemática de este proceso y fue tomada de Ribes (1990).

El modelo guía la actividad profesional del psicólogo en este campo y establece como su función prioritaria la prevención en sus tres niveles: primario, secundario y terciario. Parte de un conjunto de premisas lógicas, epistemológicas y metodológicas, que se corresponden a una aproximación interconductual y se establece como un vínculo entre el conocimiento puramente teórico y metodologías de aplicación. Cabe decir que la metodología que ha permitido concretar la inserción profesional en el campo de la salud es el Análisis Contingencial, que comparte las mismas premisas teórico/metodológicas.

Análisis Contingencial

Con base en la teoría interconductual propuesta por Ribes y López en 1985 y especialmente en la taxonomía funcional de la conducta en ella incluida, se desarrolló la metodología de Análisis Contingencial. Esta metodología se creó para el análisis y cambio del comportamiento humano individual en su ambiente natural (Rodríguez, 2011).

El análisis contingencial permite analizar el comportamiento dando cuenta de la forma en la que el individuo interactúa con su ambiente e identificando cuáles son los factores que conforman esta interacción para describir el papel funcional que juega cada uno de ellos. Esta metodología es susceptible de uso en cualquier área en la que se encuentre presente el comportamiento humano, incluyendo el campo de la salud. Consta de cinco pasos, cada uno con un propósito y categorías propias.

Se hará una breve descripción de cada uno:

1. Identificación de las relaciones microcontingenciales

En esta categoría se analizan de manera funcional aquellos factores que constituyen el comportamiento a estudiar. Una microcontingencia se delimita por la circunstancia social que define la relación, por ejemplo, académica, laboral, de salud, familiar, entre otras. Una vez delimitada se identifican todos los factores que componen dicha interacción y que conforman el comportamiento. Este sistema se compone de cuatro subcategorías que se identifican y analizan en este paso: *Morfologías de conducta*, que se refieren a lo que la persona hace, dice o piensa; para relacionarse con otros y con su ambiente en una situación determinada. *Situaciones*: Hacen referencia al conjunto de características físicas y sociales del contexto, así como a elementos históricos de la persona cuyo comportamiento se estudia. Dicho contexto tiene una función de tipo disposicional, esto es, hace más probable o menos probable la interacción de estudio. Dentro de esta categoría se evalúan los siguientes factores: Circunstancia social, Lugar o lugares, Objetos o acontecimientos físicos, Conductas socialmente esperadas, Competencias e incompetencias para llevar a cabo lo socialmente esperado, Inclinationes y propensiones, así como Tendencias. La tercera subcategoría es *Conducta de otras Personas* y permite analizar las diversas funciones que desempeñan los comporta-

mientos de las personas significativas que participan en la interacción de estudio. La subcategoría de *Efectos* es la última y hace referencia a la relación de consecuencia entre lo que hace una persona y la afectación al comportamiento de otros, al ambiente o a la propia persona. Estas categorías permiten llevar a cabo un análisis genuinamente funcional del comportamiento.

2. *Evaluación del Sistema Macrocontingencial*. Es el análisis del contexto valorativo de la interacción. En otras palabras, es el estudio de la dimensión moral del comportamiento bajo análisis. Un análisis psicológico de la moralidad se concreta en las prácticas de los individuos, específicamente en la correspondencia o no lo entre lo que hace y cree una persona y lo que hacen y creen las personas significativas en su medio social (Ribes, Díaz-González, Rodríguez & Landa, 1986). Para su evaluación se consideran relaciones entre prácticas valorativas y creencias, en dos tipos de microcontingencias.

3. Valoración del génesis del problema.

El tercer paso de la metodología es el estudio de la historia interconductual del individuo, esto es, el cómo ciertos aspectos de las experiencias pasadas pueden tener funciones disposicionales en el presente.

