



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Propuesta de taller para mejorar la adherencia a
la dieta en pacientes con diabetes tipo II

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A (N)

Juan Carlos García Rodríguez

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

Dictaminadores: **Mtro. Eugenio DíazGonzález Anaya**

Dr. Carlos Nava Quiroz



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2010



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.

Índice:

Capítulo 1. La diabetes	3
Capítulo 2. El comportamiento y la Salud	16
Capítulo 3. El Modelo Psicológico de la salud Biológica	39
Capítulo 4. Propuesta de taller para mejorar la adherencia A la dieta en pacientes con Diabetes tipo 2	50
Bibliografía	107
Anexos	113

Capítulo 1. La Diabetes

La diabetes es una enfermedad crónica, asociada a una considerable morbilidad y mortalidad, así como a un elevado costo económico para quien la padece. Según datos proporcionados por Olaiz, Rojas, Barquera, Shamah, Aguilar, Cravioto, López, Hernández, Tapia, y Sepúlveda (2003) de la Encuesta Nacional de Salud 2000, la prevalencia de diabetes mellitus en la población mexicana de 20 años o más fue del 7.5%, y la tasa de mortalidad, causada por esta enfermedad en el año 2005 fue de 67090 decesos (SSA, 2005), siendo a partir de este año la primera causa de muerte en el país. Las perspectivas a futuro sobre esta enfermedad no son nada halagadoras, ya que se estima que para el año 2025 habrá 12 millones de habitantes con Diabetes en México.

La diabetes tiene una repercusión directa en la calidad de vida de los pacientes ya que es una enfermedad discapacitante por los daños micro y macro vasculares provocados a diferentes niveles del organismo, los cuales se expresan en formas tan diferentes como la ceguera, el daño renal o las amputaciones de miembros. Al ser sus complicaciones agudas y crónicas provocan una gran hospitalización de los pacientes. Además de lo antes expuesto, la diabetes está asociada a otros problemas de salud en México como son la obesidad, la hipertensión y las enfermedades cerebro vasculares (Vázquez, Gómez y Fernández, 2006).

Lo anterior hace de la diabetes un problema prioritario para los sistemas de salud en México, en donde el control de la enfermedad es lo más importante, ya que según datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000 (op. cit.) solo el 82.4% de los diabéticos con diagnóstico médico reciben tratamiento para su enfermedad.

Otro de los principales problemas de la diabetes es el elevado costo que tiene la enfermedad para el sector Salud ya que, según datos proporcionados por Membreño y Zonaña (2005), los pacientes diabéticos requieren 2.4 veces más hospitalización que la de la población general y aumenta en los de mayor edad. Algunos autores como Olaiz, Rojas, Aguilar, Rauda, y Villalpando, (2007) dicen que los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000 son prueba del grave problema que representa la Diabetes Mellitus para México, ya que su efecto se magnifica al afectar con mayor frecuencia a grupos de población cuyos factores sociales o económicos limitan su acceso al tratamiento.

La palabra Diabetes proviene del latín *diabētes*, y éste del griego διαβήτης (*diabētes*) que significa ‘correr a través’. Compuesto de δια (*dia*): “a través”; y βήτης (*bētes*): “correr”; derivado de διαβαίνειν (*diabaínein*): ‘atravesar’. Hace referencia al «paso rápido» del agua, debido a la sed y orina frecuentes.

La diabetes Mellitus es una enfermedad que se caracteriza por no ser una patología única sino un síndrome, bajo esta denominación se incluyen afecciones diferentes pero con una característica común: la hiperglucemia (cantidad excesiva de glucosa en la sangre, en ayunas la glucosa sanguínea de una persona no debe exceder de 105 mg/dl.) y sus consecuencias. Es importante señalar a este respecto que existen dos diferentes tipos de Diabetes Mellitus que son la tipo 1 y la tipo 2.

A continuación se describen las características de cada una de éstas de acuerdo a la información proporcionada por Alpízar (2001).

a) Diabetes Mellitus tipo 1

Se caracteriza por la destrucción de las células β del páncreas (son un tipo de células que sintetizan y segregan la insulina, una hormona que controla los niveles de glucosa en la sangre) que suelen llevar a deficiencia absoluta de insulina. Los pacientes pueden ser de cualquier edad, casi siempre delgados, y suelen presentar comienzo abrupto de signos y síntomas con insulinopenia (carencia de insulina) antes de los 30 años de edad. Con frecuencia tienen cetonuria (trastorno médico caracterizado por una alta concentración en la orina de cuerpos cetónicos, como la acetona) asociada a la hiperglucemia y dependen del tratamiento con insulina para prevenir cetoacidosis (es la deficiencia parcial o total de la insulina en el organismo) y mantener la vida. Existen dos subtipos: la autoinmunitaria y la idiopática. La diabetes autoinmune se caracteriza, como su nombre lo indica, principalmente por un proceso de autoagresión del Sistema Inmune contra células β del islote pancreático endocrino, debido a factores aún no bien conocidos; mientras que en la idiopática los individuos padecen cetoacidosis episódicas y, entre episodios, muestran un grado variable de deficiencia insulínica. Esta forma de diabetes es mayormente hereditaria, carece de evidencia de autoinmunidad hacia las células β , y la dependencia absoluta de la insulina en los pacientes afectados puede variar de un momento a otro.

b) Diabetes Mellitus tipo 2

Se presenta en individuos que tienen resistencia a la insulina y en forma contigua una deficiencia en su producción, puede ser absoluta o relativa. Aquí se incluye a cerca del

90% de los pacientes con Diabetes mellitus. Los pacientes suelen ser mayores de 30 años cuando se hace el diagnóstico, son obesos y presentan relativamente pocos síntomas. No tienen la tendencia a la cetoacidosis, excepto durante periodos de estrés. Si bien no dependen del tratamiento con insulina para sobrevivir, pueden requerirla en algunos casos para el control de la hiperglucemia.

Es importante señalar aquí que el taller que se propone en este trabajo tendrá como objetivo atender a pacientes con diabetes tipo 2, ya que es el tipo de diabetes más frecuente en la población mexicana, razón por la cual a partir de este momento toda la información vertida será respecto a la Diabetes Mellitus tipo 2.

Como mencionamos, la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) no puede atribuirse a un solo mecanismo patológico, ya que se caracteriza por varias anormalidades metabólicas, incluyendo una función deficiente de las células β y la resistencia a la insulina en los músculos esqueléticos, el tejido adiposo y el hígado. Estas anormalidades causan hiperglucemia crónica y a largo plazo complicaciones graves. Se considera a la resistencia a la insulina como uno de los mecanismos subyacentes al desarrollo de la DM2. La resistencia a la insulina reduce dramáticamente la absorción de glucosa en el tejido periférico y causa una sobreproducción de glucosa en el hígado. Ambos defectos contribuyen a mantener la hiperglucemia en pacientes con DM2.

En etapas tempranas del proceso de la enfermedad, la resistencia a la insulina ya está presente, y los pacientes son hiperinsulinémicos aunque no hiperglucémicos; sin embargo, con el tiempo los mecanismos compensatorios fallan y los pacientes progresan a una diabetes tipo 2 manifiesta.

Una vez desarrollada la enfermedad se destacan tres alteraciones fisiopatológicas: trastorno de la secreción de insulina, resistencia periférica a la insulina y producción excesiva de glucosa hepática, predominando una u otra según sea el caso.

De acuerdo con lo anterior, en la DM2 existe una resistencia periférica de la insulina (RI), la cual solo produce diabetes cuando la reserva secretora de células β se deteriora no siendo efectiva la hiperinsulinemia compensadora; desarrollándose entonces una intolerancia a los hidratos de carbono, caracterizada por grandes elevaciones de la glicemia postprandial y cuando declina aun más la secreción de insulina y aumenta la producción hepática de glucosa, se produce DM2 con hiperglicemia también de ayuno (Contreras, 2004).

Los síntomas fundamentales de la diabetes según Cañadell (1980) son:

- 1) La sed. En la diabetes totalmente establecida, la sed suele ser abrasadora, un diabético puede llegar a beber cinco o seis litros de agua en el transcurso del día, a este trastorno se le llama polidipsia.
- 1) La poliuria. El fenómeno de orinar más cantidad de lo normal se denomina poliuria, es consecuencia del esfuerzo que hace el organismo diabético para eliminar el azúcar inaprovechable y causa directa de la polidipsia. El volumen de la orina emitida es equivalente a la cantidad de líquidos ingeridos y tiene la característica de parecer muy diluida, casi incolora. Sus gotas al secarse, dejan manchas blanquecinas formadas por el depósito de azúcar.
- 2) La pérdida de peso. Es paradójico que la obesidad sea una de las causas que predisponen a la diabetes, mientras que cuando surge la enfermedad el peso se reduce o, cuando menos, deja de aumentar. Esta pérdida de peso no supone un signo favorable, ya que no solamente representa una disminución de la grasa, sino que también una pérdida de proteínas, cuyos aminoácidos pasan a ser glucosa
- 3) El cansancio. El cansancio es uno de los síntomas mas difíciles de valorar, la pérdida de energía del diabético suele ser en los jóvenes, lentamente progresiva y acaba por ser intensa.

Las complicaciones que la diabetes mellitus tipo 2 provoca, pueden dividirse según su grado de evolución en agudas y crónicas. Entre las agudas están:

- 1) Estado hiperosmolar no cetósico: También conocido como "coma diabético" es la complicación aguda que predomina en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en este caso el aumento de la glicemia y el estado de deshidratación conllevan a un aumento de la osmolaridad plasmática y se manifiesta principalmente por alteraciones neurológicas.
- 2) Hipoglucemia: Disminución del nivel de glucosa en sangre por debajo de los 50 mg/dl. Puede ser consecuencia de ejercicio físico no habitual o sobreesfuerzo, sobredosis de insulina, cambio en el lugar habitual de inyección, ingesta insuficiente de hidratos de carbono, diarreas o vómitos, etcétera.

Entre las complicaciones crónicas encontramos:

- 1) Retinopatía diabética

- 2) Nefropatía diabética
- 3) Cataratas
- 4) Macroangiopatía: trastorno de las grandes venas. Esta enfermedad conduce a infartos, apoplejías y trastornos de la circulación sanguínea en las piernas. En presencia simultánea de polineuropatía y, a pesar de la circulación sanguínea crítica, pueden no sentirse dolores.
- 5) Pie diabético: heridas difícilmente curables y la mala irrigación sanguínea de los pies, puede conducir a laceraciones y eventualmente a la amputación de las extremidades inferiores.

Existe una gran variedad de variables asociadas con la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), tal vez la principal es la obesidad, el riesgo se correlaciona más con la obesidad central o androide, que con la obesidad periférica. La obesidad, especialmente la central, causa una resistencia periférica de la insulina y puede disminuir la sensibilidad de la célula β a la glucosa. Estos efectos pueden ser revertidos con la disminución del peso corporal. El ejercicio también puede mejorar la tolerancia a la glucosa y prevenir el desarrollo de diabetes.

Una dieta rica en grasa saturada es probablemente el principal determinante dietético en la DM2. También alimentos con índice glucémico alto son capaces de causar aumento de la glucosa plasmática importante, una mayor demanda de insulina y mayor riesgo de desarrollar diabetes (Contreras, 2004).

Lo anterior ha sido descrito por diversos autores, entre ellos Vázquez, Gómez y Fernández (2006), quienes en una investigación conducida en una clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social encontraron que el sobrepeso y la obesidad se identifican como factores asociados de forma directa con la diabetes, ya que entre los pacientes del Seguro Social, la diabetes fue dos veces más frecuente en las personas obesas que en las de peso normal y cuatro veces más en aquellos con obesidad abdominal

Otra de las principales variables asociadas con la diabetes es la edad, la prevalencia de DM2 aumenta con la edad siendo más frecuente en poblaciones mayores de 60 años. También se ha observado que la prevalencia de la DM2 aumenta en varios grupos étnicos, y que la característica más significativa en estos grupos es la ganancia de peso y la disminución de la actividad física.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud la relación que guardan la presencia de diabetes y el nivel de escolaridad es inversamente proporcional, es decir, se presenta con mayor frecuencia en los grupos con menor escolaridad. Los datos de esta encuesta muestran que los sujetos que contaban con estudios de secundaria o con un mayor nivel escolar mostraban una prevalencia menor al 5%; para aquellos que contaban únicamente con educación preescolar o de primaria, su prevalencia se duplicó y para los que no contaban con ningún nivel escolar, la prevalencia se triplicó.

La información sobre los factores de riesgo vinculados con Diabetes Mellitas tipo II proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud, han sido confirmados por diversos autores como: Samaniego y Álvarez (2006); Olaiz, Rojas, Aguilar, Rauda y Villalpando (2007b); Cabrera, Novoa y Centeno (1991); Cárdenas, Pedraza. y Lerma (2005); estas investigaciones demuestran que la Diabetes Tipo 2 tiene mayor incidencia y prevalencia en el género femenino, la mayoría de las pacientes tenía una escolaridad baja, ocupaciones hogareñas y eran personas casadas; la mayoría de los enfermos tenían antecedentes familiares de Diabetes Mellitus; también presentaban la coexistencia de otras enfermedades como hipertensión arterial, enfermedad renal o hipocolésterol; obesidad abdominal; y como un dato de interés, la mayor parte de los paciente con Diabetes no dispone de un aparato personal para la medición correspondiente de la glucosa, lo que se refleja en un insuficiente control de la enfermedad con las correspondiente implicaciones terapéuticas que esto conlleva.

A modo de conclusión presentamos una tabla proporcionada por (Alpizar 2001) la cual presenta los factores tanto modificables como no modificables para desarrollar Diabetes Mellitus tipo II.

Factores de riesgo *No modificables* para diabetes mellitus

- 1 Edad igual o mayor a 45 años
- 2 Antecedente de diabetes mellitus en un familiar de primer grado (padres, hermanos, hijos)
- 3 Antecedente de haber tenido un hijo con un peso al nacer >4 Kg.

Factores de riesgo *modificables* para diabetes mellitus

- 1 Obesidad
2. Sobrepeso

3. Sedentarismo
4. Tabaquismo
5. Manejo inadecuado del estrés
6. Hábitos inadecuados de la alimentación
7. Estilo de vida contrario a la salud
8. Índice de masa corporal $> 27 \text{ Kg. /m}^2$ en hombres y $> 25 \text{ Kg. /m}^2$ en mujeres
9. Índice cintura-cadera > 0.9 en hombres y > 0.8 en mujeres
10. Presión arterial con cifras $> 140/90 \text{ mmHg}$
11. Triglicéridos $> 150 \text{ mg/dl}$
12. HDL de colesterol $> 35 \text{ mg/dl}$

Tratamiento

Lerman (1994) comenta que con frecuencia se emplea la expresión control de la diabetes como sinónimo de control metabólico, lo cual no es correcto ya que el control metabólico solo es una parte del control de la diabetes. El control de la diabetes comprende el conjunto de acciones encaminadas a vigilar y corregir todos los aspectos de la enfermedad que alteran el bienestar cotidiano del paciente.

El plan general de atención debe incluir, cuando menos, dieta (plan nutricional), medicamentos (hipoglucemiantes orales o insulina), ejercicio, instrucción del paciente, vigilancia por el paciente de la glucemia capilar y revisión periódica por el médico, tanto del control metabólico como de los hallazgos físicos y las pruebas de laboratorio, para detectar oportunamente las complicaciones específicas.

La dieta es la piedra angular del tratamiento. El objetivo es obtener y mantener el peso ideal del paciente, proporcionando el aporte calórico apropiado de acuerdo a la edad, diferencia del peso actual con el peso ideal y actividad física. Se debe considerar el tipo de trabajo, horario de los alimentos y la distribución calórico durante el día, así como el porcentaje de carbohidratos, proteínas y grasas.

El ejercicio es recomendable ya que incrementa la sensibilidad a la insulina y así mejora el control de la glucemia y el perfil de los lípidos. El ejercicio intenso (caminata de más de 60 Km. por semana) mejora la presión arterial, favorece la pérdida de peso, produce acondicionamiento cardíaco y da sensación de bienestar.

Los medicamentos deberán seleccionarse de manera adecuada en función del tipo de diabetes, función renal, presencia de complicaciones y actividad física del paciente.

Alpízar (2001) señalan también que los objetivos de tratamiento deben ir encaminados a aliviar y prevenir tanto los síntomas como las complicaciones de la diabetes:

- 1) Lograr el bienestar de los pacientes con diabetes mellitus e intolerancia a la glucosa, aliviando y previniendo los síntomas de la hiper e hipoglucemia
- 2) Evitar o retardar las complicaciones de la diabetes mellitus, logrando un control metabólico óptimo y una reducción de los factores de riesgo cardiovascular para cada paciente. Esto incluye el peso corporal, los lípidos y la presión arterial , así como los niveles de glucosa en sangre
- 3) Detectar el desarrollo precoz de complicaciones, para poder instaurar el tratamiento en el momento adecuado

De la misma forma Alpizar (op. cit.) nos señalan que las estrategias de manejo del paciente diabético son:

a) Tratamiento no farmacológico:

- 1) Educación para la Salud
- 2) Plan alimentario y control de peso
- 3) Actividad física
- 4) Tratamiento combinado

b) Tratamiento farmacológico:

- 1) Agentes hipoglucemiantes orales (secretagogos de insulina)
- 2) Antihiperlucemiantes
- 3) Sensibilizadores de la insulina
- 4) Insulina
- 5) Terapia combinada

El tratamiento de la diabetes se inicia regularmente con actividad física, medidas dietéticas y educación. Cuando tales medidas no son suficientes para obtener un control adecuado de la glucemia, deben considerarse medidas farmacológicas, entre las que se incluyen diversos medicamentos con diferentes mecanismos de acción, a saber:

- 1) Los secretagogos de insulina: nateglinida, sulfonilureas y repaglinida
- 2) Antihiperglucemiantes: los inhibidores de la alfa-glucosidasas, las biguanidas y las tiazolidinedionas (rosiglitazona y pioglitazona).

Tales fármacos deben utilizarse inicialmente en monoterapia, si después de un período adecuado (por lo general de 3 a 6 meses), dicho esquema es insuficiente para obtener un control glucémico adecuado, entonces se considera la necesidad de tratamiento combinado.

Los secretagogos de insulina son medicamentos que estimulan a los islotes β del páncreas para incrementar la liberación de insulina, mientras que los antihiperglucemiantes tienen diferentes mecanismos de acción, entre los que se incluye retraso en la absorción de carbohidratos en la luz intestinal (inhibidores de la alfa-glucosidasa) o aumento de la sensibilidad a la glucosa (biguanidas y tiazolidinedionas). Estos medicamentos se denominan antihiperglucemiantes debido a que tienen un mecanismo de acción diferente al incremento de la insulina circulante y tienen menor probabilidad de causar hipoglucemia.

Cuando el objetivo del tratamiento no se alcanza con una dieta específica, ejercicio y prescripción de sulfonilureas, biguanidas, o inhibidores de la alfa-glucosidasa, está indicado instaurar el tratamiento con insulina.

La insulina no presenta interacciones medicamentosas, además de que un tratamiento con insulina requiere que un paciente sea capaz por si solo de llevar un control adecuado bajo supervisión. Las complicaciones más graves del tratamiento con insulina son las hipoglucemias.

Por último, Berger y Muhlhauser (2002) expresan que en el tratamiento oral de la Diabetes Mellitus 2 (DM2) es obligatorio definir los principales objetivos terapéuticos, en función de lo que se espera obtener en cada paciente. En primer lugar la calidad de vida del paciente debe mantenerse lo más normal posible, previniendo complicaciones agudas y síntomas derivados de la hiperglucemia y evitando intervenciones iatrogénicas innecesarias, una dieta estricta y fármacos superfluos, con riesgo de efectos secundarios. En segundo lugar, deben evitarse las complicaciones a largo plazo, en este contexto el principal problema médico de los pacientes con DM2 es una morbilidad cardiovascular excesiva. En menor grado, los pacientes con DM2, especialmente cuando la enfermedad se desarrolla a edades más tempranas (antes de los 60 años), también muestran riesgos de padecer complicaciones microangiopáticas.

La Obesidad y la Diabetes

Como pudimos revisar, la obesidad está presente en la mayoría de los pacientes diabéticos y es la causa principal de muchas de sus complicaciones, Geoffrey, Pickup y William (2002) afirma que la obesidad es el mayor reto en el tratamiento de la diabetes, ya que muchas de las complicaciones y de las condiciones asociadas a la diabetes, incluyendo la dislipemia, la hipertensión, la cardiopatía coronaria, y los accidentes vasculares; pueden considerarse complicaciones asociadas tanto a la obesidad como a la propia diabetes, incluso problemas como las úlceras del pie tienen menor probabilidad de solución, si el paciente es obeso.

Un problema vinculado directamente con el de la obesidad es el de la dieta, ya que existe un grave problema de adherencia a la dieta recomendada para el control de la enfermedad por parte de los pacientes con Diabetes Mellitus 2 (DM2).

La importancia de la dieta en la DM2, radica no solo en la disminución de la obesidad en los pacientes con DM2, una dieta adecuada permite un control metabólico de la enfermedad lo cual hace que se incremente notablemente la calidad de vida de los pacientes y la dependencia del consumo de medicamentos para el control de la enfermedad.

Lo anterior está respaldado por el hecho de que se han encontrado resultados efectivos en el control de la diabetes utilizando dieta sola, comparada con tratamiento en el que se utilizan las sulfonilureas, la metformina o la insulina como tratamiento primario de los pacientes obesos con diabetes tipo 2 (Cabrera, Novoa y Centeno, 1991)

Complementando lo anterior, Geoffrey, Pickup y Williams (2002) nos dice que se ha demostrado que la pérdida de peso con dietas convencionales con una reducción de 500-800 Kcal, o una pérdida ponderal mayor utilizando, por ejemplo, dietas con muy pocas calorías, son efectivas para mejorar el control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, pero estas intervenciones, dice el autor, son difíciles de mantener a largo plazo, ya que la mayoría de los pacientes recuperan el peso perdido en 12 meses. El problema con estas intervenciones es que solo son informativas y no entrenan al paciente en las conductas necesarias para obtener un adecuado control de la dieta. Estos resultados hacen pensar en la necesidad de replantear y diseñar programas de educación dietética para la Diabetes que permitan la instauración y modificación de los hábitos y conductas, y que no se limite el proceso a la entrega de información.

Algunos autores como Cabrera, Novoa y Centeno (1991) sostienen que existe un alto nivel de conocimientos y actitudes sobre la educación dietética, pero un bajo nivel de prácticas educativo dietéticas, lo cual se ve reflejado en una baja adherencia hacia la dieta por parte de los pacientes con DM2, ya que hace falta no solo darles información, sino instruirlos en lo que tienen que hacer, por qué lo tienen que hacer, reconocer cuándo lo tienen que hacer y aprender a controlar su alimentación de formas diferentes.

Otra de las principales variables vinculadas con la obesidad en pacientes con DM2 es la actividad física, ya que es uno de los mayores retos a vencer en los pacientes, Morrato, Hill, Wyatt, Ghushchyan, y Sullivan (2007) nos dicen que solo el 39 por ciento de los pacientes con diabetes son físicamente activos, versus un 58 por ciento de los pacientes sin diabetes, lo que nos habla de un estilo de vida sedentario en los pacientes con diabetes y lo complicado que puede llegar a ser romper con estos estilos de vida.

Otra ventaja de la actividad física para los pacientes con DM2, es que el ejercicio puede mejorar la tolerancia a la glucosa y ayuda a incrementar la expectativa de vida de aquellos pacientes con diabetes que realizan por lo menos 3 veces a la semana alguna actividad física (Jonker, Laet, Franco, Peeters, Mackenbach y Nusselder, 2006) El realizar actividad física no solo implica mejoras para la salud de paciente, también tiene un impacto directo en la calidad de vida del paciente y en la reducción de los costos de la enfermedad al necesitar un menor número de medicamentos e intervenciones clínicas.

Adherencia terapéutica

Como revisamos hasta aquí, la adherencia terapéutica a la dieta y a la actividad física es un factor fundamental para el control de la diabetes, ya que permite disminuir la obesidad en el paciente, eliminar la dependencia al uso de medicamentos y mejorar su calidad de vida.

Libertad y Grau (2004) refieren que la adherencia terapéutica es un fenómeno complejo que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza, en esencia, nos indican, que es un comportamiento humano (un repertorio conductual) modulado por comportamiento subjetivo y en esta dimensión debe ser comprendido, abordado e investigado.

La conducta de cumplir con el tratamiento está mediada, entre otras cosas, por el sistema de conocimientos y creencias que el paciente tenga acerca de su enfermedad, su motivación para recuperar la salud o por adaptarse adecuadamente a su condición de enfermo.

Libertad y Grau (op. cit.) señalan que las conductas que reflejan problemas de adherencia al tratamiento son las siguientes: dificultades para comenzar el tratamiento, suspensión prematura, cumplimiento incompleto o deficiente de las indicaciones que se expresa en errores de omisión, de dosis, de tiempo, o de propósito (equivocación en el uso de uno u otro medicamento); ausencia a consultas e interconsultas, y rigidez de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento de la enfermedad; se destaca también la práctica de la automedicación.

Además de Libertad y Grau (op. cit.), autores como Villa y Vinaccia (2006) han definido grupos de factores que influyen en la conducta de cumplimiento o incumplimiento del tratamiento del paciente con Diabetes tipo 2. Los grupos son los siguientes:

1 Variables propias de la interacción con el profesional sanitario: En este grupo de variables se encuentra la satisfacción del paciente en el proceso de interacción con los profesionales de la salud y las características de la comunicación que éste establece con su médico, ya que los pacientes más insatisfechos con sus médicos tienen mayores probabilidades de no llevar a cabo las instrucciones de tratamiento, por lo cual es de suma importancia la comunicación, el reconocimiento de la individualidad del paciente, la calificación profesional percibida y las características del lugar en que se percibe la atención.

2 Características del régimen terapéutico: En el segundo grupo de factores se distingue, en primer lugar, la complejidad del tratamiento, que se refiere al grado de cambio comportamental requerido y que produce una tasa de cumplimiento baja. El número de medicamentos consumibles, la frecuencia del consumo, la combinación de distintos tipos de intervención y especialmente la duración del tratamiento, ya que los autores, citando a Peck y King (1985), nos indican que las prescripciones que requieren un plazo largo no son seguidas por el 50 % de los pacientes al momento de comenzarlas y que tal incumplimiento va incrementándose a medida que pasa el tiempo. También la relación costo-beneficio del régimen de tratamiento puede resultar relevante, ya que los costos pueden ser diversos (económicos, sociales, laborales, familiares, emocionales,

etc.), también está la presencia de efectos secundarios que afectan la tasa de adherencia porque pueden llegar a ser más perturbadores que los síntomas de la enfermedad; los posibles efectos colaterales de los medicamentos pueden actuar como estímulos aversivos.

3 Naturaleza de la enfermedad: las enfermedades agudas con síntomas de dolor o incomodidad producen mayor tasa de cumplimiento, pero ésta es menor en las enfermedades crónicas y sobretodo en las asintomáticas.

4 Factores Psicosociales: entre estos se encuentran las creencias del paciente asociadas a la percepción de la severidad de la enfermedad y la estimación del riesgo de enfermedad o vulnerabilidad percibida, en segundo término con la creencia del paciente de que puede ejecutar la respuesta necesaria y por último, con la creencia de que la respuesta será mas eficaz que los costos ocasionados por la conducta (utilidad percibida)

5 Apoyo familiar y social: contribuye a incrementar la ejecución de las prescripciones al animar al paciente a mantener el régimen médico; de igual manera, el refuerzo de la familia y otras personas significativas pueden facilitarlos. Cuando las recomendaciones incluyen cambios en los estilos de vida y el apoyo de otros puede ser especialmente necesario ese refuerzo de los allegados para iniciar y mantener los cambios.

A modo de conclusión podemos decir que el principal problema vinculado al control de la enfermedad es la obesidad y sobrepeso que presentan los pacientes diabéticos. La obesidad está directamente vinculada a la falta de ejercicio físico y al seguimiento de una dieta adecuada, estos dos factores son las conductas que presentan un mayor porcentaje de incumplimiento en la diabetes tipo 2, es importante señalar que para obtener una mejor adherencia terapéutica es importante modificar los repertorios conductuales tanto de la familia del paciente como del personal médico, ya que se ha observado que estos están íntimamente ligados al problema de adherencia, por ello es importante revisar las aportaciones que puede hacer la ciencia del comportamiento a este respecto.

Capítulo 2. El comportamiento y la Salud

Psicología de la Salud

La psicología de la salud surge en 1978, cuando la Asociación psicológica Americana creó la división 38, dedicada a la psicología de la salud, como una organización científica, educativa y profesional para aquellos psicólogos interesados en determinadas áreas situadas en todo aquello que conecta a la medicina y la psicología.

Sebastiáni, Pelicioni y Chiattonne (2002) señalan que la American Psychological Association (APA) destaca como atribuciones del Psicólogo de la Salud las siguientes:

1. La identificación precoz de personas en situación de riesgo, definido en términos psicológicos, comportamentales y socioculturales.
2. El desarrollo de programas efectivos de promoción de conductas saludables, considerando particularmente las cuestiones ambientales a las cuales normalmente se somete al individuo.
3. La investigación, la comprensión y la intervención en factores que permitan una buena calidad de vida en personas portadoras de enfermedades crónicas.
4. La necesidad de realizar estudios e intervenciones en el campo comunitario y de la salud pública.
5. La necesidad de enfocar los problemas de salud desde una perspectiva global.

Brannon y Feist (2001) dicen que la psicología de la salud debe ser una especialidad dentro de la psicología que contribuye tanto a la medicina conductual como a la salud conductual, utilizando la ciencia de la psicología para mejorar la salud, prevenir y tratar la enfermedad, identificar los factores de riesgo y mejorar el sistema sanitario.

Para Arco y Fernández (2002), a falta de vacunas u otras soluciones farmacológicas que eliminen los problemas de salud, los distintos profesionales implicados en el tratamiento de tales problemas y especialmente los profesionales de las ciencias del comportamiento, se encuentran ante el desafío de encontrar estrategias de

intervención alternativas que de ser posible, aporten soluciones integradoras y duraderas a los problemas de la salud humana.

Una vez delimitada la concepción de la psicología de la salud, y su utilidad en el campo de la salud humana, pasaremos a revisar las aportaciones que la psicología de la salud ha tenido para solucionar los principales problemas vinculados con la Diabetes Mellitus Tipo II.

Intervenciones conductuales enfocadas a los principales problemas no resueltos de la diabetes

Para empezar este apartado vamos a exponer brevemente cómo la psicología ha abordado el problema de la diabetes.

Peyrot y Rubin (2007) llevaron a cabo una revisión de las principales intervenciones conductuales y psicosociales vinculadas con la diabetes, teniendo como marco conceptual de esta revisión el enfoque dominante actual que es el del afrontamiento.

Estos autores afirman que las principales intervenciones conductuales y psicosociales enfocadas a la diabetes se han dividido en dos principales dominios:

- a) Intervenciones de autocuidado, las cuales incluyen temas como la aceptación del régimen y la adherencia a éste
- b) Intervenciones emocionales, donde se aborda la relación que existe entre la diabetes y el estrés; y la diabetes y la depresión.

Estos dos dominios corresponden según los autores a los dos diferentes tipos de estrategias de afrontamiento que hay, las cuales son:

- a) Estrategias de Afrontamiento centradas en el problema, que incluyen estrategias para resolver y / o prevenir problemas.
- b) Estrategias de Afrontamiento centradas en las emociones, que incluyen estrategias para hacer frente a las emociones negativas producto de la enfermedad.

Las intervenciones de auto-cuidado se han basado en la utilización de estrategias de afrontamiento centradas en el problema; y las emocionales utilizan estrategias de afrontamiento centradas en las emociones.

Los mismos autores reconocen que muchas de las estrategias utilizadas en estas intervenciones no tienen un fundamento teórico o académico suficiente, lo cual podría

resultar desconcertante para aquellos que quisieran un marco teórico conceptual congruente.

A continuación se presenta una tabla propuesta por Peyrot y Rubin (op. cit) que ilustra las principales teorías y modelos del cambio conductual, así como los conceptos e intervenciones de los que se sirven:

Tabla 1. Teorías/Modelos de Cambio Conductual, conceptos e intervenciones

Categoría	Teoría	Término/Concepto	Intervención
Motivador	BMR HBM CSM	Necesidad Susceptibilidad, severidad Identificar señales Consecuencias	Información
Motivador	HBM CSM TPB	Beneficios del tratamiento Control de creencias Control conductual percibido	Información Entrevista Motivacional
Motivador	OLT	Incentivos/recompensas	Contrato Conductual
Inhibidor	BMR HBM	Factores de Bloqueo Barreras para la acción	Solución de problemas, cambios en el medio ambiente Entrenamiento en solución de problemas, Entrenamiento en habilidades de enfrentamiento, auto- monitoreo
Facilitadores	BMR	Factores Facilitadores	Entrenamiento en solución de problemas, Entrenamiento en habilidades de enfrentamiento, auto- monitoreo
Motivadores Inhibidor	SCT, TTM TTM	Auto-eficacia Toma de decisiones (costos y beneficios)	Información Entrevista Motivacional
Intenciones	BMR,TPB, TRA SRT TTM	Intenciones Metas Disposición	Logro de metas
Factores Desencadenantes	BMR HBM	Factores de precipitación Señales de acción	Cambios en el medio ambiente, Auto- monitoreo y Contrato conductual

* Abreviaciones en Inglés

BMR: Modelo Conductual Revisado	CSM: Modelo del Sentido Común
HBM: Modelo de las creencias en salud	OLT: Teoría del condicionamiento operante
TPB: Teoría de la conducta planeada	TRA: Teoría de la acción razonada
TTM: Teoría Social Cognitiva	SRT: Teoría de la autorregulación

Con respecto a la tabla 1, los autores explican que las intervenciones no son específicas a determinadas teorías; así que mientras que la mayoría de las intervenciones

conductuales podrían ser descritas como "basadas en la teoría," la eficacia de una intervención no necesariamente aporta pruebas de una teoría sobre otra.

Peyrot y Rubin (2007) sostienen que el objetivo de cambio conductual en las intervenciones de la diabetes debe abarcar cuatro categorías de factores: motivadores, inhibidores y facilitadores, intenciones, y los factores desencadenantes.

Los motivadores son factores que predisponen a una acción (necesidad percibida, percibir los beneficios del tratamiento, expectativas de resultados, recompensas/incentivos y señales a la acción).

Los inhibidores/facilitadores son barreras para la acción; las barreras pueden ser la ausencia de requisitos previos para la acción (como las habilidades, o el apoyo), así como la presencia de un obstáculo.

Las intenciones son las causas próximas de un cambio conductual; esto es las personas deben tener una intención de cambio, estar dispuestos a cambiar en el presente, y un objetivo hacia el cual dirigir sus esfuerzos.

Los factores desencadenantes son los acontecimientos de cambio que predisponen a una persona a la acción.

Además de las teorías anteriores, Peyrot y Rubin mencionan que hay otros marcos teóricos como el del "empoderamiento" o "enfoque centrado en el paciente", el cual sugiere que el paciente se encuentra en el centro del proceso de cambio conductual, por lo que debe tener un autocuidado de su enfermedad y motivación interna para el cambio.

De este modo, según estos autores, el personal de salud debe tratar de fomentar la autonomía del paciente y lograr que cambie su propio comportamiento, y tanto la información como las intervenciones deben ser personalizadas, y no generalizarse a todos los pacientes.

A continuación se hará una revisión de las diferentes intervenciones conductuales enfocadas al control de la obesidad y la diabetes, partiendo como eje de análisis de los diversos marcos teóricos señalados por Peyrot y Rubin.

Intervenciones conductuales enfocadas al control de la obesidad y la diabetes

Con el propósito de esclarecer las diversas intervenciones conductuales en el campo de la psicología en lo que respecta al control de la obesidad y la diabetes, tomaremos como referencia la distinción hecha por Robles y Moreno (2002) respecto a que hay dos

teorías del aprendizaje que tratan de explicar la adopción de conductas que protegen la salud, estas teorías son la teoría del condicionamiento operante y las teorías cognitivas.

Teoría del Condicionamiento Operante

Robles y Moreno (2002) refieren que esta teoría establece que la frecuencia de una conducta está determinada por sus consecuencias; y no se requiere de ningún concepto mentalista (razonar, pensar, creer, etc.) para explicar el comportamiento de las personas.

Entre los estudios enfocados a la reducción de la obesidad que parten de esta teoría, se encuentra el llevado a cabo por Penick, Filion, Fox y Stunkard (1971) en donde, utilizando como marco teórico el condicionamiento operante, compararon la terapia en modificación de conducta en grupos versus la psicoterapia tradicional (charlas informativas sobre los riesgos de la obesidad e instrucción dietética), este estudio contó con una muestra de 32 pacientes obesos, los cuales estuvieron divididos en 2 grupos de 16 participantes cada uno. Un grupo recibió un tratamiento basado en la terapia de modificación de conducta, y el otro en psicoterapia tradicional.