4. Análisis de soluciones

Una vez que se tiene el análisis del comportamiento, si lo pertinente es generar cambios, se procede a buscar las posibles soluciones y la intervención que éstas conllevan. Este paso se lleva a cabo al margen de los criterios institucionales y a través de la desprofesionalización, pues el psicólogo y el usuario en conjunto, plantean diversas soluciones posibles con base en el análisis de un conjunto de criterios, tales como: la viabilidad de la solución planteada, la motivación del usuario para el cambio, los recursos requeridos y con los que se dispone, el costo emocional y los efectos a corto, mediano y largo plazo.

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

En esta metodología los procedimientos y técnicas deben ser usados de manera individualizada. Díaz-González, Landa, Rodríguez, Ribes, y Sánchez (1989) plantean que la selección o diseño de la intervención debe ser resultado del análisis previo y que este componente tecnológico de la metodología debe planearse con criterios funcionales. Los procedimientos de cambio pueden ser estandarizados o no estandarizados.

Considerando lo descrito, es pertinente comentar que el Análisis Contingencial es compatible con la metodología de estudios de caso, que se considera como una herramienta de investigación científica (George & Benett, 2005; Kaplan, 1964; Merton, 1967) debido a que preguntas del tipo “cómo” y “por qué” son más explicativas con esta forma de proceder.

El valor de los estudios de caso reside en parte, en que no sólo permiten estudiar un fenómeno, sino también su contexto (Flyvbjerg, 2004; Yacuzzi, 2005). Posibilitan el estudio fino de un fenómeno específico y llevan a obtener datos tanto cuantitativos como cualitativos (Martínez, 2006).

En vez de ilustrar cifras, el estudio de caso ilustra las particularidades de un fenómeno, lo cual resulta de utilidad en el

campo de las investigaciones tecnológicas o aplicadas. Así, en este trabajo se presenta un estudio de caso llevado a cabo con la metodología de análisis contingencial y enfocado en la conducta de comer de una persona con diabetes tipo 2, lo cual se relaciona directamente con la importancia de la adherencia a la dieta para el control de esta enfermedad. El objetivo fue realizar un análisis descriptivo de un caso específico, para evaluar el efecto de un taller grupal para mejorar la adherencia a la dieta en combinación con una asesoría individualizada.

Presentación del Caso

El caso que aquí se presenta es el de una mujer casada de 51 años de edad, ama de casa. Su núcleo familiar está conformado por su esposo e hijos. Su escolaridad es de nivel secundaria.

Queja principal: Presenta problemas para adherirse a su dieta y esto le genera consecuencias directas a la salud, pues desde hace cinco años fue diagnosticada como hipertensa y hace un mes le diagnosticaron diabetes.

Remisión: DIF Real de Tultepec.

Intentos previos de solución del problema: Antes de ser diagnosticada, intentó cambiar su forma de alimentarse pero nunca asistió con ningún profesional.

Valoración del problema por parte del usuario y por parte de otros: La señora considera que sus hábitos alimentarios le generan mala circulación, visión borrosa y otros síntomas relacionados con la diabetes.

Información obtenida

La información que a continuación se presenta, se obtuvo a través de diversas entrevistas realizadas durante el mes de mayo del año 2013.

La señora “M” asistió a un taller para mejorar la adherencia a la dieta, acompañada de su esposo. Este taller se impartía en una clínica del DIF y consistía en la aplicación grupal de cuatro técnicas: Información sobre diabetes y nutrición, Autocontrol, Entrenamiento en Habilidades Sociales y Entrenamiento en Solución de Problemas. El taller tenía una duración aproximada de 12 sesiones que se impartían una vez por semana en periodos de dos horas. Desde la primera sesión a la señora “M” se le ofreció una atención individualizada que se daría de forma adicional al taller para reforzar lo aprendido en el mismo.

La señora comenta que en un inicio, entraron al taller para saber qué podría comer, pues el médico que la atendió y la diagnosticó no la pudo instruir al respecto.

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

Nunca logró seguir una dieta más allá de una semana, pues le ofrecían alimentos ricos en grasa o en azúcar y ella siempre aceptaba. Sus hijos, para consentirla, le compraban sus postres favoritos o la llevaban a comer a distintos lugares. Asimismo, menciona que podía saltarse horarios de comida, aunque por lo general, sí realizaba las tres principales.