En el programa de modificación de conducta se llevo a cabo una descripción de las conductas a ser controladas, por lo que los pacientes llevaron a cabo registros conductuales diarios, donde anotaban la cantidad, el tiempo y las circunstancias de la ingesta de alimentos. Con base en el reporte conductual los participantes discriminaron las conductas que determinaban su ingesta de alimentos, y se procedió a diseñar un programa para modificar estos comportamientos. En este programa se emplearon técnicas específicas para ayudar a los pacientes a disminuir la velocidad con la que comían, a tomar conciencia de los diversos componentes de la alimentación y el proceso para obtener el control de estos componentes. Los ejercicios incluyeron el conteo de cada uno de los bocados durante una comida y colocar los cubiertos en la mesa después de cada tercer bocado hasta que masticaran y tragaran todo el alimento, todos estos comportamientos estuvieron apoyados por un programa de reforzamiento positivo que utilizaba un sistema de puntos.

Los resultados mostraron que las técnicas de modificación de conducta fueron más eficaces en el tratamiento de la obesidad que la psicoterapia tradicional, ya que el 13% del grupo de modificación de conducta perdió más de 40 libras y otro 53% de las personas perdió más de 20 libras; dentro del grupo control, solo el 24% perdió mas de 20 libras. De acuerdo con los autores, estos resultados demuestran que las técnicas de modificación de conducta son un tratamiento efectivo en el control de la obesidad

Partiendo también del marco conductual, Dahms, Molitch, Bray, Green, Atkinson y Hamilton (1978) llevaron a cabo un estudio en el cual compararon los medicamentos mazindol, dietilpropion y un placebo, con una terapia conductual. El objetivo principal de esta intervención era evaluar la efectividad de la terapia conductual para producir pérdida de peso en pacientes no internados de una clínica enfocada a los problemas de obesidad, así como evaluar el costo y la presentación de efectos secundarios. La muestra estuvo compuesta por 120 sujetos de los cuales solo 33 completaron el estudio que duró 14 semanas. El programa de terapia conductual fue administrado por un dietista experto en técnicas de modificación de conducta y el tratamiento con fármacos fue administrado por un grupo de médicos.

En el programa de modificación de conducta, el núcleo de las sesiones consistió en enseñar a los pacientes los fundamentos de las técnicas de modificación de conducta, incluyendo el análisis y registro de cada uno de los alimentos consumidos, el asesoramiento sobre los cambios en los hábitos alimenticios y técnicas de ejercicio. Se hizo especial hincapié en la disminución de la ingesta alimenticia durante ciertos estados emocionales y en la eliminación de señales ambientales que los estimularan a comer. Una parte de cada sesión fue dedicada a enseñar educación nutrimental. En cada visita a la clínica se midió el peso, el pulso y la presión sanguínea a todos los pacientes.

Después de la intervención, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos, por lo que debido a que la terapia conductual requiere de poco tiempo por parte del médico para su tratamiento, es menos costosa, y evita los efectos secundarios de los medicamentos anorexígenos. Los autores consideran que podría ser una mejor opción que el tratamiento con fármacos para combatir la obesidad.

Berrocal, Luciano, Zaldívar y Esteve (2003) llevaron a cabo una intervención cuyo principal objetivo fue evaluar en qué medida la pérdida de peso corporal y grasa subcutánea se explican a través de la intervención de programas conductuales. Se utilizó una muestra de 120 sujetos obesos, 21 varones y 99 mujeres con edad media de 40 años. Se tomaron medidas del peso, grosor de pliegues subcutáneos y hábitos alimentarios y de actividad en el post-tratamiento, y a los doce meses de seguimiento. Los participantes fueron citados, en grupos de diez personas, para una primera reunión, y se les hizo entrega de tarjetas para el registro de hábitos alimentarios y de actividad física. Se realizaron ejemplos sobre el llenado de los mismos mediante modelamiento y ejemplificación de diferentes situaciones posibles.

Transcurridas dos semanas, dieron comienzo las fases de tratamiento, que se prolongaron entre once y dieciséis sesiones. Los tratamientos aplicados estaban dirigidos a la modificación de los hábitos de alimentación y actividad física que supuestamente se relacionan con el mantenimiento del exceso de grasa. En la última sesión de tratamiento, todos los participantes se volvieron a tomar medidas del peso y grosor de grasa subcutánea. A los doce meses de haber finalizado el tratamiento se procedió de nuevo a tomar medidas de los hábitos de alimentación, actividad y grasa corporal.

Después de la intervención se procedió a llevar a cabo el posttest en el que se evaluaron nuevamente las medidas del peso, grosor de pliegues subcutáneos, hábitos alimentarios y de actividad; los individuos que participaron en este estudio informaron, tras la intervención, tener mayor control de la conducta de ingesta bajo determinadas situaciones como la preparación de alimentos o bajo estados emocionales negativos, asimismo, parámetros como la velocidad, la frecuencia o regularidad de ingesta mejoraron con la aplicación de las intervenciones. Estos cambios reportan los autores, se mantuvieron en la evaluación realizada 12 meses después del entrenamiento. También la intervención realizada produjo cambios en los hábitos de actividad física, rutinaria y estructurada, de los individuos obesos. Los cambios producidos en unos y otros patrones comportamentales que son alimentación y actividad se tradujeron, a su vez, en pérdidas de grasa.

Los autores concluyen que los cambios en los hábitos alimentarios y de actividad que producen las intervenciones conductuales contribuyen de forma notable a la disminución del peso corporal.

Teorías cognitivas

Robles y Moreno (2002) dicen que en las teorías cognitivas se considera que el comportamiento está determinado por las expectativas que se formula un individuo acerca de que su comportamiento le permitiría alcanzar un resultado específico, estas autoras afirman que el modelo mas utilizado para promover comportamientos saludables ha sido el modelo de las creencias de salud.

Moreno y Roales (2003) explican que el modelo de creencias en salud tuvo su origen en la década de los 50, siendo desde su aparición uno de los marcos teóricos mas usados en la psicología de la salud, este modelo considera que los comportamientos

vinculados a la salud, son el resultado del conjunto de creencias y valoraciones internas que el sujeto aporta a una situación determinada. Los componentes básicos de este modelo se derivan de las siguientes hipótesis:

- a) El valor que un sujeto atribuye a una determinada meta
- b) La estimación que ese sujeto hace de la probabilidad de que una acción dada llegue a conseguir esa meta.

Dado lo anterior la susceptibilidad percibida, la severidad percibida, los beneficios perdidos y las barreras percibidas, serían las dimensiones de que consta el modelo de creencias de salud. Además de las dimensiones anteriores, el modelo señala la necesidad de considerar ciertos estímulos como imprescindibles para desencadenar el proceso de toma de decisiones, estímulos que han recibido el nombre de claves para la acción.

En el ámbito de la salud estas claves pueden ser internas (síntomas físicos, percepciones corporales, etc.) o externas (recomendaciones de los medios de comunicación, de los médicos, consejos de amigos, etc.), la intensidad necesaria de cada una de estas claves para desencadenar la conducta varía de persona en persona.

De este modo, se puede predecir la ocurrencia de una conducta de salud (o preventiva de la enfermedad) cuando el sujeto en cuestión se percibe como susceptible a un problema de salud que le amenaza, que valora como grave y respecto al cual considera que la acción que puede emprender será beneficiosa y no demasiado costosa.

Un ejemplo de la aplicación del modelo de las creencias de la salud, es el estudio llevado a cabo por Cerkoney y Hart (1980) quienes evaluaron la relación entre ciertas creencias que tenían los participantes sobre su estado de salud y el grado de adherencia al tratamiento, en pacientes con diabetes mellitus. Los participantes fueron 30 pacientes diabéticos que recibieron clases de educación diabética (información sobre la diabetes, la importancia de la dieta y la práctica de actividad física) en un hospital comunitario y posteriormente fueron entrevistados en sus hogares en un periodo comprendido entre 6 y 12 meses para evaluar su grado de adherencia después del curso. Las variables utilizadas para medir el nivel de cumplimiento de los pacientes fueron: el registro de auto-informes, la observación directa de las conductas de administración de insulina, las pruebas de orina, la dieta, la gestión de la hipoglucemia, el cuidado de los pies y uso de recetas proporcionadas. Los resultados encontrados fueron que todos los pacientes tuvieron un porcentaje de cumplimiento de al menos el 59% de los puntos que se

midieron, más de la mitad del grupo tuvo un porcentaje de cumplimiento de al menos el 70% de los puntos medidos; sin embargo, sólo el 7% cumplió con todos y cada uno de los puntos que se consideran necesarios para un buen control de su enfermedad. El grupo mostraba una mayor adherencia a lo que se refiere a la administración de insulina y menor adherencia con respecto a las pruebas de orina.

Después de evaluar la adherencia de los pacientes al tratamiento, se procedió a evaluar la relación entre la adherencia de los pacientes y sus creencias sobre la enfermedad (gravedad, susceptibilidad a los beneficios del tratamiento, barreras y claves para la acción). Los resultados mostraron que no se encontraron correlaciones significativas entre las creencias de los pacientes y sus conductas de adherencia, salvo en las áreas de cumplimiento y la motivación que se produjeron a través de señales para la acción, lo cual indica una falta de correspondencia entre las creencias de un sujeto y su comportamiento relacionado con la salud.

Un modelo cognitivo vinculado directamente al modelo de las creencias de salud, es el modelo transteórico que fue propuesto por Prochaska, DiClemente y Norcross en 1992, y que surgió a partir de la observación de lo que ocurre con los procesos de cambio en la psicoterapia cognitiva. El modelo se plantea como un esquema explicativo general del cambio. Se basa en la premisa que las personas pasan por una serie de etapas en su intento por cambiar una conducta. Estas etapas pueden ser tanto dinámicas como estables, es decir, pueden durar por un tiempo considerable, pero siempre está la posibilidad de cambio. Las cinco etapas que se dan en el proceso de cambio de conducta según esta teoría son: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento

El modelo postula como dos grandes factores que influyen en el cambio conductual: el balance decisional y la auto-eficacia. El balance decisional se refiere a la estimación de beneficios y costos de una conducta y sería un elemento muy importante en la toma de decisiones y por lo tanto en el cambio de la conducta. El otro elemento crítico en el cambio conductual, también presente en otros modelos, sería la autoeficacia, la cual involucra un juicio acerca de las propias habilidades para ejecutar una conducta requerida con el propósito de lograr ciertos resultados

Aunque la mayoría de las evidencias acumuladas respecto al modelo transteórico se refieren al cambio de conductas adictivas como fumar, el modelo también ha sido aplicado a otras conductas de salud, como en la intervención conducida por Everett, Sutton, Jarjoura, Smucker, Baughman y Capers (2005), cuyo principal objetivo fue

comparar los beneficios de una intervención basada el modelo transteórico de las enfermedades crónicas (TM-CD) versus un programa para aumentar la atención habitual (AUC), los procedimientos de AUC, se caracterizan por incrementar la atención de forma significativa del paciente sobre un aspecto relevante del tratamiento, ya sea a través de correspondencia, correos electrónicos o llamadas telefonicotas se hace un seguimiento detallado de algún aspecto relacionado con la enfermedad del paciente. En este estudio se asignaron de forma aleatorizada a pacientes con sobrepeso y obesidad en 2 grupos, un grupo recibió intervención basada en TM-CD y otro en AUC

Los pacientes que participaron en el grupo AUC, incluyeron en su tratamiento la recomendación de llevar a cabo dieta y ejercicio físico, recetas de alimentos saludables y recordatorios sobre su dieta, por parte de un especialista, 3 veces al día durante seis meses.

El programa TM-CD incluyó los elementos del AUC, más los componentes del modelo transteórico, entre otros la motivación como componente fundamental para la adquisición de hábitos de vida saludables, este factor según los autores, es de gran importancia en personas obesas, dado que la falta de motivación para adelgazar puede explicar el fracaso del mantenimiento de la pérdida de peso a largo plazo.

Los autores encontraron, al comparar los dos grupos, que el programa basado en el modelo transteórico no reportó ninguna ventaja en comparación con el programa AUC, por lo que el programa de AUC podría ser suficiente para reducir de peso entre los pacientes con obesidad y sobrepeso, dejando en duda la capacidad de este modelo para producir cambios significativos en pacientes con obesidad

Otra de las teorías cognitivas utilizadas en los problemas de la salud humana es la Teoría de Acción Planeada (Ajzen, 1985) que fue desarrollada a partir de la Teoría de Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975). Ambos modelos postulan que el inmediato precursor de la conducta es la intención. La intención desde el punto de vista de la teoría de la acción razonada está conformada por la actitud (creencias acerca de la enfermedad y la evaluación de la misma) y por la norma subjetiva (percepción de las creencias que los otros poseen acerca de la conducta saludable que la persona debe realizar y la motivación personal para cumplir dichas expectativas). Estos dos componentes de la intención explican la conducta cuando está motivada por procesos volitivos y se enmarcarían en el modelo predictivo de la teoría de acción razonada

Posteriormente, la consideración de que no todas las conductas se hallan bajo el control de procesos volitivos, conjuntamente con la inestabilidad predictiva del modelo,

condujo a la inclusión de una nueva variable predictiva, la percepción de control. Esta variable, a diferencia de las anteriores, puede influir directamente en la realización de la acción además de intervenir a través de la intención. Los antecedentes que explican esta variable son las creencias acerca de la habilidad de ejecución, es decir, la confianza que el individuo posee acerca de sus capacidades, conocimientos, destrezas, etc. y las creencias acerca de la facilidad o dificultad de realizar una acción. Ambos tipos de creencias se ciñen a la conducta y situación en la cual ha de ser realizada, pudiendo impedir o facilitar su ejecución.

Fila y Smith (2006) llevaron a cabo una investigación para evaluar la eficacia de la Teoría de la acción planeada para predecir el comportamiento de alimentación saludable en un grupo de jóvenes americanos. La muestra estuvo comprendida por 139 jóvenes cuyas edades oscilaban entre los 9 y 18 años, a los que se les aplicó una encuesta para evaluar sus comportamientos de comer en la cual se utilizaron los constructos de la Teoría de la acción razonada (intención, actitud, normas subjetivas, barreras, auto-eficacia, percepción y control del comportamiento), también se midió la altura, el peso y el índice de masa corporal (IMC) de cada uno de los participantes. En el análisis de estos cuestionarios no se encontró ninguna asociación entre intenciones y conducta de alimentación saludable. La falta de asociación entre la intención y una alimentación saludable sugiere que hay otros factores que pueden conducir a otras intenciones para lograr una alimentación saludable.

Dentro de la misma teoría de la acción planeada, Cally (2008) llevó a cabo una investigación, cuyo objetivo fue determinar el efecto de la mediación de la teoría de la acción planeada y la intención de llevar a cabo alguna actividad física para promover la salud de los participantes. Los participantes fueron adultos mayores de 18 años diagnosticados con diabetes tipo 2, los cuales completaron un cuestionario destinado a evaluar las intenciones de llevar a cabo alguna actividad física utilizando las medidas de la teoría de la acción planeada (norma subjetiva, percepción del control de la conducta y actitud). Se llevaron a cabo análisis jerárquicos de regresión que indicaron que la intención de ejercicio se asoció significativamente con la percepción de control del comportamiento, la ejecución del ejercicio en el pasado, el comportamiento y la actitud hacia el ejercicio. Estos resultados indican los autores, sugieren que los constructos dentro de la teoría de la acción planeada pueden predecir significativamente la intención de ejercitarse en una muestra de personas diagnosticadas con diabetes tipo 2.

La importancia de evaluar la intención desde esta perspectiva está dada por el hecho de que si las personas creen que tienen la capacidad de cuidar su salud y sienten que es sencillo hacerlo (percepción de auto eficacia), existen altas posibilidades de que tengan un comportamiento saludable, la intención funciona aquí como un arcoreflejo que media las conductas saludables de las personas. Este argumento de la teoría de la acción planeada debería ser demostrable en experimentos controlados, en los que los participantes que muestren una mayor intención de comportamiento saludable, se comporten en la práctica de esta forma y no como sucedió en el experimento de Fila y Smith (2006), donde no se encontró tal relación.

Por otro lado el estudio de Cally (2008) mostró que los constructos teóricos de esta teoría eran válidos para evaluar la intención de las personas acerca del ejercicio; sin embargo, no aportó ningún dato de la ejecución de estas personas en su vida diaria, por lo que la validez predictiva y de prevención de esta teoría son cuestionables al no aportar información sobre los beneficios que tiene la intención sobre el comportamiento de las personas y solo se especula sobre sus posibles beneficios.

La teoría del cambio de conducta (Márquez, Anguiano, Bacardí y Jiménez, 2008) se ha utilizado como tratamiento para ayudar a los individuos a desarrollar una serie de habilidades para lograr un peso saludable, por lo que ésta sería otra intervención de corte “facilitadora” dentro de las teorías cognitivas.

Este modelo propone que el comportamiento es una función de aspectos personales y del ambiente, los cuales están en constante interacción recíproca. Se postula que para llevar a cabo un comportamiento se necesitan habilidades especiales, la seguridad de que se puede llevar a cabo y tener expectativas específicas de resultados esperados. Cuando el atractivo para la realización de un nuevo comportamiento es mayor que las desventajas del mismo, un individuo tiene mayor motivación para intentarlo; lo que depende en gran medida de la confianza en su propia eficacia. Ahora, el concepto de autoeficacia se refiere a que la persona está convencida del logro de objetivos al realizar determinados cambios. Para lograr los cambios que propone esta teoría en los individuos, se enseña a los participantes habilidades denominadas de “autocontrol”, en éstas habilidades se establecen gradualmente metas de menor a mayor dificultad, en las que se realiza un seguimiento de las mismas y se plantea un sistema de recompensas para cada logro. En el caso de que las metas no se alcancen, se establecen procedimientos para la solución de problemas y para tomar decisiones que faciliten el

cumplimiento, además de que se proponen nuevas metas con mayores posibilidades de ser alcanzadas.

Márquez, Anguiano, Bacardí y Jiménez (op.cit.) llevaron a cabo una revisión bibliográfica acerca de la efectividad de este modelo, encontraron que el porcentaje de reducción de peso al final del seguimiento oscila entre el 3% y el 9% del peso inicial; el porcentaje de retención fue de 92% a los tres meses y 55% a los 24 meses. Los resultados sugieren, según los autores, que la aplicación de la teoría del cambio conductual ha dado resultados modestos en la población que termina el seguimiento y que la mayoría de los estudios reportan un porcentaje bajo de adherencia a largo plazo.

Novakofski y Karduck, (2005) nos dicen que la teoría social cognitiva fue desarrollada por Bandura en el año 1976. Es una teoría del aprendizaje basada en la idea de que la gente aprende observando lo que otros hacen y que los procesos de pensamiento humano son fundamentales para la comprensión de la personalidad. Según esta teoría las personas aprenden nuevas conductas observando modelos o fuentes interpersonales como los medios de comunicación. Como resultado de las observaciones, el observador individual puede verse afectado en dos formas: a) el efecto inhibitorio se produce cuando un observador ve la acción de otro involucrado en una situación social y es castigado por esa acción, y b) el efecto desinhibitorio que se da cuando una persona es elogiada por una acción y el observador aprende a imitar la acción por sus resultados

La teoría social cognitiva también postula que es muy probable que el aprendizaje se produzca si existe una estrecha identificación entre el observador y el modelo y si el observador tiene también una buena dosis de autoeficacia.

Las creencias acerca de su autoeficacia funcionan como un conjunto importante de factores determinantes de la motivación humana, del afecto, y de la acción, que operan a través de la motivación, la cognición, y los procesos afectivos de intervención.

Dado lo anterior, Novakofski y Karduck (op. cit.) llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo principal fue examinar la conducta específica de la dieta, relacionada con variables de la teoría social cognitiva y con los conocimientos sobre cómo llevar a cabo una dieta antes y después de un programa de educación.

Los participantes fueron 239 adultos con una edad promedio entre 53 y 63 años con diabetes. La educación a este grupo estuvo basada en la incorporación de la Teoría Social Cognitiva y en sus etapas de cambio. Las sesiones de grupo se centraron en la

planificación de las comidas, con demostraciones de cocina que funcionaron como moldeamiento de esta conducta. El conocimiento y las variables de las etapas de cambio de la Teoría Social Cognitiva se evaluaron antes y después de la intervención. La intervención referente a los platillos para los diabéticos incluyó tres lecciones: postres, platos principales y guarniciones, cada clase tuvo una duración de aproximadamente dos horas. Al final de cada clase se proporcionaba la receta del platillo y éste se degustaba por los participantes. Antes de la primera clase, los participantes completaban un *pretest* y un estudio demográfico. Después de la tercera lección, los participantes completaron un *postest*.

El cuestionario estuvo basado en los estadios de cambio de la teoría social cognitiva. Las preguntas estuvieron enfocadas a la identificación de los hidratos de carbono, los edulcorantes artificiales, la guía de la pirámide de los alimentos, las etiquetas de nutrición, los tipos y las fuentes de grasas, y la importancia de la fibra en la dieta. Las etapas de la teoría de cambio se reflejaron en cuatro preguntas que tuvieron que ver con la sustitución de hierbas y especias por sal, la utilización de aceites de cocina monosaturados, la utilización de edulcorantes artificiales, y el control de la cantidad de hidratos de carbono ingeridos.

En el *postest* se encontró un mayor uso de hierbas que de sal, los alimentos eran cocinados con aceite de oliva o canola, los edulcorantes artificiales fueron utilizados en la cocción de los alimentos y los participantes estaban convencidos de la utilización de estos ingredientes, como parte de una dieta saludable, todas estas conductas, fueron, según los autores, etapas de la teoría de cambio del programa. Los autores concluyen que esta intervención dio lugar a impactos positivos en el conocimiento de los participantes, sus creencias de salud y en tener una mejor percepción de los comportamientos no adecuados, así como en mejorar su autoeficacia.

Del sincretismo de las teorías cognitivas y conductuales surge el modelo cognitivo conductual, que basándose en un marco conceptual ecléctico retoma elementos tanto de la psicología conductual, como de la psicología cognitiva, siendo éste uno de los marcos teóricos predominantes actualmente.

El modelo Cognitivo Conductual, surge de la inconformidad de algunos psicólogos conductuales, que veían ciertas limitaciones en el modelo del condicionamiento operante para explicar la complejidad del comportamiento humano, por lo que decidieron incorporar elementos de la psicología cognitiva para poder

explicar, a su juicio, algunos de los aspectos del comportamiento humano; es así que de este modo surgen algunas técnicas como la desensibilización sistemática o la detención del pensamiento, basadas en este nuevo modelo; también se incorporan elementos de la terapia cognitiva, como lo es la terapia racional emotiva de Ellis y el aprendizaje vicario de Bandura; así empieza a surgir el sincretismo entre estas dos teorías y surgen términos como conductas encubiertas, prácticas encubiertas, etc. que son susceptibles de ser condicionadas.

A continuación se revisarán varios estudios bajo esta aproximación y sus aportaciones al control de la obesidad y la diabetes.

Casado, Camuñas, Navlet, Sánchez y Vidal (1997) llevaron a cabo una intervención de corte cognitivo conductual cuyo principal objetivo fue la modificación de hábitos alimenticios y de factores psicológicos que según los autores, están asociados a la obesidad (ansiedad, autoestima, autocontrol, pensamientos distorsionados). La muestra de esta intervención estuvo formada por 11 participantes: 10 mujeres y 1 varón, con edades comprendidas entre los 37 y 60 años, siendo la edad media de 48 años y su nivel socioeconómico y cultural medio-bajo y bajo. El 73% de la muestra presentaba obesidad moderada y el 27% leve.

El programa fue de aplicación grupal, y se dividió en tres fases: evaluación pretratamiento, tratamiento y evaluación postratamiento. Dichas fases a su vez se dividieron en diferentes segmentos: a) Fase de Evaluación Pre-tratamiento, que consistió en la aplicación de una entrevista sobre Hábitos de Alimentación, el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA), y medición del peso. b) Fase de Tratamiento, que consistió en la aplicación de un conjunto de técnicas que se aplicaron respondiendo a objetivos específicos. Con el propósito de fomentar su adhesión al tratamiento, se les proporcionó información acerca de su trastorno y de las variables asociadas al mismo y se les enseñaron principios nutricionales para poner su conducta de comer bajo control de estímulos; se les adiestró en el manejo de técnicas de autocontrol, para reducir los niveles de ansiedad producidos por otras situaciones, o por la propia conducta de ingesta o de pérdida de control sobre la misma; se les enseñaron técnicas de relajación y respiración para dotarlos de habilidades asertivas para la consecución de sus metas; se les dio entrenamiento en habilidades sociales para alterar pensamientos negativos comunes en obesos, tales como: "Me estoy sacrificando y estoy

perdiendo muy poco peso"; se aplicó la técnica de Reestructuración cognitiva para aprender a plantear los problemas como respuestas inadecuadas y no como situaciones imposibles, y así interrumpir las cadenas conductuales que favorecen la ingesta; y se les dio entrenamiento en solución de problemas. c) Fase de Evaluación Postratamiento, en la que se aplicaron nuevamente los instrumentos de la primera fase. Los resultados mostraron que seis participantes registraron descensos de peso que oscilaron entre 300 grs. y 3.6 Kg., tres mantuvieron el peso conseguido tras el programa y solamente dos aumentaron su peso en 1.1Kg. y 4 Kg. Los autores también reportan que los niveles de ansiedad en la mayoría de los pacientes también disminuyeron sobre todo en lo que refiere a la ansiedad como estado, que es una de las variables que evalúa el inventario de situaciones y respuestas de ansiedad. Los autores concluyen que, en términos generales, la intervención fue eficaz en cuanto a su objetivo principal: la modificación de hábitos de alimentación. Sin embargo, dichas modificaciones no fueron homogéneas, puesto que algunos participantes perdieron muy poco peso, otros no consiguieron perder peso e incluso algunos participantes después de la intervención aumentaron de peso, lo cual pone en duda la efectividad de la intervención.

Riveros, Cortázar, Alcázar y Sánchez (2005) hicieron un estudio de tipo cuasi experimental pre-post, cuyo objetivo fue valorar el nivel de calidad de vida de un grupo de pacientes diabéticos e hipertensos y examinar el efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre su mejora. Para evaluar la calidad de vida se tomaron en cuenta variables como el seguimiento de la dieta, actividad física y seguimiento de tratamientos farmacológicos, comportamientos que suelen depender directamente de la conducta del paciente. El registro de la adherencia a las variables anteriores incluyó la toma puntual de medicamentos, el apego a un régimen de dieta, actividad física, y conductas de riesgo. Estas últimas incluyeron, en el caso de los diabéticos, ciertos niveles de ingestión de alimentos o bebidas azucaradas y éstas se ajustaban a las necesidades individuales. Los principales procedimientos empleados durante la intervención incluyeron interrogatorio directo, detección de cambios en estado de ánimo durante la sesión, registro de cogniciones disfuncionales, modificación de conceptos o creencias distorsionadas, programación y entrenamiento de actividades instrumentales, y asignación y seguimiento de tareas. Aquí es importante señalar que para estos autores las enfermedades crónicas pueden generar otros problemas como lo son la ansiedad y la depresión, que afectan el grado de adherencia de un paciente, las cogniciones, creencias o pensamientos que tienen las personas sobre su enfermedad son las que provocarían

estos estados de depresión y ansiedad; pensamientos tales como “nunca me voy a curar”, o “ todos parecen capaces de perder peso, menos yo”, son pensamientos disfuncionales que no ayudan a los pacientes a adherirse adecuadamente a la dieta y el tratamiento farmacológico.

En este estudio se observó que los diabéticos reportaron una mejoría importante en los índices de glucosa antes y después del tratamiento, aunque se observaron cambios mínimos en el ajuste a la dieta y un ligero decremento en la adherencia a la toma puntual de medicamentos. Según los autores la mejora en los índices de glucosa se pudo deber a la combinación de la reducción en la ejecución de conductas de riesgo, como toma de refrescos o alimentos azucarados y al aumento en la práctica de ejercicio. Es importante resaltar que a pesar de disminuir los niveles de ansiedad en los participantes, así como modificar sus pensamientos disfuncionales y creencias distorsionadas, no se logró una adherencia terapéutica eficaz a la dieta e incluso la adherencia a la toma de medicamentos fue menor.

Otra de las intervenciones cognitivo conductuales para el control del peso, fue la llevada a cabo por López y Godoy (1994), en la que desarrollaron un programa de tratamiento destinado a sujetos obesos, cuyo objetivo básico era el control de peso mediante la adquisición de hábitos alimenticios sanos y ejercicio físico. El programa de tratamiento incluía los siguientes componentes:

- 1 Estrategias conductuales y cognitivas para modificar la ingesta, tales como control estimular, estilo de comer, sustitución de pensamientos negativos por positivos y resolución de problemas.
- 2 Información sobre una alimentación adecuada, que incluía instrucciones e información específica sobre hábitos alimenticios saludables.
- 3 Estrategias destinadas a aumentar el gasto, proporcionando información acerca de las ventajas que conlleva la realización del ejercicio físico.

Hubo dos tipos de sesiones de evaluación y de tratamiento:

- 1 Sesiones de Evaluación: Se entrenó a los participantes en el llenado de auto registros de comidas y bebidas ingeridas diariamente También en las sesiones pre-tratamiento y postratamiento se les midió y pesó. El seguimiento se realizó a los tres meses en ambos grupos (grupo control y grupo experimental).

2 Sesiones de entrenamiento: Se llevaron a cabo 9 sesiones programadas de entrenamiento. En estas sesiones se enseñaron a los pacientes estrategias para controlar los estímulos que llevan a la conducta de comer, se les dio información y se hicieron prácticas sobre la preparación de alimentos, se llevó un control de la comida ingerida diariamente, se les brindó información acerca de introducir actividades físicas con la finalidad de incrementar el gasto energético y reducir la grasa corporal, se tuvo control de la calidad de la comida ingerida, se les enseñó a identificar los pensamientos que llevan a un consumo inadecuado de comida (ej. total por una vez no pasa nada, mañana intentaré hacerlo mejor; hoy tengo una fiesta, por un día que me exceda no pasa nada; no tengo tiempo para hacer todas las tareas del programa; no puedo controlarme cuando veo la comida; estoy aburrido, cansado, agobiado, comeré y me sentiré mejor) y se les dio entrenamiento en solución de problemas.

Los resultados indican que el programa resultó eficaz para reducir el peso en sujetos obesos y el grupo experimental no solo reportó pérdidas de peso significativas a lo largo del proceso de intervención, sino que siguió presentando pérdidas progresivas de peso en un seguimiento de tres meses posteriores al tratamiento. Los autores concluyen que este tipo de programas requiere un gran esfuerzo y un alto grado de adherencia por parte del individuo hacia el tratamiento.

Reflexiones sobre las principales intervenciones conductuales actuales

Como se revisó en el apartado anterior, muchas de las intervenciones conductuales actuales carecen de un marco teórico conceptual único que permita evaluar y comprender, desde una sola perspectiva, los factores que influyen en los comportamientos relacionados con la obesidad y la diabetes. La mayor parte de estas intervenciones parten de una concepción cognoscitiva y, por ende, emplean procedimientos de esta naturaleza sumados a procedimientos conductuales, sin tener claridad conceptual con respecto al papel que juegan los factores abordados en los comportamientos de interés.

En la revisión que llevamos a cabo, notamos que en las teorías estímulo-respuesta se hace un gran énfasis en el control de estímulos, como técnica para controlar el comportamiento de ingesta de alimentos; parámetros como la frecuencia (cantidad de alimentos consumidos en un periodo de tiempo), la topografía (lugares donde se consumen alimentos) y la latencia (tiempo que transcurre entre un bocado y

otro) son las variables a modificar para lograr un mejor control del peso. También se emplean, como complemento del control de estímulos, el reforzamiento positivo (sistema de puntos) y estímulos aversivos asociados a la comida para el control de estas conductas.

El empleo de control de estímulos y programas de reforzamiento positivo, han demostrados ser de gran utilidad en el tratamiento de personas con obesidad y diabetes; sin embargo, la aplicación de estos programas ha resultado insuficiente para lograr efectos duraderos y estables a corto plazo para las personas que padecen esta enfermedad.

Con respecto a las teorías cognitivas hay que hacer notar que, al margen de su modalidad, parten de las mismas premisas. Su unidad de análisis típica es un proceso, entidad o constructo que se concibe como interno e inobservable, y que se infiere del comportamiento. Este tipo de procesos o entidades incluyen creencias, auto eficacia, autorregulación, atribuciones, pensamientos y otros constructos que resultan indispensables en sus explicaciones de comportamientos asociados a la salud, y que partiendo de premisas dualistas se han convertido en objetos de estudio de la psicología.

Moreno y Róales (2003), afirman que uno de los principales problemas de estos modelos es el excesivo énfasis de estas variables cognitivas asumidas como mediadoras del comportamiento saludable, sin atender a otro tipo de variables, tales como las circunstancias sociales o individuales

Un ejemplo de lo señalado por Moreno y Róales es el gran peso que atribuyen a las emociones (ansiedad, ira, depresión) como reguladoras del comportamiento de ingesta de alimentos (teoría cognitivo conductual, teoría del cambio conductual), ya que desde la perspectiva cognitiva, la conducta de ingesta se convierte en un método para reducir los niveles de ansiedad producidos por esta conducta o por pérdida de control sobre la misma, estableciéndose así una relación causa-efecto entre estos dos eventos, teniendo como resultado una explicación tautológica para el problema (como porque estoy ansioso, estoy ansioso porque como), siendo que estos factores pueden tener distintas funciones en el comportamiento de comer en exceso. Desde la perspectiva que presentaremos más adelante, las emociones pueden ser un componente afectivo del propio comportamiento de comer (sensación de placer al comer, por ejemplo), aunque también pueden fungir como factores disposicionales que en determinado momento hacen más probable que una persona coma en exceso.

Autores como Rodríguez y Frías (2005) consideran que estas aproximaciones al tener su sustento en concepciones dualistas de lo que es lo psicológico, no solamente van a buscar explicaciones del comportamiento en un mundo oculto e inaccesible (Ryle, 1949; Ribes, 1982); sino que conciben el fenómeno con una lógica causalista (el efecto de la mente sobre el cuerpo), con lo que se intenta explicar el resultado final (salud o enfermedad) a partir de factores predeterminados por la propia concepción.

Los pensamientos según las teorías cognitivas son procesos internos que rigen el actuar de la mente, funcionan a modo de arco-reflejos, esto es, son mediadores entre el ambiente y la conducta del individuo. En estas aproximaciones se parte de la premisa de que el pensar es un proceso cognitivo que explica el comportamiento, en otras palabras, es su causa. Estas aproximaciones tienen como base implícita o explícita el concepto de representación, en el que se postula que una persona no se relaciona directamente con los objetos, personas o circunstancias de su ambiente, sino con la representación que tiene de éstos. De ahí que se asume que “los pensamientos median la conducta de comer”, y centran su atención en identificar pensamientos específicos tales como: “Esta semana no he perdido peso es inútil, comiendo mucho menos no veo resultados”, o “no puedo controlarme cuando veo la comida”, o “estoy aburrido, cansado, comeré y me sentiré mejor” (López y Godoy, 1994)

Piña (2008) explica con respecto a los modelos teóricos revisados (creencias de salud, modelo transteórico, social cognitivo, de la acción planeada y de la autoeficacia) que poseen ciertas debilidades, de las cuales resalta las siguientes:

a) Los autores de los modelos teóricos revisados nunca se propusieron un análisis conceptual acerca de conceptos, tales como, cuerpo, cerebro, mente y comportamiento, limitándose, a una simple descripción genérica de las supuestas relaciones que existen entre la mente y el comportamiento, por lo que lo psicológico es para ellos una parte de la estructura y funciones de la mente y el comportamiento no pasa a ser más que una extensión de la ella, por lo que desde estas perspectivas, el comportamiento valida las supuestas operaciones de la mente.

b) Tácita o explícitamente, estas teorías parten del supuesto de que las personas son seres racionales y por tanto, para explicar el comportamiento de las personas recurren a conceptos o expresiones derivados de la cognición, tales como: conocimientos, percepción de riesgo, actitudes, creencias, intención, autoeficacia, etcétera. Si se aceptaran estos supuestos, nos dice el autor, carecería de todo sentido hacer referencia a una amplia gama de fenómenos psicológicos que por definición son “no racionales”

como lo son: la personalidad, los hábitos, las habilidades, las competencias, los motivos, etcétera.

c) La última crítica, viene dada por el hecho de que estos modelos se han trasladado al ámbito de la investigación amparados por el empleo indiscriminado de métodos indirectos para el estudio de lo psicológico. Los métodos utilizados han sido las escalas, los inventarios, las encuestas y demás, que se han concebido como la fuente de validación de existencia de lo psicológico y de cómo se relaciona con los fenómenos de la salud y la enfermedad. Desde este punto de vista, tal validación empírica tendría lugar una vez que se ha hecho uso de análisis estadísticos correlacionales o de regresión en los que se sobrevalora el papel de esas variables.