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

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

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

Menciona tener dificultades para negarse a sus alimentos preferidos, pechugas empanizadas o pastel, pues son su “debilidad” y si se los ofrecen en alguna reunión, acepta y los consume sin siquiera pensarlo. Por el contrario, comenta que no se le dificulta seguir la dieta cuando algún integrante de su familia, en especial su esposo, se encuentra presente, pues siempre vigila que cumpla con su régimen alimenticio. Cuando se encuentra sola en casa es muy probable que rompa la dieta, pues se siente vacía, y aburrida, por lo que come sin poner mucha atención a los alimentos que consume.

Otra de las dificultades que reporta para comer de forma saludable es cuando está acompañada de su cuñado, pues a pesar de que él también ha sido diagnosticado con diabetes, cuando conviven, consumen comida poco saludable y él presiona a la señora para que termine de comer lo que le han servido.

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

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

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

Al sondear otros aspectos psicológicos que pudieran encontrarse relacionados con sus hábitos alimenticios, no se encontraron otros problemas. Como tampoco en otras áreas de su vida.

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

Una vez recolectada la información, se procedió a llevar a cabo el análisis microcontingencial, que se presenta en la Tabla 1.

Se muestran los elementos identificados en las diversas categorías y en resumen se encontró que la usuaria come de forma poco saludable respondiendo fundamentalmente a elementos disposicionales situacionales, entre los que se encuentran factores del contexto físico y sus tendencias. Igualmente, que carece de habilidades que le permitan cambiar el papel funcional del contexto, así como del comportamiento regulador de otras personas.

Tabla 1.
Análisis Microcontingencial.

Morfologías	Situaciones	Personas	Efectos
	Circunstancia social:		
	De salud		
<i>Del usuario:</i>	Lugares: La calle, tiendas de abarrotes.		
- Come alimentos ricos en grasa, azúcares y sal.	Acontecimientos físicos:		
- Come cereales y proteínas en exceso - Se salta comidas.	El clima frío o lluvioso.		
-Si el platillo es de su agrado, consume más de un plato.	Conductas socialmente esperadas:		
- Come en porciones muy grandes.	Del médico y de su familia:		
- Cocina con mucha grasa y sal.	Que siga con su dieta y con su tratamiento.	Comportamiento mediado: la mayor parte de las veces su comportamiento de comer poco saludable está mediado por el contexto en forma directa.	Sobre sí mismo: *aumento de glucosa. *aumento de peso. *hormigueo en pies. *náuseas ocasionales. * Visión borrosa. *Se pone triste.
- Toma refresco y bebidas endulzadas.	Capacidad en el ejercicio de las conductas esperadas:	Regulador de tendencias: El comportamiento de amigos y familiares cuando le ofrecen comida poco saludable	Sobre otros: -Cuando rompe la dieta y la ven, la regañan. Su familia le expresa su preocupación.
-Pasa mucho tiempo sentada.	No sabe cómo alimentarse de manera adecuada		
- Cuando le ofrecen comida, acepta.	No sabe cocinar sin tanta sal y grasa.		
<i>De otros:</i>	No tiene habilidades de autocontrol en situaciones que hacen más probable que rompa su dieta.		
Familia:	Inclinaciones y propensiones		
-Vigilan que coma adecuadamente en su presencia.	Gusto por comida poco saludable		
-Le piden que se cuide.	Estado de ánimo:		
Amigos y familia extensa:	Cuando se siente sola, o aburrida.		
- Le ofrecen comida poco saludable.	Tendencias		
- Piden que consuma los alimentos que le ofrecen.	- A cocinar con mucha sal y grasa, a comer poco saludable y en porciones grandes		

Análisis Macrocontingencial

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

Génesis del Problema

I. Historia de la microcontingencia

a) Circunstancia en que se inició la conducta:

La microcontingencia actual se valora como problema al momento de subir de peso y posteriormente al ser diagnosticada con diabetes.