Al margen de los problemas conceptuales que puedan tener estas intervenciones, es de resaltar la poca efectividad mostrada en algunas de ellas, puesto que no se han producido pérdidas de peso significativas y éstas no continúan produciéndose una vez que finaliza la intervención. Berrocal, Luciano, Zaldívar y Esteve (2003) nos dicen que el tratamiento cognitivo conductual de la obesidad ha demostrado sistemáticamente ser superior a otras intervenciones médicas o psicológicas para producir reducciones en el peso corporal, aunque sus resultados no han sido del todo satisfactorios, ya que las pérdidas de peso que obtienen los individuos que participan en ellos son bajas y en el caso de personas con niveles graves de obesidad, no llegan a ser clínicamente significativas, muchos participantes no pierden peso o abandonan el tratamiento, las pérdidas de peso no continúan produciéndose una vez que finaliza la intervención y aunque ésta se prolongue en el tiempo, llega un momento en que los efectos son nulos, y en última instancia los sujetos recuperan, como media, un tercio del peso perdido a lo largo de los doce meses posteriores al tratamiento.

Otra cuestión a tener en cuenta según Berrocal, Luciano, Zaldívar y Esteve (op. cit.) es la modesta capacidad predictiva de algunos modelos, puesto que las creencias acerca de las conductas de salud no resultan predictivas del comportamiento real relacionado con la salud que finalmente desarrolla el sujeto.

Partiendo de lo revisado, el trabajo que aquí se presenta se fundamenta en una aproximación naturalista, específicamente en el Modelo Psicológico de la salud, propuesto por Ribes (1990). Dicho modelo, permite vincular el modelo biológico y el sociocultural, partiendo del comportamiento individual como eje común de ambas dimensiones y que constituye propiamente la dimensión psicológica de la salud. El

Modelo se basa en la Teoría Interconductual y, a partir de ella desglosa la dimensión psicológica de la salud en dos fases: una de proceso y una de resultantes. Estas fases identifican los factores psicológicos relevantes al estudio de la salud/enfermedad y orientan la labor profesional del psicólogo en dicho campo.

Sin pretender explicar la Teoría interconductual, a continuación se exponen algunas de sus premisas y características.

Ribes y López (1985), en su obra *Teoría de la Conducta*, afirman que la psicología tiene como objeto de estudio la interconducta, entendida ésta como la interacción ontogenética de los organismos con ciertos elementos de su ambiente y construida en la historia individual. Para su estudio proponen una aproximación que rompe con la tradición mecanicista y dualista en nuestra disciplina. Dichos autores desarrollaron la propuesta de campo de J. R. Kantor (1946) y su mayor aportación es la creación de una taxonomía funcional de comportamiento, en la que se explican diversos procesos que difieren en cuanto a su grado de complejidad funcional en una escala evolutiva e inclusiva.

La teoría se genera dentro de la más estricta tradición académica y propone volver a las raíces naturalistas y evolutivas en psicología.

A partir del conocimiento generado por esta teoría, así como de sus tesis y conceptos generales, se contempla la necesidad de desarrollar metodologías para el campo aplicado, en el entendido de que su desarrollo no es posible como una extrapolación directa de los conceptos y métodos de la ciencia básica (dado que ciencia y tecnología son dos modos distintos de producción de conocimiento). El conocimiento científico, que es abstracto y genérico, debe ser aplicable a través de un conocimiento sintético y sintetizador, que corresponde a las tecnologías. Para ello, se postula como requisito una teoría general de la conducta; en segundo lugar, una teoría específica de la conducta humana; en tercer lugar, la creación de modelos adecuados a las diversas características de los sectores específicos de incidencia profesional (salud, educación, producción, etc.); y, por último, metodologías que permitan analizar y alterar el comportamiento humano en sus diversos ambientes naturales. En este contexto los modelos de incidencia profesional actuarían como interfase entre ambos modos de producción de conocimiento: el científico y el tecnológico. La tecnología es el último eslabón de un proceso que parte de la ciencia básica (Rodríguez y Frías, 2005).

Con estas bases y teniendo como propósito el orientar la actividad profesional en el terreno de la salud humana, Ribes (1990) elaboró el Modelo Psicológico de la

Salud Biológica, que es un ejemplo de modelo de incidencia profesional. Dicho modelo permite delimitar la dimensión psicológica de la salud considerando su vinculación con dimensiones biológicas y sociales a través del comportamiento.

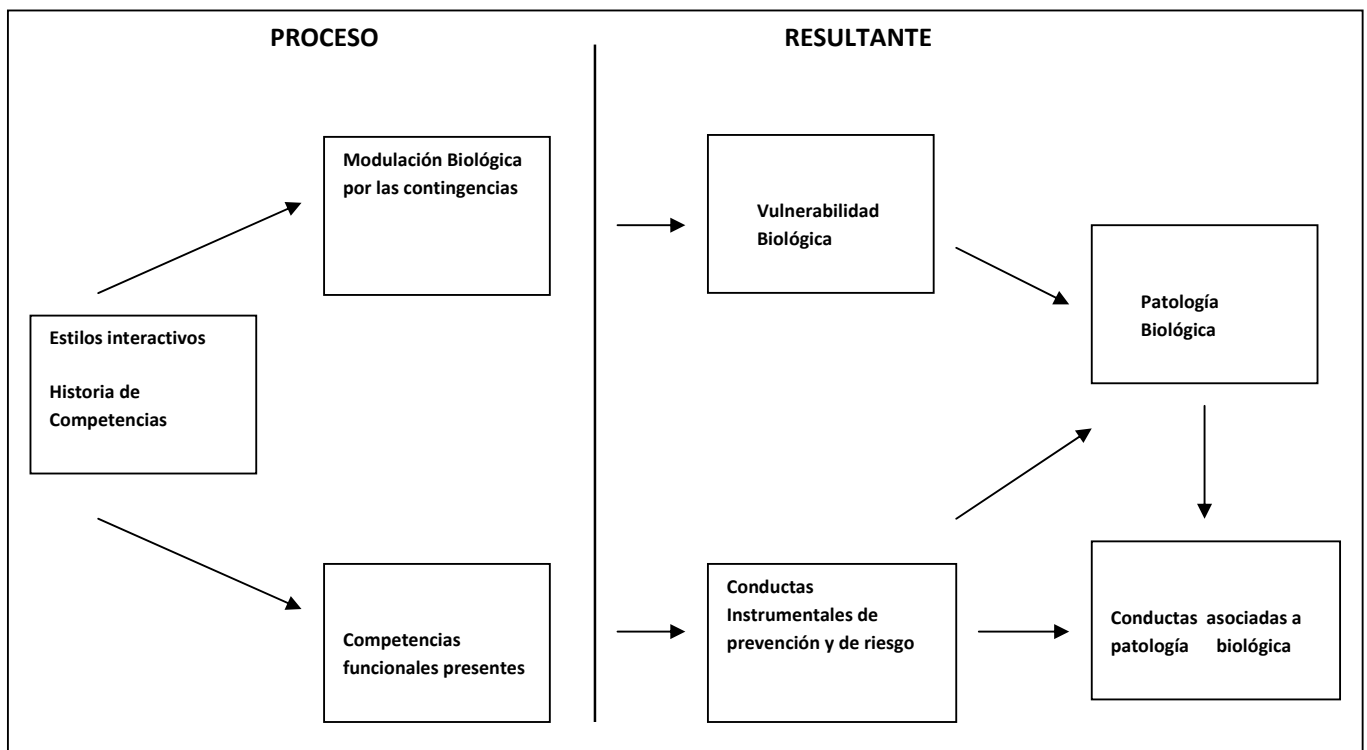
Aquí Ribes (1990) identifica los componentes específicos del comportamiento que intervienen en el proceso de salud-enfermedad, así como los resultantes del mismo, establece, de manera conceptual, las dimensiones no psicológicas relacionadas con la salud, y a la vez, delimita el campo de acción profesional pertinente en términos de las distintas funciones que puede ejercer el psicólogo, que para este caso son los tres niveles psicológicos de prevención (Rodríguez y Frías, 2005). El Modelo psicológico de la Salud Biológica es el que fundamenta de manera directa este trabajo, por lo que se describe a continuación.

Capítulo 3. El Modelo Psicológico de la salud Biológica

El Modelo Psicológico de la Salud Biológica representa una alternativa a los enfoques actuales, en tanto se aproxima a este campo desde una perspectiva naturalista, identifica los factores psicológicos pertinentes a la salud/enfermedad y orienta sobre la participación de los psicólogos en esta área. Por esta razón nos ofrece la posibilidad de abordar comportamientos de riesgo asociados a la Diabetes Mellitas tipo 2.

A continuación se muestra un esquema, tomado del propio Ribes (1990), en el que se representa este modelo.

Figura 1. Modelo Psicológico de la Salud. (tomada del propio Ribes, 1990)



En la figura se representa el proceso psicológico de la salud y sus resultantes. El proceso se origina en la historia de cada persona y comprende la relación entre algunos aspectos de su historia y competencias presentes que influyen en dimensiones biológicas. Este proceso interactivo tiene resultantes, tanto a nivel psicológico como biológico. Por un lado influye en el despliegue de ciertas conductas que afectan directa o indirectamente a la salud y por otro, afecta la propia vulnerabilidad biológica. Esta última relación es la

que da lugar a la presencia o ausencia de patología biológica, así como a conductas asociadas a ellas.

Con respecto a la fase de proceso, Ribes (1990) señala que: “el proceso psicológico pertinente al mantenimiento, recuperación o pérdida de la salud biológica comprende la interacción de tres factores fundamentales que son: a) la historia interactiva del individuo, b) las competencias funcionales al interactuar con una situación general determinada; y c) la modulación de los estados biológicos del organismo por parte de las contingencias ambientales que definen una situación” (p. 21-22)

El Proceso Psicológico de la Salud

La historia interactiva del individuo

La historia interactiva puede abordarse en dos dimensiones diferentes: los estilos interactivos y la disponibilidad de competencias funcionales.

Los estilos interactivos tienen que ver con la forma idiosincrásica en que una persona se comporta consistentemente ante situaciones que no implican un criterio de efectividad o en donde éste es ambiguo. Los estilos interactivos son lo que desde otras perspectivas se ha considerado como la personalidad de un individuo. Representan la singularidad de un individuo cuando se relaciona con contingencias o situaciones específicas en las que no hay una demanda a satisfacer, un problema a resolver, o un resultado por obtener. En tanto tendencias, los estilos modulan el comportamiento de cada persona en situaciones con las que se relaciona de manera cotidiana. En el caso de la salud, en general, y de la diabetes en particular, la identificación y/o alteración de estilos interactivos es importante para el caso en el que se detecte que alguno de ellos interfiere con comportamientos “saludables”, o bien hace más probable que se presenten comportamientos de riesgo. Los estilos interactivos pueden modular comportamientos como los involucrados en la adherencia terapéutica o el ajuste a las nuevas situaciones que presenta la atención a una enfermedad, por ejemplo.

Por otra parte, la historia de competencias se refiere a la capacidad adquirida por un individuo a través del tiempo para interactuar efectivamente ante situaciones que le establecen criterios de logro o resultado. Se dice que una persona es capaz, cuando en el pasado ha interactuado de forma efectiva en situaciones funcionales semejantes a las situaciones en las que tiene que interactuar en el presente. Estas capacidades van desde la información adquirida históricamente y traducida en un “saber hacer”, hasta la

posesión de habilidades específicas. La historia de competencias, al igual que los estilos interactivos constituyen factores disposicionales, es decir, factores cuyo papel es probabilístico: hacen más probable o menos probable que un comportamiento determinado ocurra. En el proceso psicológico de la salud la posesión de competencias en el cuidado de ésta, es un factor que juega un papel importante. La información que un individuo posee acerca de hábitos saludables y preventivos, acerca de su herencia genética, capacidades relativas a la disciplina, el autocontrol, a la defensa de sus derechos de salud o a la supervisión médica, pueden hacer más probable que una persona presente conductas preventivas o de atención oportuna y eficaz a su salud.

El último de los componentes psicológicos del proceso de salud es el que se denomina 'competencias funcionales presentes'. El término también hace alusión a un factor disposicional y tiene que ver con la capacidad presente de una persona para enfrentar los requerimientos que una situación determinada le impone. Para identificar competencias presentes se toman en consideración los siguientes elementos: a) los requerimientos de la situación, es decir, las demandas que la situación presenta en términos de adaptación, emitir una respuesta correcta, resolver un problema o producir un resultado; b) los factores que definen el contexto de la interacción y que son identificables con las características de la situación (factores disposicionales de la situación físico/social y del propio individuo); c) las formas de respuesta del individuo, y d) los efectos de su interacción, en términos de logro o satisfacción de la demanda presentada, así como efectos sobre el propio comportamiento.

La modulación de los estados biológicos

Este componente del proceso, refleja la relación del comportamiento con dimensiones no psicológicas. La modulación biológica, hace referencia a cómo ciertos arreglos contingenciales influyen en las condiciones biológicas de las personas, afectando de manera favorable o desfavorable órganos o sistemas específicos. De hecho, diversos estudios (Ribes, 1990) han demostrado esta relación.

En la medida que el individuo constituye un todo inseparable, el comportamiento es la dimensión crítica que regula diferencialmente las propiedades funcionales de los agentes del ambiente en su acción sobre el organismo.

Los Resultantes del Proceso

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

La vulnerabilidad biológica

Ribes (op. cit.) explica que la vulnerabilidad biológica hace referencia a una serie de condiciones orgánicas que aumentan el riesgo de que, presentándose los factores desencadenantes o de contrato directo, el individuo desarrolle alguna enfermedad.

Adicionalmente a los factores genéticos, la vulnerabilidad biológica se va generando a través de la relación con la modulación del estado biológico por las propias contingencias en las que se desarrolla una persona. Así, dependiendo de sus relaciones con el medio, una persona puede ser más vulnerable por un sistema inmunológico deprimido, o por una función inadecuada del sistema respiratorio, o por irritaciones crónicas en el sistema digestivo, entre otros (Ribes, 1990).

Las conductas instrumentales de riesgo y prevención

Las conductas instrumentales se refieren a acciones concretas de una persona que tienen repercusiones en su estado de salud. Se dividen en: conductas instrumentales de riesgo y conductas instrumentales de prevención.

Dentro de las primeras pueden identificarse tres tipos de instrumentalidad del comportamiento como factor de riesgo para la salud:

- 1) Cuando la conducta, de manera gradual, expone al individuo a condiciones del ambiente o produce condiciones en el organismo (un estilo de vida sedentario que produce obesidad o hábitos de alimentación poco saludables) que se traduce en cambios patológicos en el orden biológico.
- 2) Cuando la conducta del individuo es responsable directa del contacto con agentes patógenos específicos y por ende del contagio (besar a una persona con gripe).

- 3) Cuando la conducta del individuo es responsable directa de daño biológico (ingerir un alimento en estado de descomposición).

De la misma manera en que la conducta puede ser instrumental para aumentar el riesgo de pérdida de salud, lo puede ser también para disminuir los riesgos de salud, cuando el individuo actúa preventivamente. Esto se ejemplifica con una alimentación saludable, hábitos de higiene, control y supervisión médica, o práctica de actividad física.

Las conductas preventivas y de riesgo están reguladas por factores adicionales a los efectos que tienen sobre el estado de salud del individuo, de este modo, en ocasiones, pueden constituir la consecuencia directa de carecer de conductas preventivas, no obstante, en otras ocasiones, la conducta de riesgo se produce aun cuando existe disponible la conducta preventiva, lo que no implica necesariamente que se deje de emitir el comportamiento que bajo ciertas condiciones puede constituir un riesgo para la salud (Ribes, 1990).

Es indispensable analizar las conductas instrumentales preventivas en términos no solo de su disponibilidad morfológica, sino también con base en los efectos relativos que tienen respecto de las conductas de riesgo y los factores situacionales que auspician su ocurrencia y la oportunidad de su ejercicio.

Por sus efectos las conductas instrumentales pueden dividirse en conductas instrumentales de efectos inmediatos y conductas instrumentales con efectos demorados.

En el caso de las conductas instrumentales con efectos inmediatos, se facilita que el individuo evite realizarlas, dada la correlación que se establece entre la emisión de una conducta determinada y sus consecuencias sobre el organismo. Sin embargo, en aquellos casos en que los efectos de la conducta sobre el organismo tienen distintos grados de demora, se dificulta la prevención de que dichas conductas ocurran y de que el individuo actúe de manera más eficaz para la conservación de su salud. Muchas de las enfermedades actuales están relacionadas con conductas de efectos demorados, piénsese en el hábito de fumar, en hábitos alimenticios poco saludables, o en el sedentarismo. Ribes (1990) menciona que existen cuatro formas de competencias disponibles que configuran conductas instrumentales preventivas eficaces, que derivan en los siguientes tipos de saber hacer:

1. Saber qué tiene que hacerse, en qué circunstancias tiene que hacerse, cómo decirlo y cómo reconocerlo.
2. Saber cómo hacerlo, haberlo hecho antes, o haberlo practicado.

3. Saber por qué tiene que hacerse o no (sus efectos), y reconocer si se tiende o no a hacerlo
4. Saber hacer otras cosas en dicha circunstancia, o saber hacer lo mismo de otra manera (Ribes, 1990).

Estas formas de saber hacer implican algo más que un simple ejercicio de una forma particular de conducta, o como se acostumbra en intervenciones de corte cognitivo, a la simple recepción de información, usualmente incompleta, acerca de un hacer.

A forma de resumen podemos decir que al hablar de conductas instrumentales de prevención se habla indicadores de capacidad, entendida ésta como el saber hacer en distintos ambientes. Que tenga lugar o no una conducta instrumental depende de la capacidad (competencias efectivas), las circunstancias biológicas del individuo, las contingencias situacionales a las que se enfrenta y la manera en que su capacidad modula interactivamente esas contingencias.

Cuando se habla de la capacidad como disponibilidad de información, no significa que la capacidad constituya un proceso meramente de recibir y dar información, ya que la información por sí misma, sin estar vinculada a una práctica efectiva de reconocimiento de las condiciones, de ejercitación de las conductas implicadas y de contacto con sus efectos, no tiene ningún impacto en el comportamiento futuro efectivo de un individuo.

La patología biológica y comportamientos asociados

La relación entre prácticas de conductas instrumentales de alto riesgo y la existencia de un elevado grado de vulnerabilidad biológica, se traducen en estados de patología biológica. Dado el objetivo de este trabajo, es importante señalar que esto último puede ilustrarse con aquellos casos de pacientes obesos y sedentarios con una herencia importante de diabetes. Aún cuando el tratamiento y la atención de la diabetes son problemas de naturaleza estrictamente médica, los aspectos vinculados al comportamiento individual no deben subestimarse. Por lo que tres aspectos son fundamentales en este sentido: a) los factores vinculados al seguimiento y adherencia terapéutica efectiva; b) el comportamiento requerido en los aspectos rehabilitativos de enfermedades crónico-degenerativas o de aquellas con impedimentos físicos terminales y c) la aparición de comportamiento asociado a la patología biológica, que en ocasiones

adquiere autonomía funcional y se convierte en sí mismo en problema terapéutico (Ribes, 1990).

El Modelo psicológico de la salud plantea tres niveles de prevención que no equivalen a los planteados a nivel biomédico y son los siguientes:

El nivel primario de atención a la salud implica las siguientes acciones:

- a. promoción de hábitos de higiene personal y sanidad ambiental
- b. desarrollo de hábitos alimenticios que auspicien el desarrollo y la nutrición
- c. divulgación de medidas que favorezcan la planificación familiar y la prevención de enfermedades sexuales
- d. campañas de inmunización preventivas de enfermedades infecciosas y crónico-degenerativas
- e. detección y curación de enfermedades infectocontagiosas de naturaleza endémica.
- f. diagnóstico temprano de riesgo de enfermedad o de patologías incipientes para su canalización terapéutica a los dos niveles restantes de atención.

Los niveles secundario y terciario de atención a la salud cubren normalmente:

- a) la detección de patologías agudas y crónicas con distinto grado de avance
- b) diversos tipos de cirugía mayor y menor
- c) atención a partos
- d) transplante de órganos
- e) rehabilitación de pacientes con distintos tipos de impedimentos físicos
- f) atención a pacientes terminales
- g) tratamiento de cuadros patológicos con distinto grado de avance, que requiere de internamiento más o menos prolongado, así como de tratamientos ambulatorios.

Las acciones de prevención primaria, en la medida en que constituyen siempre prácticas vinculadas a la vida cotidiana de los individuos previa a la aparición de riesgos biológicos o de patologías incipientes, constituyen acciones en el ámbito psicológico, es decir acciones vinculadas al comportamiento del usuario de los servicios de salud.

Los aspectos cubiertos por el nivel secundario y terciario de atención a la salud corresponden todos a un nivel terciario de prevención desde el punto de vista psicológico, estos niveles excluyen desde una perspectiva biomédica, acciones

preventivas; sin embargo, tales acciones pueden realizarse desde un planteamiento conductual, en la medida que la adherencia terapéutica, la eliminación de comportamientos que interfieran con la eficacia de los tratamientos biomédicos y la emisión de comportamientos que favorecen los procesos de rehabilitación, constituyen formas de prevención (Ribes, 1990).

El papel de un modelo psicológico como el que hemos descrito aquí es guiar la acción e intervención prácticas en la prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades, así como esclarecer la relación de los diversos elementos psicológicos participantes en ellas. Para el caso de la diabetes hay mucho que investigar en cuanto al proceso psicológico de la enfermedad, por ejemplo, ¿Cuáles son los elementos en la historia interconductual del individuo que afectan el estado biológico de manera que la persona es más vulnerable a la aparición de este padecimiento? Igualmente, es importante explorar los elementos que se conjugan para hacer más eficiente la adquisición de competencias de cuidado de la salud, competencias que van desde la información sobre hábitos alimenticios, higiene personal, supervisión médica para el diagnóstico oportuno de la enfermedad, o información sobre la propia diabetes, traducidas, por supuesto en un saber hacer, es decir, en prácticas cotidianas.

Las investigaciones e incursiones psicológicas en esta enfermedad, se han hecho en lo que, desde este modelo, se concibe como resultantes del proceso, es decir, sobre la alteración de conductas instrumentales de riesgo, en un nivel de prevención secundario y sobre comportamientos de adherencia terapéutica, en un nivel de prevención terciario.

Concretamente, se ha trabajado sobre prácticas alimentarias, ingesta regular de medicamentos, medición de glucosa y práctica de actividad física; sin embargo, no se han logrado los resultados esperados.

El trabajo que a continuación se describe se fundamenta en la psicología interconductual, y específicamente en el Modelo Psicológico de la Salud propuesto por Ribes en 1990, que, como se comentó, parte de una definición precisa de lo psicológico, que es congruente con una teoría general del comportamiento y más específicamente con una teoría del comportamiento humano. El partir de una perspectiva naturalista, evita recurrir a explicaciones mentalistas (cognición, procesos mentales, o cualquier otro constructo de corte cognitivo o mental), tautológicas o eclécticas, sobre la naturaleza de la conducta humana. Igualmente, al partir del Modelo de salud, se evitan las extrapolaciones directas ciencia-aplicación y se parte de un modelo de interfase que permite sintetizar los conocimientos generados en la psicología básica en el área de la

salud. Al delimitar la actividad profesional del psicólogo en este campo, se evita que se yuxtaponga con las actividades de otros profesionales de la salud como lo son médicos, enfermeras, nutriólogos y demás personal vinculado al área de la salud y permite proponer una nueva forma de trabajo con estos profesionales como lo es la desprofesionalización del quehacer psicológico, y la multidisciplina.

Ahora, si bien otras aproximaciones adolecen de confusiones conceptuales, sus esfuerzos se han dirigido a un problema central en la prevención y tratamiento de la diabetes: la obesidad, que desde esta perspectiva es resultante de un comportamiento instrumental de riesgo indirecto con efectos demorados, que consiste en la ingesta inadecuada de alimentos.

Con base en las propias explicaciones de Ribes (1990) sabemos que las conductas instrumentales cuyos efectos no son inmediatos son las más difíciles de alterar, aunque también sabemos de la importancia de su modificación, ya que al reducir la obesidad en los pacientes con diabetes, se evitan muchas de las complicaciones y condiciones asociadas a ella, como la dislipemia, la hipertensión, la cardiopatía coronaria, accidentes cardiovasculares, y el pie diabético (Geoffrey, Pickup y William, 2002). Además, una dieta adecuada permite un control metabólico de la enfermedad y con esto una menor dependencia en el uso de medicamentos.

A continuación se revisara brevemente algunos trabajos en el área de la salud que se han llevado a cabo bajo la perspectiva interconductual.

Intervenciones Interconductuales en el área de salud

En un trabajo pionero desde esta perspectiva Pérez y Martínez (1987) llevaron a cabo un análisis del efecto placebo desde la perspectiva interconductual en el cual proponen que este efecto podría utilizarse en los regimenes de medicación prolongada en lo cuales se trataría de intercalar aplicaciones de medicamento con placebos, basándose en el supuesto de que para algunas drogas las respuestas condicionadas mimetizan la respuesta incondicionada (la propia del medicamento) y de que los programas de reforzamiento parcial aproximan sus efectos terapéuticos al de los programas continuos, de esta manera al reducir la dosis del medicamento se eliminarían algunos efectos secundarios producto del medicamento, así como también se reduciría la dependencia física a estos medicamentos y al reducir su consumo también habría un beneficio económico para los pacientes.

Diversos estudios desde la perspectiva interconductual han abordado el caso del VIH /SIDA y las variables psicológicas que intervienen en esta problemática, a continuación se revisaran algunos de estos estudios:

Moreno, García, Rodríguez, Díaz-González, Robles, Frías, Rodríguez y Barroso (2007) llevaron a cabo un estudio cuyo principal objetivo fue evaluar a través de un cuestionario, los factores (personas, situaciones y efectos) implicados en las competencias funcionales presentes relacionadas con el contagio y prevención del VIH/SIDA en una muestra de pacientes seropositivos.

Los resultados encontrados por estos investigadores sugieren que los factores situacionales, tales como las circunstancias sociales (noviazgo, pareja eventual, etc.), los lugares (bares, playas, etc.), las inclinaciones, preferencias o propensiones, que aluden a estados temporales de corta duración (estados de ánimo, emocionales o condiciones biológicas), las tendencias (costumbres y hábitos), las conductas socialmente esperadas y las competencias para llevar a cabo lo socialmente esperado, así como las personas (mediación), probabilizan el involucrarse en situaciones de riesgo. Los resultados de la categoría de efectos sugieren que estos no figuran como un factor crítico que influya en los comportamientos de riesgo o prevención de los participantes.

Así mismo Robles, Moreno, Frías, Rodríguez, Barroso, Díaz González, Rodríguez y Hernández (2006) evaluaron los efectos de un entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón en una muestra de 50 estudiantes universitarios sexualmente activos. Se utilizó un diseño pretest-postest con un grupo experimental y otro control; el grupo experimental recibió entrenamiento durante 8 sesiones consecutivas de 2 horas continuas y el grupo control no recibió ningún tipo de entrenamiento. Después de la intervención se encontró una ejecución significativamente más alta en el grupo de intervención que la obtenida en el grupo control en la habilidad para iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad, negociar el uso del condón y uso correcto del condón; en las medidas indirectas del uso de condón hubo un incremento intragrupo para el grupo experimental en el uso del condón en la última relación sexual y en su uso consistente, pero no hubo diferencias entre grupos en el uso del condón en las relaciones sexuales en general, uso del condón en la última relación sexual y consistencia en el uso del condón.

También desde la perspectiva interconductual, Piña, Lozano, Vázquez y Carrillo (2010) condujeron una investigación cuyo objetivo específico fue identificar qué motivos subyacían a la decisión de usar preservativo en una muestra de estudiantes universitarios. En esta investigación se encontró que son diferentes los motivos para usar preservativo en hombres y mujeres. En el caso de los hombres, el principal motivo para usar condón fue para evitar una infección de transmisión sexual (ITS) y en las mujeres el principal motivo era evitar un embarazo. También en el grupo de mujeres, se encontró como predictor para el uso del condón el motivo “porque yo se lo exigí a la pareja” para los autores el hecho de que las mujeres exijan a la pareja en turno el uso

del preservativo sugiere que disponen de los recursos competenciales para saber cuándo, cómo y por qué es pertinente negociar y usar preservativo.

Para estos autores querer hacer algo (motivos) se vincula directamente con poder hacer algo (competencias) pues ambos fenómenos han sido configurados históricamente y deben entenderse como interdependientes, ya que no sólo se trata de que las personas puedan hacer cosas, en el sentido de que disponen de las habilidades y destrezas específicas relacionadas con el preservativo (saben del preservativo, cuáles son mejores que otros, por qué hay que usarlo, saben abrir el paquete, extraer el preservativo, colocarlo, etcétera), sino que también es fundamental que quieran hacer las cosas, esto es, que evalúen la oportunidad y la pertinencia para hacer las cosas una vez que se encuentren en una situación interactiva en la que existe cierta probabilidad de involucrarse en una relación sexual con penetración, ya que esto último es clave al momento de diseñar e instrumentar programas dirigidos a prevenir la posible infección de una ITS, pues no es lo mismo desarrollar programas en los que se parte del supuesto de que con "modificar" creencias, actitudes o intenciones será suficiente para que las personas adopten como suyas las medidas preventivas pertinentes, como sería en el caso de usar preservativo

Finalmente en una de las pocas investigaciones que abordan el problema del estrés desde la psicología interconductual Rodríguez, Ortega y Nava (2009) realizaron una investigación cuyo objetivo fue comparar competencias cotidianas en participantes sanos y enfermos en dos de sus dimensiones: la efectiva y la afectiva, así como la correspondencia funcional entre ellas. Para esto desarrollaron un instrumento para evaluar competencias que aplicaron a una muestra de 347 participantes, sanos o que reportaron sufrir alguna enfermedad crónica. El instrumento contaba con reactivos tipo Likert, para evaluar competencias en tres tipos de contingencias: logro o persistencia, flexibilidad al cambio y frustración. Las dos primeras estaban más vinculadas con competencias, mientras que a la tercera (más relacionada con la reacción de estrés) se le agregaron demandas de logro, con la intención de comparar en una primera instancia las competencias en participantes sanos y enfermos en dos de sus dimensiones: la efectiva (capacidad en el cumplimiento de las demandas) y la afectiva (presentación de reacciones de "estrés"), así como la correspondencia funcional entre ellas. Los resultados mostraron una correlación moderada entre las dimensiones efectiva y afectiva de las competencias en ambos grupos, lo que sugiere cierta autonomía funcional entre las diversas dimensiones de las competencias estudiadas. También se encontró una diferencia estadísticamente significativa en los dos grupos de participantes en la subescala afectiva de las competencias, lo que sugiere que los enfermos reportan reacciones de estrés con mayor frecuencia que los participantes sanos.

Una vez expuesto todo el contexto del cual parte este trabajo, a continuación presentaremos una propuesta de taller cuyo principal propósito será entrenar conductas instrumentales de prevención que permitan a los participantes con diabetes tipo 2 cumplir de forma efectiva con su dieta.

Capítulo 4. Propuesta de taller para mejorar la adherencia a la dieta en pacientes con diabetes tipo 2

Introducción

El control de la diabetes comprende el conjunto de acciones encaminadas a vigilar y corregir todos los aspectos de la enfermedad que alteran el bienestar del paciente. El plan general de atención al paciente con diabetes incluye, dieta, medicamentos, ejercicio, y revisión periódica por parte del médico, tanto del control metabólico, como de los hallazgos físicos y las pruebas de laboratorio, para detectar oportunamente las complicaciones que presenta esta enfermedad.

En este sentido es importante resaltar que la dieta es la piedra angular del tratamiento, ya que a través de ella se puede lograr un adecuado control metabólico de la enfermedad, disminuir el número de medicamentos y reducir los niveles de sobrepeso que frecuentemente presentan las personas con diabetes y que son causa de muchas de sus complicaciones.

A pesar de la importancia que tiene la dieta en el control de la enfermedad, diversos estudios, entre ellos el realizado por la encuesta Nacional de Salud 2000, han encontrado que un gran número de pacientes con diabetes no se adhiere de forma efectiva a la dieta prescrita, siendo este un factor importante que influye en la aparición de muchas de las complicaciones de la diabetes como lo pueden ser la ceguera, infartos, nefropatía diabética, amputación del pie e incluso la muerte.

Para atender el problema de la adherencia a la dieta desde su dimensión psicológica, a continuación se presentará una propuesta de intervención que tendrá por objetivo mejorar la adherencia a la dieta en una muestra de 10 participantes con un diagnóstico reciente de diabetes.

El Modelo Psicológico de la salud se basa en la Teoría Interconductual que tiene su fundamento en las premisas formuladas por Kantor (1929) y que fueron desarrolladas y ampliadas por Ribes y López (1985) en su obra Teoría de la Conducta.

El papel de un modelo psicológico de la salud es guiar la acción e intervención prácticas en la prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades, así como esclarecer la relación de los diversos elementos psicológicos participantes de ellas. En el caso de la diabetes, las investigaciones e incursiones psicológicas en esta enfermedad, se han hecho en lo que, desde este modelo, se concibe como resultado del proceso, es

decir, sobre la alteración de conductas instrumentales de riesgo en un nivel de prevención secundario y sobre comportamientos de adherencia terapéutica en un nivel de prevención terciario.

El Modelo Psicológico de la Salud nos permite también identificar con claridad los elementos que se conjugan para hacer más eficiente la adquisición de competencias para el cuidado de la salud, conductas que van desde la información sobre hábitos alimenticios o información sobre la propia diabetes (traducidas, en un saber hacer, es decir, en prácticas cotidianas) para poder alterar ciertos factores situacionales involucrados en la adherencia a la dieta. Es a través de estos dos elementos, la información como reguladora de conductas extrasituacionales y la alteración de factores disposicionales vinculados con el seguimiento de la dieta, como se puede lograr que una persona se adhiera de forma efectiva a su dieta

Respecto a la información como reguladora de conductas extrasituacionales es importante señalar que la información es concebida desde esta perspectiva como un factor disposicional que puede incrementar las posibilidades de que una persona se adhiera a su dieta. Cuando una persona recibe información sobre algún tópico en particular, esta se desliga funcionalmente de las condiciones presentes, esto es, no responde en función de lo que ocurre en la situación que está viviendo, sino en función de lo que ha vivido en otras situaciones o de la información que ha recibido. Algunos ejemplos que muestran como la información incrementa las posibilidades de que un paciente se adhiera a la dieta son las siguientes: un paciente decide incluir frutas y verduras en vez de grasas en función de la información nutricional recibida; otro ejemplo sería el de un paciente que se abstiene de comer un postre debido a que conoce las complicaciones que le generaría el no tener control sobre sus niveles de glucosa como lo sería la amputación de un pie o quedar ciego. En estos ejemplos la información sirve como un factor disposicional que incrementa las probabilidades de que un paciente con diabetes cumpla de forma efectiva a la dieta.

Los factores disposicionales de relevancia para la conducta de adherencia a la dieta son:

Propensiones: Aluden a estados temporales de corta duración, en particular a estados de ánimo (tristeza, felicidad, enamoramiento), conmociones emocionales (emociones intensas de corta duración, como furia, euforia, ira, miedo y otras). Algunas propensiones pueden hacer menos probable que una persona cumpla con su dieta, por ejemplo si un participante se encuentra enojado porque su hijo reprobó materias, es

posible que no preste atención a su dieta y consuma un mayor cantidad de alimentos, o si se encuentra triste porque tiene problemas con su pareja es más probable que deje de comer y no cumpla con su dieta de forma adecuada. Las emociones son algo que se tiene que controlar cuando una persona se encuentra tratando de seguir una dieta de forma adecuada, ya que pueden influir en que no se cumpla.

Tendencia. Hace referencia a costumbres, hábitos y formas de conducta que en el pasado han estado vinculados a efectos específicos, y que por ello, en ciertas circunstancias tienen una alta probabilidad de emisión. Aquí estaríamos hablando básicamente de los hábitos alimenticios de los pacientes con diabetes. Algunos ejemplos de hábitos alimenticios que pueden interferir en el control de nuestra dieta son: ingerir alimentos con alto contenido calórico; comer de más, aunque ya se esté satisfecho; comer sin hacer pausas entre los alimentos; etcétera.

Circunstancias Sociales: Hace referencia al entorno social en el cual se desenvuelven las personas, ya que dependiendo de la circunstancia en la cual nos encontramos, nos comportamos de forma diferente por ejemplo, cuando se está en una fiesta (circunstancia social de diversión) una persona puede consumir con mayor facilidad alimentos que tiene restringidos, tales como refrescos, bebidas alcohólicas, botanas, o pastel, alterando con esto el control que se lleva sobre la dieta.