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

c) Historia mediadora de la conducta: Ella ha logrado en ciertas ocasiones mediar su propia conducta de comer de forma saludable; sin embargo, esto se presenta en lapsos de tiempo menores a una semana.

d) Funciones disposicionales en el pasado de las personas significativas en la microcontingencia presente. Su marido ha regulado algunas tendencias de la señora "M" en el pasado.

II. Ejercicio no problemático de la conducta problema

a) Disponibilidad de respuestas no problemáticas potencialmente funcionales en la microcontingencia presente: En circunstancias específicas presenta algunas habilidades de autocontrol.

Tabla 2.

Análisis de Soluciones Pertenciente al Estudio de Caso.

Análisis de Soluciones

Con base en el análisis contingencial se realizó el análisis de soluciones que se representa en la tabla 2.

En la tabla se presenta de forma esquemática la solución planteada conjuntamente con la señora, después de haber analizado varias posibilidades. Se plantea que se requería cambio a nivel microcontingencial sin ninguna alteración a nivel macrocontingencial.

Con base en lo anterior, se eligió en primera instancia, cambiar la conducta propia de la usuaria en términos de: a) adquisición: con relación a conocimientos sobre salud y nutrición, así como de habilidades de autocontrol y b) efectos: para reducir las complicaciones relacionadas con la diabetes que presenta. Se marca también "Otras opciones funcionales de la conducta", lo cual se refiere a desplazar sus habilidades mediadoras.

Selección y diseño de las estrategias de intervención

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

En la atención individualizada se optó por evaluar a través del análisis contingencial su conducta de comer, para así entrenar de una manera más concreta las habilidades pertinentes, empleando los mismos procedimientos del taller grupal. Los objetivos específicos que se plantearon en la atención individual fueron: a) la usuaria tendrá información que alterará su forma de cocinar y comer a formas más saludables, y b) La usuaria alterará el papel funcional de algunos factores situacionales vinculados con una forma de comer poco saludable.

De esta manera, con base en los criterios funcionales descritos por Rodríguez (2011) y en lo reportado en el análisis

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

contingencial, se eligieron los procedimientos que a continuación se describen:

1. Para que la usuaria obtuviera información acerca de su enfermedad y de aspectos básicos de nutrición, se emplearon procedimientos educativos tales como: conferencias con apoyo de presentaciones en Power Point, videos animados y ejercicios en los cuales se modelaba y moldeaba la elección y preparación de alimentos a través de ensayos conductuales. Cabe mencionar que en cada sesión se realizaba una dinámica de preguntas y respuestas, de modo que el tema quedara claro. En adición, la forma de evaluar fue a través preguntas relacionadas con el contenido informativo que se le proporcionó.
2. Para que la usuaria pudiera alterar los factores situacionales relacionados con el cumplimiento de su dieta, tales como lugares, acontecimientos físicos, o la circunstancia social de estar sola; se empleó un entrenamiento en habilidades de autocontrol, específicamente las de: a) Restricción física encaminada a prevenir una conducta: como masticar chicle sin azúcar o cubitos de agua congelada en cuanto se presentara la situación; b) eliminación de objetos que obstaculizan una alimentación saludable, tales como la comida chatarra; c) establecimiento de conductas para incrementar el control social: teniendo en cuenta que su marido inhibe la conducta de comer alimentos no saludables, tratar inicialmente de pedir su apoyo y supervisión; y d) planear sus horarios de comida, cumplir con ellos de forma estricta y de esta manera, no salir a determinados lugares con hambre ni comprar alimentos no recomendados para llevarlos a casa. Posteriormente, se entrenó en el manejo de auto-reforzamiento y auto-castigo.

Evaluación

En el taller grupal se tomaron medidas antropométricas (peso, cintura, estatura y se obtuvo IMC). También se obtuvieron niveles de glucosa de la señora en tres momentos: al inicio

del taller (pre-evaluación), en la sexta sesión (inter-evaluación) y en la doceava (post-evaluación).

Por otra parte, en cada sesión de la asesoría individualizada se le pesaba y se le medía la cintura, comparando así el resultado con el de la sesión anterior, a modo de retroalimentación. De la misma manera, y con el objetivo de medir su adherencia a la dieta, la usuaria entregaba, cada sesión, un registro de alimentación que llenaba diariamente y que contenía las porciones diarias de los distintos grupos de alimentos que se recomendaba consumir y que ella debía registrar: 2 porciones de lácteos, 3 de frutas, 5 de verduras, 5 de proteínas, 6 de cereales y 3 de grasas. Una vez que la usuaria lo entregaba, se sumaban las porciones semanales consumidas, y se comparaban con las porciones propuestas para hacer una retroalimentación.

RESULTADOS

En la tabla 3 se muestran los datos referentes a las medidas antropométricas: peso, glucosa, IMC y cintura en tres momentos del estudio. Como se puede observar, la reducción de medidas más considerable se presentó en la primera mitad de la intervención.

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

En esta figura, el eje *x* representa al grupo de alimentos que se especifican en los registros: lácteos (L), proteínas (P), frutas (F), verduras (V), cereales (C); mientras que en el eje *y* se representa el número de porciones consumidas. Los porcentajes se obtuvieron realizando una regla de tres: se multiplicaron por 100 las porciones consumidas por la paciente y, el resultado de esto se dividió entre las porciones sugeridas en el taller.

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

Tabla 3.
Mediciones Antropométricas y de Glucosa en Diferentes Momentos del Programa.

	Pre-Intervención	Inter-Intervención	Post-intervención
Peso (kg)	79	74	72
Cintura (cm)	110	108	107
IMC (kg/m)	35.11 (obesidad de tipo II)	32.89 (obesidad de tipo I)	32 (obesidad de tipo I)
Glucosa (mg/dl)	125	94	90

Cifras normales de glucosa en ayuno: 70-110 mg/dl

IMC: 18.5 a 24.99

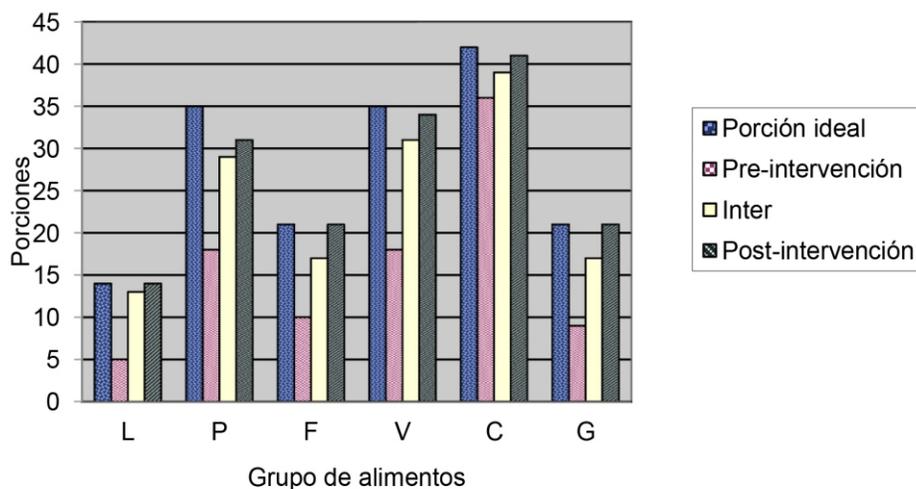


Figura 2. Adherencia. Comparación entre distintos momentos de la intervención.

Tabla 4.

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

		Procedimiento Empleado	Tipo de Cambio Observado	Códigos <i>Disposiciones</i>
M O M	I. Definición del problema.		13.	1. Propiedades de objetos y acontecimientos físicos.
			9.	2. Desplazamiento de competencias.
E N	II. Análisis de soluciones			3. Inclinationes.
				4. Tendencias.
T O	III. Intervención	-Procedimientos educativos	11	5. Conducta propia con efectos disposicionales sobre sí mismo.
			13	<i>Conducta de otros</i>
D E L			1	7 Conducta de auspiciadores
				8. Conducta de reguladores de propensiones e inclinaciones.
C A M		-Entrenamiento en habilidades de autocontrol	13	9. Conducta de reguladores de tendencias.
			11	10. Conducta de mediadores <i>Alteración de conducta propia</i>
B I O			12	11. Efectos sobre sí mismo de la propia conducta.
				12. Conducta mediadora propia.
				13. Desarrollo de competencias.
				14. Establecimiento de conductas que alteran efectos de otras conductas propias.