Lugares. Ciertos lugares pueden predisponer a las personas a consumir una mayor o menor cantidad de alimentos. Un ejemplo de cómo el lugar influye en la alimentación, podría ser el hecho de que si habitualmente se come en la calle, difícilmente se podrá encontrar alimentos saludables y se terminará comiendo “alimentos chatarra” que son alimentos que si bien no se tienen prohibidos, sí se tienen restringidos, y su ingesta habitual puede provocar complicaciones en pacientes con diabetes.

Personas: Las diferentes personas que interactúan con nosotros pueden influir en que sigamos de forma adecuada con la dieta. Un ejemplo de lo anterior lo representa el hecho de que si la familia del paciente sigue consumiendo en el hogar alimentos que él tiene restringidos, esto hará más probable que el paciente rompa con su dieta.

Objetivos

Objetivo General. Las participantes lograrán adherirse a su dieta.

Fase de Pre-evaluación

Objetivo específico 1. El participante identificará cuáles son los factores dispocionales que interfieren con el cumplimiento de su dieta

En esta fase se llevarán a cabo mediciones antropométricas (toma del peso corporal) y de niveles de glucosa en cada uno de los participantes, esto con la finalidad de poder hacer comparaciones al término del taller para conocer su efecto. Conforme a las características de lo que se va a medir, se proporcionará información para que los participantes identifiquen y registren los factores situacionales dispocionales que disminuyen la probabilidad de adherencia a la dieta.

Fase de Intervención

Objetivo Especifico 1. El participante tendrá información que posteriormente le permita regular extrasituacionalmente su conducta de comer.

Objetivos Particulares

- 1.1 El participante tendrá información acerca de cuáles son los objetivos que se pretenden con este taller y reconocerá las consecuencias de no cumplir con ellos.
- 1.2 El participante tendrá información acerca de lo que es la diabetes, cuáles son sus síntomas y qué factores provocan la aparición de la enfermedad
- 1.3 El participante tendrá información acerca de cuáles son los diferentes grupos de nutrimentos y los alimentos que los contienen.
- 1.4 El participante usará menús para diabéticos, para controlar de forma efectiva la porción de alimentos que incluye en cada una de sus comidas.
- 1.5 El participante elegirá alimentos saludables cuando coma fuera de casa.

Objetivo específico 2. El participante alterará algunos factores situacionales vinculados con el cumplimiento de su dieta.

Objetivos Particulares

2.1 El participante alterará tendencias vinculadas con hábitos alimenticios no saludables

2.2 El participante alterará aquellos estados de ánimo (propensiones) que interfieren con el seguimiento de su dieta.

Objetivo Específico 3. El participante alterará la conducta de aquellas personas (familiares y amigos) que influyen en el cumplimiento de su dieta.

Método

Participantes. 10 mujeres con un diagnóstico reciente de diabetes mellitus tipo 2

Lugar en que se llevará a cabo: Centro de Atención Psicológica, ubicado en Viveros de Asís # 19 Colonia Viveros de la Loma

Impartido por: Psic. Juan Carlos García Rodríguez

Procedimiento

El taller tendrá tres fases: Pre-evaluación que se llevará a cabo en una sesión de 120 minutos aproximadamente, una fase de intervención que se llevará a cabo en 6 sesiones semanales con una duración aproximada de 120 minutos cada una y finalmente una fase de Post-evaluación que tendrá una duración aproximada de 120 minutos.

Fase 1 Pre-evaluación

Sesión 1

En esta fase se llevarán a cabo mediciones antropométricas y de niveles de glucosa que permitan hacer comparaciones al término del taller y conocer su efecto. Conforme a las características de lo que se va a medir, se proporcionará información para que los participantes identifiquen y registren los factores situacionales dispocionales que disminuyen la probabilidad de adherencia a la dieta

Actividades

La fase de pre-evaluación se llevará a cabo en una sesión en la cual se registrará el peso corporal de cada uno de los participantes y los niveles de glucosa en la sangre. Dado que se requiere de un registro conductual de hábitos alimenticios, se dará información preliminar sobre como registrar aquellos factores que influyen en el seguimiento de la dieta.

1. Evaluación antropométrica

Báscula. En esta fase de pre-evaluación se pesará a cada uno de los participantes en una báscula clínica con estadímetro y altímetro calibrado. Al momento del pesaje los participantes deberán estar descalzos y con la menor cantidad de ropa posible, los participantes deberán encontrarse de pie, al centro de la báscula, con la columna vertebral extendida, los talones juntos y los brazos colgantes, paralelos al eje del cuerpo. La medición será tomada en kilogramos y se registrará semanalmente utilizando el siguiente formato:

Nombre del participante	Peso Corporal (Kg.)

2. Medición de los niveles de glucosa en la sangre

A través de una tira reactiva y un glucómetro se medirán los niveles de glucosa en la sangre de cada uno de los participantes de forma semanal. Las medidas que se utilizarán serán la cantidad de miligramos (mg) de glucosa en cada decilitro (dl) de sangre, utilizando el siguiente formato:

Nombre del participante	Mg/Dl de glucosa en la sangre

Nota. Durante las 3 primeras sesiones de intervención al inicio de cada sesión el coordinador tomara las medidas de peso y niveles de glucosa en la sangre de los participantes, posteriormente cada uno de los participantes deberá de tomar y registrar estas medidas

3. Registro Conductual

Información

Utilizando como recurso didáctico una presentación de Power Point (Anexo 1) y el uso de registros conductuales en blanco, se entrenará a las participantes en esta primera sesión a llevar un registro conductual de sus hábitos alimenticios. El principal objetivo de este registro conductual es conocer cuales son los factores disposicionales que interfieren con el cumplimiento de la dieta de cada uno de los participantes.

Se proporcionará la siguiente información:

¿Qué es un registro conductual?

Un registro conductual es un cuadro donde anotamos de forma sistemática, todas aquellas actividades que realizamos en el día vinculadas exclusivamente con nuestra alimentación. La finalidad de este registro es identificar aquellos aspectos de nuestra vida diaria que influyen en el cumplimiento de nuestra dieta..

Conocer estos aspectos nos permitirá poder buscar soluciones que nos lleven a cumplir de forma adecuada con nuestra dieta (En este momento se le entrega a cada uno de los participantes, un registro conductual en blanco)

Ejemplo de un registro Conductual

Día	Hora	Cantidad y tipo de alimentos ingeridos	Circunstancia Social	Lugar	Estados Emocionales	Personas
Lunes						
Martes						
Miércoles						
Jueves						
Viernes						
Sábado						
Domingo						

Ejemplos

A continuación revisaremos cómo es el llenado de un registro conductual.

Cantidad de Alimentos ingeridos

Una parte fundamental del registro es saber cuánta comida ingerimos al día. Para poder registrar de forma efectiva el consumo de nuestros alimentos, necesitamos una forma sencilla de poder medir la cantidad que consumimos en un día. Por tal motivo, a continuación presentaremos una guía práctica, para registrar de forma fácil y sencilla, la cantidad de alimentos consumidos en un día.

Medidas de registro



Un puño = 1 taza
(semejante ha: dos raciones de pasta o avena)



Una palma = 3oz
(semejante ha: una ración de carne cosida)



El extremo del pulgar (punta del dedo gordo) = 1 una cucharadita
(semejante ha: una ración de mayonesa o margarina)



Un puñado = 1oz
de botana o aperitivo (semejante ha: una onza de nueces)



Un pulgar = 1 oz.
(Semejante ha: un pedazo de queso)

Carne cocida de pollo, pescado y res. Equivalente a 84 gramos de carne aproximadamente. El extremo del pulgar (punta del dedo gordo) nos permite determinar una cucharadita de diversos productos como mayonesa, aceite, vinagre o azúcar. Un puñado es una medida más grande que un puño, equivale a 30 gramos de comida aproximadamente, o a dos bolsas pequeñas de Sabritas. Un pulgar semejante a 30 gramos, que son un pedazo pequeño de queso.

Otras medidas



Cuando registremos nuestros alimentos también los podremos hacer por piezas, por ejemplo 1 pieza de huevo, 1 manzana, 1 plátano, 1 naranja, 5 piezas de uva, 2 piezas de durazno, 1 pieza de pan de dulce, etc. También podemos registrar 1 rebanada de pan de caja, 1 rebanada de jamón, o 1 rebanada de jitomate. Para registrar los líquidos podemos usar como medida un vaso estándar, registrar 6 vasos de agua al día, 2 vasos de refresco, 2 vasos de leche, o 2 vasos de cerveza.

Ejemplo de llenado

Día	Hora	Cantidad de alimentos
Lunes	8:45 AM	1 pieza de huevo, 1 rebanada de jamón, 1 vaso de jugo, 1 taza de café y 1 extremo del pulgar de azúcar
	12:15 PM	1 pieza de dona de chocolate
	4:00 PM	1 palma de carne de pollo empanizado, 1 puño arroz, ½ pieza de zanahoria, 1 vaso de agua de Jamaica,
	9:23 AM	1 puño de cereal, 1 taza de leche, 1 taza de café, 1 extremo del pulgar de azúcar
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		
Domingo		

Lugar y circunstancias sociales

También en nuestro registro conductual, se deberá registrar la circunstancia social y el lugar donde consumimos nuestros alimentos. Las circunstancias sociales hacen referencia al ámbito en el cual desempeñamos nuestras actividades, hay circunstancias sociales de diferente tipo, entre las principales se encuentran:

- a) Familiares
- b) De trabajo
- c) De diversión
- d) De amistad
- e) De matrimonio o noviazgo

El lugar, hace referencia al espacio físico en donde consumimos nuestros alimentos, por ejemplo: restaurante, calle, oficina, escuela, cafetería, casa. Si consumimos nuestros

alimentos dentro de la casa, hay que señalar el lugar específico donde los consumimos, por ejemplo: cocina, sala, comedor, dormitorio, cuarto de TV.

Ejemplo de llenado

Día	Hora	Cantidad de alimentos	Circunstancia S	Lugar
Lunes	8:45 AM	1 pieza de huevo, 1 rebanada de jamón, 1 vaso de jugo, 1 taza de café y 1 extremo del pulgar de azúcar	Familiar	Comedor
	12:15 PM	1 pieza de dona de chocolate	De diversión	Sala de TV
	4:00 PM	1 palma de carne de pollo empanizado, 1 puño arroz, ½ pieza de zanahoria, 1 vaso de agua de Jamaica,	Familiar	Cocina
	9:23 AM	1 puño de cereal, 1 taza de leche, 1 taza de café, 1 extremo del pulgar de azúcar	Familiar	Sala de TV
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				
Domingo				

Estados Emocionales

La depresión, ira, frustración o enojo, son factores emocionales que pueden afectar el que llevemos de forma adecuada nuestra dieta. Por lo que si al momento de comer nos encontramos bajo alguno de estos estados emocionales es importante registrarlo en el cuadro.

Nota. Si no nos encontramos bajo ningún estado emocional particular, al momento de consumir nuestros alimentos, dejaremos simplemente en blanco esta casilla.

Personas

Por último es importante registrar con qué personas nos encontrábamos al comer, ya que como hemos visto ciertas personas pueden influir en el cumplimiento de nuestra dieta. Personas que frecuentemente consumen alimentos con nosotros pueden ser: esposo, hijos, hermanos, padres, amigos, compañeros de trabajo, sobrinos.

Día	Hora	Cantidad de alimentos	Circunstancia S	Lugar	Estados E.	Personas
Lunes	8:45 AM	1 pieza de huevo, 1 rebanada de jamón, 1 vaso de jugo, 1 taza de café y 1 extremo del pulgar de azúcar	Familiar	Comedor	-	Esposo Hija Roció Hija Valeria
	12:15 PM	1 pieza de dona de chocolate	De diversión	Sala de TV	-	Sola
	4:00 PM	1 palma de carne de pollo empanizado, 1 puño arroz, ½ pieza de zanahoria, 1 vaso de agua de Jamaica,	Familiar	Cocina	-	Hija Valeria
	9:23 AM	1 puño de cereal, 1 taza de leche, 1 taza de café, 1 extremo del pulgar de azúcar	Familiar	Sala de TV	Enojo con mis hijos	Esposo
Martes						
Miércoles						
Jueves						
Viernes						
Sábado						
Domingo						

Dinámica

El coordinador dará las siguientes instrucciones:

“En el formato de registro que se les dio en blanco, deberán anotar todos los alimentos que consumieron el día de ayer, llenando el espacio de los horarios, la cantidad, las circunstancias sociales, el lugar, las personas con las que comieron y si en alguna de sus comidas presentaban algún estado de ánimo particular. Para realizar esta actividad dispondrán de 15 minutos y al término de este tiempo el coordinador pasará al lugar de cada uno de ustedes para revisar su registro.”

4. Tarea.

Se dirá a los participantes que todos los días deberán llenar el registro conductual, y deberán traerlo para revisión los días martes.

Fase 2 Intervención

La fase de intervención estará dividida en tres bloques.

Bloque 1. Durante el primer bloque se abordará el objetivo específico 1, el cual busca que los participantes tengan información que posteriormente regule su conducta de comer. Este bloque tendrá una duración de tres sesiones semanales con una duración aproximada de 2 horas cada una.

Bloque 2. Durante el bloque 2 se trabajará con el objetivo específico 2 que implica el uso de técnicas que buscan alterar tendencias y propensiones que interfieren con el seguimiento de la dieta. Este bloque tendrá una duración de cuatro sesiones semanales con una duración aproximada de 2 horas cada una.

Bloque 3 Durante el bloque 3 se trabajará con el objetivo específico 3 que consiste en modificar el comportamiento de aquellas personas que hacen más probable que los participantes no cumplan con la dieta. Este bloque tendrá una duración de dos sesiones semanales con una duración aproximada de 2 horas cada una.

Durante las seis semanas de la fase de intervención, se medirán los niveles de glucosa en la sangre y peso corporal de cada uno de los participantes, tal y como se realizó en la fase de pre-evaluación.

Bloque 1

Objetivo específico 1. El participante obtendrá información para regular su conducta de comer.

Objetivo particular 1.1 El participante tendrá información acerca de cuáles son los objetivos que se pretenden con este taller.

Justificación. Se espera que la información proporcionada a los participantes permita a los participantes adherirse a la dieta de una forma más efectiva, al reconocer la importancia que tendrá para su salud el cumplir de forma efectiva con los objetivos planteados. Se espera que la información proporcionada sirva a los participantes como un factor disposicional de corte motivacional.

Actividades

A través de una presentación de Power Point (Anexo 2) se presentará a las participantes, la información relativa a los objetivos del taller:

1. Implementar estrategias que permitan cumplir de forma efectiva con su dieta y con ello lograr un nivel óptimo en los niveles de glucosa.
2. Perder de 2 a 5 Kg. de peso, a través de la adherencia a su dieta.

¿Cuáles son los beneficios que se obtienen al cumplir estos objetivos?

a) Reducir los síntomas de la enfermedad. La diabetes es una enfermedad que se presenta en aquellas personas que tienen resistencia a la insulina y en forma contigua una deficiencia en su producción, debido a esta deficiencia, los diabéticos ya no pueden metabolizar una importante fuente de energía que obtenemos de los alimentos como lo es la glucosa (azúcar). Cuando nuestro organismo no puede procesar la glucosa de forma adecuada se empiezan a presentar una serie de síntomas que advierten sobre la presencia de la enfermedad, que de no atenderse, con el paso del tiempo hace que se presenten una serie de complicaciones que pueden poner en peligro nuestra vida. Por lo que uno de nuestros principales objetivos con esta intervención es controlar nuestros niveles de glucosa en la sangre, ya que a través de este control, se pueden reducir significativamente los síntomas de esta enfermedad y las complicaciones tanto a corto, como a largo plazo que suelen presentar los pacientes con diabetes. La forma más efectiva de poder controlar nuestros niveles de glucosa en la sangre es a través de una dieta saludable.

b) Menor consumo de medicamentos. El tratamiento de la diabetes se inicia regularmente con actividad física, educación y dieta. Cuando el control de la glucemia falla por un inadecuado seguimiento de la dieta, se suelen prescribir medicamentos para poder controlar los niveles de glucosa en la sangre, por ello es importante cumplir con la dieta ya que a través de ella se puede reducir su dependencia a los medicamentos, eliminar algunos efectos secundarios que estos provocan y reducir la cantidad de pastillas que consumen.

c) Pérdida de peso. Los beneficios de bajar de peso se apreciarán inmediatamente, el nivel de glucosa en la sangre descenderán rápidamente, la presión arterial disminuirá así como los niveles de colesterol en la sangre. La obesidad y el sobrepeso están presentes en la mayoría de los pacientes diabéticos y es la causa principal de muchas de sus complicaciones, como lo son el aumento de los niveles de glucosa en la sangre, hipertensión, cardiopatía coronaria (infartos) y accidentes vasculares, incluso complicaciones como las úlceras del pie tienen menor probabilidad de solución, si el paciente es obeso. El lograr pequeñas pérdidas de peso entre 2 y 5 kg. disminuirá significativamente la aparición de complicaciones en pacientes diabéticos, y aumentara significativamente la calidad de vida de los pacientes.

d) Aumento de la calidad de vida. Es importante señalar que un paciente con diabetes puede llevar una vida como cualquier otra persona la palabra dieta no implica necesariamente la prohibición de ciertos alimentos hace más bien referencia a un control sobre los alimentos que consumimos, una persona con diabetes puede comer de todo como cualquier otra persona, solo que con ciertas restricciones, dada la condición de su enfermedad.

¿Cuáles serían las consecuencias de no cumplir de forma adecuada con los objetivos propuestos?

Las cifras mayores de 140 mg/dl, de glucosa a mediano o largo plazo pueden causar daño irreversible e incluso la muerte en pacientes con diabetes. Entre las principales complicaciones que se presentan por los elevados niveles de glucosa se encuentran:

-Sistema circulatorio:

Enfermedades del corazón (Infarto).

Accidente cerebral vascular.

Daño en las arterias de la retina, ceguera (retinopatía diabética).

Daño en las arterias del riñón (Nefropatía diabética).

-Sistema nervioso:

Falta de sensibilidad (hormigueo en los pies).

Diarrea crónica, incontinencia urinaria e impotencia sexual por daños en los nervios que controlan estos órganos.

-Combinaciones del sistema circulatorio y nervioso

Pie diabético. Falta de sensibilidad y problemas circulatorios que produce ulceración y en casos extremos se llega a la amputación del pie. En este momento se presenta un video a través del portal youtube con una duración de 3 minutos que presenta la amputación del pie de un paciente diabético.

Formas o herramientas de evaluación: Para evaluar el cumplimiento de este objetivo, una vez que se dé la información, se aplicará el Cuestionario de evaluación # 1, dando el coordinador las siguientes instrucciones:

A continuación se te presenta una serie de preguntas que están relacionadas con la información que acabas de revisar sobre la diabetes. Responde a cada pregunta marcando con una X la letra de la respuesta correcta. Usa exclusivamente el lápiz que

se te proporcionará para resolver el cuestionario, ya que si te equivocas, podrás borrar y cambiar tu respuesta.