En esta tabla se muestra una clasificación funcional de los cambios que se pueden presentar en distintos momentos de la intervención; de esta manera, la Guía de Evaluación de Cam-

bios (G.E.C), muestra en su eje vertical, el momento terapéutico en el que se genera un cambio, ya sea en el momento de la identificación del problema, en la fase de análisis de soluciones

o en la fase de intervención. Lo anterior permite identificar cuáles son los cambios susceptibles de atribuirse a la aplicación de los procedimientos programados y cuáles a otros factores.

Por otra parte, en el eje horizontal se muestran los procedimientos empleados en las fases de intervención y los tipos de cambio que se observan en esa fase. Éstos últimos se encuentran codificados en 14 categorías especificadas en la última columna y se basan en los criterios funcionales propuestos por Díaz-González, Landa, Rodríguez, Ribes, y Sánchez (1989): a) disposiciones: hace referencia a la alteración de los factores que le dan contexto a la interacción y se compone de seis categorías, b) conducta de otros: implica la alteración de las funciones de la conducta de otras personas significativas en la interacción y c) conducta propia: señala un cambio funcional en la conducta del usuario. Se anotan, con un número, los tipos de cambio hallados en cada momento.

Los datos que se muestran en la G.E.C., como se explicó, son los cambios que se presentaron en distintos momentos de la intervención planteada. Estos datos se muestran con base en los reportes verbales de la usuaria, así como en lo obtenido a través de los registros de alimentación.

Durante la definición del problema, la usuaria disminuyó el consumo de alimentos grasosos, además de cocinar los mismos con menos aceite y sal, usando otros condimentos para realzar el sabor de los alimentos (13). Cabe mencionar que durante esta fase no se aplicaron procedimientos de cambio, aunque la usuaria sí hacía preguntas relacionadas con prácticas alimenticias y entregaba sus registros. Según la usuaria, realizó estos cambios porque se comprometió con el taller y con su terapeuta.

Es importante mencionar que el apoyo proporcionado por su familia nuclear y extensa fue relevante. La primera, modificó su alimentación como apoyo a la usuaria y la extensa, en cuanto se enteró de que la usuaria estaba asistiendo a apoyo psicológico, comenzó a realizar reuniones en las que preparaban comida especialmente para ella (9).

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

En la misma fase de intervención, mediante el entrenamiento en habilidades de autocontrol, desarrolló habilidades que le permitieron abstenerse de comer sus alimentos preferidos si estaban a su disposición o si se los ofrecían (13). Esto también influyó en la reducción de síntomas relacionados con su enfermedad (11). Asimismo, logró que su familia también modifica-

ra su conducta alimentaria y que dejara de vigilar qué era lo que ella comía (12).

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

Por otra parte, las sesiones informativas le permitieron entender los términos empleados por su médico y que antes no comprendía.

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

Al dar inicio al taller, la usuaria hacía mención de su temor a la diabetes; sin embargo, ahora menciona estar agradecida con la enfermedad puesto que esto le ha enseñado cómo alimentarse para prevenir complicaciones futuras y cómo alimentar a su familia para evitar enfermedades. Además, mencionó que el asistir al taller le brindó la confianza de que si seguía con su tratamiento, incluyendo una alimentación adecuada, no tendría mayores complicaciones. Mencionó que la alimentación que se le propuso fue “muy abierta” y que también perdió el miedo a que su dieta fuera excesivamente rigurosa y restringida.

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

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

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

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

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

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

Finalmente, menciona que ya no tiene comida poco saludable en su casa y le da pereza ir a buscar comida en la tienda. De igual manera y con respecto a las condiciones climáticas que posibilitaban que rompiera su dieta, reporta que sustituyó las bebidas calientes que engordaban por el té de su preferencia.

DISCUSIÓN

El presente trabajo es un estudio de caso derivado de una línea de investigación que tuvo como objetivo evaluar un taller para mejorar la adherencia a la dieta en pacientes diabéticos. En el caso que aquí se reporta, se combinó el taller con atención individual y en doce sesiones se lograron los objetivos planteados, los objetivos específicos y el manejo de técnicas se ajustaron al caso de la usuaria y las estrategias resultaron efectivas para su adherencia a la dieta, que es uno de los factores más importantes para el control de la enfermedad (Zárate, 1997). Los cambios conseguidos con la intervención impactaron en medidas tales como el peso corporal, los niveles de glucosa en la sangre y el IMC. De acuerdo con Kilo (1991), lo anteriormente mencionado es un indicador claro de éxito en el tratamiento de la diabetes.

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

Este trabajo muestra su relevancia por el hecho de que son verdaderamente escasos los estudios de caso relacionados con la diabetes, sea cual sea su perspectiva teórica, y el presente aporta un ejemplo de ello. A través de este tipo de trabajos, se obtienen datos cualitativos y cuantitativos que logran atender a la particularidad del caso y, en consecuencia, obtener mejores resultados. Asimismo, posibilitan el establecimiento de bases para la implementación de estrategias y procedimientos de intervenciones efectivas.

Desafortunadamente en este estudio no fue posible aislar el efecto del taller con respecto al de la asesoría individual. Sabemos que el taller, en términos generales, logró cambios favorables en medidas antropométricas y dieta de los participantes (Rodríguez, Rentería y Rodríguez, 2016); aunque no sabemos si el efecto conjunto logró mayores cambios en esta participante en particular. Sería conveniente comparar en estudios futuros un grupo con intervención en grupo combinada con asesoría individual con un grupo que solamente tenga intervención grupal.

Por otra parte, es importante mencionar que el análisis contingencial posibilitó el éxito de la intervención y, aunque esta metodología es usada mayormente en el ámbito clínico, es susceptible de ser usada en cualquier otro contexto en donde se manifieste la conducta humana. Su uso en este caso fue imprescindible y relevante, ya que fue a través de él que se identificaron, entre otros elementos, las características de la relación de la usuaria con su dieta y sus competencias, para posteriormente

precisar los procedimientos adecuados para ella. Asimismo, y debido a que esta metodología se caracteriza por la desprofesionalización de conocimientos, la usuaria se mantuvo participativa a lo largo de la intervención, y, al quedarle claro el tema, consiguió enseñarles lo aprendido a otras personas, consolidando así su aprendizaje y la modificación de sus hábitos. Cabe comentar que esta metodología es susceptible de utilizarse en el diseño de intervenciones grupales.

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

Debido a que el caso que aquí se reporta se relaciona con un problema de salud, es necesario enfatizar las ventajas de un equipo multidisciplinario para el éxito de una intervención. En este caso, se contó con el apoyo del médico que atendía a la señora, quien le proporcionaba retroalimentación en cuestión de ejercicio y farmacología. Además, para la planeación de los talleres a los que asistió la usuaria, se contó con un nutriólogo que orientó la fase informativa.

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

REFERENCIAS

- Apóstolo, J., Castro, C., Ribeiro, H y Faustino, H. (2007). La incertidumbre en la enfermedad y la motivación para el tratamiento en diabéticos tipo 2. *Revista Latinoamericana de Enfermedades*, 15(4), 575-582.
- Avendaño, M. y Barra, E. (2008). Autoeficacia, apoyo social y calidad de vida en adolescentes con enfermedades crónicas. *Terapia Psicológica*, 26(2), 165-172.
- Díaz-González, E., Landa, P., Rodríguez, M., Ribes, E. y Sánchez, S. (1989). Análisis funcional de las terapias conductuales: una clasificación tentativa. *Revista Española de la Terapia del Comportamiento*, 7(3), 241-255.
- Flyvbjerg, B. (2004). Cinco malentendidos acerca de la investigación mediante estudios de caso. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 16, 33-62
- George, A. y Bennett, A. (2005). *Case studies and theory development in the social sciences*. Cambridge: MIT Press.

- Heredia, M. (2004). ¿Qué influye en la adherencia al tratamiento de la diabetes? *Revista ROL de Enfermería*, 2(1), 57-60.
- Jackson, R., Asimakopoulou, K. & Scammell, A. (2007). Assessment of the transtheoretical model as used by dietitians in promoting physical activity in people with type 2 diabetes. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 20(1), 27-36.
- Kaplan, A. (1964). *The conduct of inquiry*. Nueva York: Harper & Row.
- Kasila, K., Poskiparta, M., Karhila, P. & Kattunen, T. (2003). Patients' readiness for dietary change at the beginning of counselling: a transtheoretical model-based assessment. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 16(3), 159-166.
- Kilo, C. (1991). *Controle su diabetes*. México: Limusa.
- Kilo, C. (2005). La verdad sin rodeos. *Controle su diabetes*. México: Editorial Limusa.
- Letelier, C., Núñez, D., y Rey, R. (2011). Taxonomía de pacientes con diabetes tipo 2 basada en sus representaciones de enfermedad. *Psykhé*, 20(2), 115-130. .
- Martínez, P. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y Gestión*, 20, 165-193.
- Medina, C. y Urrea, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y Enfermería*, 13(1), 9-15.
- Merton, R. (1967). *On theoretical sociology*. New York: Free Press.
- Noar, S. & Zimmerman, R. (2005). Health behavior theory and cumulative knowledge regarding health behaviors: are we moving in the right direction? *Health Education Research*, 20, 275-290
- NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010. (2010). *Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus* [en línea]. Recuperado el 11 de octubre del 2012 de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010.
- Ortiz, P. y Ortiz, L. (2007). Psicología de la Salud: una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile*, 135(5), 647-652.
- Piña, J. (2004). La psicología y los psicólogos en el sector de la salud en México: algunas realidades perturbadoras. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 191-205.
- Piña, J. (2008). Variaciones sobre el modelo psicológico de salud biológica de Ribes: justificación y desarrollo. *Universitas Psychologica*, 7, 19-32.
- Piña, J., Ybarra, J., Alcalá, I. y Samaniego, R. (2009). Psicología y salud (I): la importancia de llamarse modelo y apellidarse teórico-conceptual. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 2, 21-29.
- Puji, C. (2008). Mejorar la autoeficacia: la experiencia de Indonesia. *Diabetes Voice*, 53 (1), 13-15.
- Ribes, E., & López, F. (1985). *Teoría de la conducta*. México: Trillas.
- Ribes, E., Díaz-González, E., Rodríguez, M. L., y Landa, P. (1986). El análisis contingencial: una alternativa a las aproximaciones terapéuticas del comportamiento. *Cuadernos de Psicología*, 8(2), 118-126.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. México: Trillas.
- Rodríguez, M. L. (2011). *Análisis contingencial*. México: FES Iztacala.
- Rodríguez, M. L., Rentería, A. y Rodríguez, N. Y. (2016). Cambios en la dieta y en indicadores antropométricos de pacientes diabéticos a partir de un programa psicológico de intervención. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 8(1), 43-49.
- Ryle, G. (1967). *El concepto de lo mental*. Buenos Aires: Paidós.
- Teixeira, J (1993). *Psicología de la salud*. Lisboa: ISPA
- Yacuzzi, E. (2005). El estudio de caso como metodología de investigación teoría, mecanismos causales. *UCEMA Publicaciones*. Recuperado el 23 de Agosto del 2013 de: <http://www.cema.edu.ar/publicaciones/download/documentos/296.pdf>
- Zárate, A. (1997). *Diabetes mellitus: bases para su tratamiento*. México: Trillas.