Cuestionario 1. Objetivos del taller

- 1.- Uno de los objetivos que se pretende con este taller es:
 - a) Implementar estrategias que nos permitan cumplir de forma efectiva con nuestra dieta
 - b) Eliminar por completo la diabetes
 - c) Controlar nuestra presión arterial

- 2.- Es una complicación del sistema circulatorio provocado por la diabetes:
 - a) Hipertensión
 - b) Daños en el hígado
 - c) Ceguera

- 3.- Es otro de los objetivos del taller:
 - a) Mejorar nuestra circulación sanguínea
 - b) Perder de 2 a 5 Kg. de peso, a través de la adherencia a nuestra dieta y de un programa de actividad física.
 - c) Evitar la aparición de otra enfermedad crónica

4. Es un beneficio que obtendremos de cumplir con los objetivos del taller:
 - a) Menor consumo de medicamentos
 - b) Mejorar nuestra percepción de la vida
 - c) Aprender a comer menos y vivir mejor

- 5 - ¿Por qué es bueno para un paciente diabético perder peso?
 - a) Permite mejorar su sistema endocrinológico
 - b) Permite al organismo eliminar insulina del cuerpo
 - c) Permite evitar complicaciones a largo plazo, como el pie diabético.

Criterios de logro: Se considerará alcanzado el objetivo si los participantes tienen por lo menos el 80 % de respuestas correctas en este cuestionario. Si algún participante no alcanza el criterio de logro, se programará una tutoría con él de 30 minutos por la tarde, donde se volverá a repasar los tópicos revisados en esta sesión y al término de esta, se volverá a realizar el cuestionario de evaluación.

Objetivo particular 1.2 El participante tendrá información acerca de lo que es la diabetes, cuáles son sus síntomas y qué factores provocan la aparición de la enfermedad

Justificación. Se espera que la información proporcionada sobre la diabetes y sus complicaciones, genere una competencia que ayude a alterar los hábitos alimenticios de los participantes de una forma extrasituacional. Se pretende que ellas sepan qué es la diabetes, cómo afecta al organismo y por qué se tiene que cuidar la dieta para evitar las complicaciones de la enfermedad.

Actividades

A través de una presentación de Power Point (Anexo 4) se dará la siguiente información a las participantes sobre lo que es la diabetes:

La diabetes es una enfermedad crónica, que presenta una elevada tasa de morbilidad y mortalidad en las personas que la padecen, la diabetes se presenta en aquellas personas que presentan deficiencias en la producción de insulina y dificulta la absorción de glucosa por parte del organismo. Los pacientes suelen ser al momento del diagnóstico mayores de 30 años, obesos y presentan relativamente pocos síntomas.

Síntomas de la diabetes

Los principales síntomas que presenta una persona con diabetes son los siguientes:

- 2) *La sed.* En la diabetes totalmente establecida, la sed suele ser abrasadora, un diabético puede llegar a beber cinco o seis litros de agua en el transcurso del día, a este trastorno se le llama polidipsia.
- 3) *La poliuria.* El fenómeno de orinar más cantidad de lo normal se denomina poliuria, es consecuencia del esfuerzo que hace el organismo diabético para eliminar el azúcar inaprovechable y causa directa de la polidipsia. El volumen

de la orina emitida es equivalente a la cantidad de líquidos ingeridos y tiene la característica de parecer muy diluida, casi incolora. Sus gotas al secarse, dejan manchas blanquecinas formadas por el depósito de azúcar.

- 4) *La pérdida de peso.* Es paradójico que la obesidad sea una de las causas que predisponen a la diabetes, mientras que cuando surge la enfermedad el peso se reduce o, cuando menos, deja de aumentar. Esta pérdida de peso no supone un signo favorable, ya que no solamente representa una disminución de la grasa, sino que también una pérdida de proteínas, cuyos aminoácidos pasan a ser glucosa.
- 5) *El cansancio.* El cansancio es uno de los síntomas más difíciles de valorar, la pérdida de energía del diabético suele ser en los jóvenes, lentamente progresiva y acaba por ser intensa.

Factores de Riesgo

A continuación presentamos una tabla tomada de Alpizar (2001) en la cual se muestran los factores tanto modificables como no modificables para desarrollar diabetes tipo 2.

Factores de riesgo *No modificables* para diabetes mellitus

- 1) Edad igual o mayor a 45 años.
- 2) Antecedente de diabetes mellitus en un familiar de primer grado (padres, hermanos, hijos).
- 3) Antecedente de haber tenido un hijo con un peso al nacer >4 Kg.

Factores de riesgo *modificables* para diabetes mellitus

- 1) Obesidad
- 2) Sobrepeso
- 3) Sedentarismo
- 4) Tabaquismo
- 5) Manejo inadecuado del estrés
- 6) Hábitos inadecuados de la alimentación

A continuación se proyectará a través del sitio <http://esp.brainpop.com/mx> una animación en flash titulada “Diabetes” con una duración de 2:16. La animación que se proyectará, tocará los siguientes puntos:

¿Qué es la glucosa?

¿Qué es la insulina?

¿Qué ocurre con la insulina en las personas con diabetes?

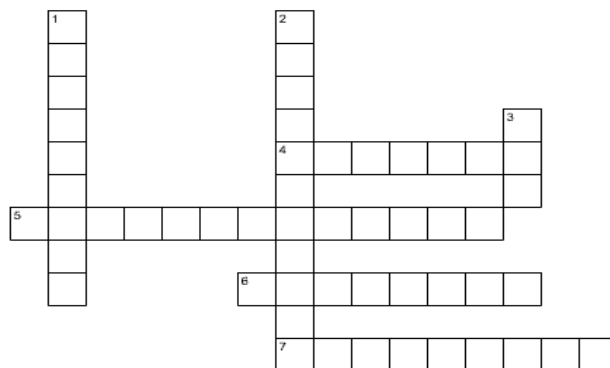
¿Cuáles son las consecuencias de tener elevados los niveles de glucosa en la sangre?

Aclaración de dudas

Al concluir la presentación se llevará a cabo una sesión de preguntas y respuestas, con una duración de 10 minutos, en las que se resolverá cualquier duda sobre la información presentada.

Dinámica

Al término de la sesión de preguntas y respuestas, se llevará a cabo una dinámica en la que los participantes tendrán que formar equipos de dos personas y resolver en conjunto un crucigrama con la información que se ha revisado sobre la diabetes. Para realizar este crucigrama dispondrán de 10 minutos, y al término del tiempo establecido, el coordinador revisará la tarea. El crucigrama será el siguiente:



HORIZONTAL

- 4 Azúcar que se encuentra en la sangre.
- 5 Alta concentración de azúcar en la sangre.
- 6 El nombre completo de la enfermedad es Diabetes _____ .
- 7 Hormona que controla la cantidad de glucosa que las células de tu cuerpo pueden absorber.

VERTICAL

- 1 Persona que padece diabetes.
- 2 Baja concentración de azúcar en la sangre.
- 3 La diabetes es un _____ .

Visita. El coordinador informará a los participantes que la próxima sesión consistirá en una visita a alguna clínica cercana al lugar donde se imparte el taller ya sea del IMSS o del ISSSTE, donde visitarán a pacientes que estén internados por complicaciones con la diabetes, ya sea que presenten pie diabético, cataratas, hiperglucemia o hipoglucemia, entre otros. Se espera que los participantes puedan platicar con los internos y puedan observar directamente las complicaciones de no seguir de forma adecuada con la dieta.

Formas o herramientas de evaluación: Al concluir el crucigrama, se dará a los participantes un cuestionario de evaluación sobre la información revisada hasta este momento. Se les darán las siguientes instrucciones: A continuación se te presenta una serie de preguntas que están relacionadas con la información que acabas de revisar sobre la diabetes. Responde a cada pregunta marcando con una X la letra de la respuesta correcta. Usa exclusivamente el lápiz que se te proporcionará para resolver el cuestionario, ya que si te equivocas, podrás borrar y cambiar tu respuesta.

Cuestionario de evaluación 2. La diabetes

1.- ¿Qué es la diabetes?

- a) Una enfermedad inmunodepresora del sistema nervioso central
- b) Una enfermedad crónica
- c) Un síndrome de inmunodeficiencia

2.- ¿Cómo se le llama a una persona que padece diabetes?

- a) Enfermo crónico
- b) Diurético
- c) Diabético

3.- ¿Qué tienen que regular los diabéticos?

- a) Su presión arterial
- b) Sus concentraciones de glucosa en la sangre
- c) Sus niveles de colesterol y triglicéridos

4.- ¿Qué hormona controla la absorción del azúcar en el organismo?

- a) La glucosa
- b) Los estrógenos
- c) La insulina

5.- ¿Dónde se produce la insulina?

- a) En el páncreas
- b) En el hígado
- c) En el riñón

6.- ¿Cuál de estos términos significa baja concentración de azúcar en la sangre?

- a) Hipoglucemia
- b) Hiperglucemia
- c) Hipocondría

7.- ¿Cuál de estos términos significa alta concentración de azúcar?

- a) Hipoglucemia
- b) Hiperglucemia
- c) Hipocondría

8.- ¿Es un síntoma fundamental de la diabetes?

- a) Hambre
- b) Tristeza
- c) Sed

9.- ¿Por qué se provoca un exceso de orina en los pacientes con diabetes?

- a) Porque el organismo busca eliminar el azúcar inaprovechable
- b) Porque el riñón de los pacientes diabéticos se encuentra dañado

- c) Porque no se ha bebido suficiente agua

10.- ¿Cuál de estos es un factor modificable para la diabetes en pacientes con diabetes?

- a) Hábitos alimenticios Inadecuados
- b) Antecedentes de diabetes en un familiar directo
- c) Antecedente de haber tenido un hijo con un peso al nacer >4 Kg.

Criterios de logro: Se considerará alcanzado el objetivo si los participantes tienen por lo menos el 80 % de respuestas correctas en este cuestionario. Si algún participante no alcanza el criterio de logro, se programará una tutoría con él de 30 minutos por la tarde, donde se volverá a repasar de forma breve los tópicos revisados en esta sesión y al término de esta, se volverá a aplicar nuevamente el cuestionario.

Objetivo particular 1.3 Los participantes tendrán información acerca de cuáles son los diferentes grupos de nutrimentos y los alimentos que los contienen.

Justificación. Al proporcionar información a los participantes sobre cada uno de los grupos de nutrimentos y su función en el organismo se espera crear una microcontingencia que en el mediano o largo plazos regule extrasituacionalmente el comportamiento de los participantes al momento de elegir sus alimentos. Con la información se pretende que los participantes sepan por qué tienen que controlar el consumo de carbohidratos, cómo afecta la glucosa de los carbohidratos a su organismo, cómo distinguir los diferentes tipos de alimentos que contienen carbohidratos, y por qué es preferible elegir carbohidratos complejos sobre los simples. Además sabrán por qué tienen que controlar también el consumo de grasas e incluir en su dieta alimentos que contengan los diferentes grupos de nutrientes.

Actividades

Información sobre Nutrición

A través de una charla informativa el coordinador dará la siguiente información a los participantes:

Nutrición

Los nutrientes conocidos se distribuyen en cinco grupos denominados carbohidratos, lípidos, proteínas, vitaminas y minerales. La mayor parte de estos nutrimentos no se ingieren como tales, sino que se obtienen a través de los alimentos, he aquí la principal diferencia entre nutrición y alimentación, puesto que la primera se relaciona con los nutrientes y la segunda con los alimentos que en general son almacenes de nutrientes. Dado lo anterior comenzaremos por explicar que son los nutrientes, para posteriormente saber cuales son los alimentos que los contienen y las porciones en que debemos de consumirlos.

A continuación se proyectará a través del sitio <http://esp.brainpop.com/mx> una animación en flash titulada “Nutrición” con una duración de 3:34. La animación que se proyectará, tocará los siguientes puntos:

La animación que se proyectará, tocará los siguientes puntos:

- a) ¿Cuál es la función de los nutrimentos?
- b) ¿Cuál es la función de los carbohidratos y las grasas?
- c) ¿Cuál es la función de las proteínas?
- d) ¿Cuál es la función de las vitaminas y minerales?
- e) ¿Qué es el plato del bien comer y en que consiste?

Al terminar la animación, el coordinador les dirá a los participantes que todos los grupos de nutrientes son importantes como se acaba de ver en la animación; sin embargo, para los pacientes diabéticos es de suma importancia conocer a fondo dos grupos de estos nutrientes ya que están muy relacionados con las complicaciones de su enfermedad, estos grupos son los de los carbohidratos y el de las grasas, el primero está relacionado con el aumento de glucosa en la sangre y el segundo con complicaciones en el sistema circulatorio y el aumento de peso corporal. Por lo que a continuación se proyectarán 2 animaciones más, que explicarán a detalle qué son los carbohidratos y las grasas para un mejor dominio del tema por parte de los participantes.

A continuación se proyectará a través del sitio <http://esp.brainpop.com/mx> una animación en flash titulada “Diabetes” con una duración de 4:09. La animación que se proyectará, tocará los siguientes puntos:

- a) ¿Qué son los carbohidratos?
- b) ¿Cuáles son las formas principales de carbohidratos?

- c) ¿Qué tipo de carbohidratos es la glucosa?
- d) ¿Qué son los carbohidratos simples?
- e) ¿Qué son los carbohidratos complejos?
- f) ¿Por qué conviene evitar los carbohidratos simples?
- g) ¿Cuáles son las ventajas de la fibra en la dieta?
- h) ¿Cuáles son los alimentos que contienen carbohidratos?

Posteriormente se dedicarán 5 minutos para preguntas y respuestas sobre los carbohidratos e inmediatamente después se proyectará a través del sitio <http://esp.brainpop.com/mx> una animación en flash titulada “Grasas” con una duración de 3:43’. La animación que se proyectará, tocará los siguientes puntos:

- a) Qué son las grasas
- b)Cuál es la función de las grasas en nuestro organismo
- c) Por qué es malo consumir grasas en exceso
- d) Cuáles son los diferentes tipos de grasa que existen
- e) ¿Cuáles son los alimentos que contienen grasas y de qué tipos?

De la misma manera que con la animación anterior se dedicarán 5 minutos para preguntas y respuestas sobre las grasas

Formas o herramientas de evaluación

Al concluir la sesión de preguntas y respuestas, se les dará a los participantes un cuestionario de evaluación sobre la información revisada durante esta sesión. Las instrucciones serán las siguientes:

A continuación se te presenta una serie de preguntas que están relacionadas con la información que acabas de revisar sobre la diabetes. Responde a cada pregunta marcando con una X la letra de la respuesta correcta. Usa exclusivamente el lápiz que se te proporcionará para resolver el cuestionario, ya que si te equivocas, podrás borrar y cambiar tu respuesta.

Cuestionario 3. Nutrición y Alimentación

1.- ¿Qué usa tu cuerpo como combustible?

- a) Proteínas
- b) Carbohidratos y grasas

c) Vitaminas

2.- ¿Cuál de estos es un ejemplo de mineral?

- a) El azúcar
- b) La insulina
- c) El calcio

3.- ¿Cuál de estos no es una azúcar?

- a) La lactosa
- b) La sucrosa
- c) El almidón

4.- ¿Cuál de estos carbohidratos es el más sano?

- a) Granos enteros
- b) Harina blanca
- c) Azúcar refinada

5.- ¿Cómo se llaman los dos tipos básicos de carbohidratos?

- a) Largos y cortos
- b) Simples y complejos
- c) Grandes y pequeños

6.- Los nutrientes son sustancias que:

- a) Absorben la energía del organismo
- b) Reducen la respuesta endocrina del organismo
- c) Dan energía a tu organismo

7. - ¿Por qué se consideran los azúcares carbohidratos simples?

- a) Por su estructura anular
- b) Porque contienen hidrogeno y carbono
- c) Porque son las moléculas de carbohidratos más pequeñas

8.- ¿Cuál de los siguientes ejemplos no es un carbohidrato complejo?

- a) El almidón

- b) La fibra
- c) La glucosa

9.- ¿Por qué conviene evitar los carbohidratos simples?

- a) Porque producen un aumento rápido en el azúcar sanguíneo
- b) Porque dan dolor de estómago
- c) Porque se digieren muy lentamente

10.- ¿Con que se relacionan los picos en el azúcar sanguíneo?

- a) Con la diabetes, el sobrepeso y las enfermedades cardíacas
- b) Con el asma y las alergias
- c) Con problemas cardiovasculares

11.- ¿Por qué es tan importante comer grasas?

- a) Controlan los niveles de glucosa en la sangre
- b) Tienen mucha energía
- c) Tienen nutrientes que no puedes obtener de otra fuente

12.- ¿Cuál es el combustible que utiliza tu cuerpo?

- a) Glucosa
- b) Sangre
- c) Oxígeno

13.- ¿Qué pasa con la glucosa que no es utilizada en tu cuerpo para energía?

- a) Se convierte en placas
- b) Se descarta por medio de la orina
- c) Se convierte en grasa corporal

14.- ¿Cuáles son los diferentes tipos de grasa que existen?

- a) Saturadas y no saturadas
- b) Vegetal y animal
- c) Natural y artificial

15.- Las grasas saturadas se encuentran principalmente en

- a) Aceites vegetales
- b) Productos animales
- c) Nueces

Criterios de logro: Se considerará alcanzado el objetivo si los participantes tienen por lo menos el 80 % de respuestas correctas en este cuestionario. Si algún participante no alcanza el criterio de logro, se programará una tutoría con él de 30 minutos por la tarde, donde se volverá a repasar de forma breve los tópicos revisados en esta sesión y al término de esta, se volverá a aplicar nuevamente el cuestionario.

Tarea.

Antes de que los participantes se retiren, se les pedirá para la próxima sesión una libreta de forma francesa, donde organizarán las diversas actividades que se desarrollen en el taller.

Objetivo particular 1.4 El participante controlará de forma efectiva la porción de alimentos y nutrientes que incluye en cada una de sus comidas usando menús para diabéticos.

Justificación. La información proporcionada sobre nutrición y alimentación se debe traducir en una práctica efectiva en la vida cotidiana de los participantes, esto es, se espera que el participante se comporte de forma extrasituacional utilizando la información recibida para preparar alimentos que no afecten su condición de diabético y no así que consuma lo primero que tenga a la mano o alimentos restringidos que puedan incrementar sus concentraciones de glucosa en la sangre. Para que esto se haga realidad se simplificará la tarea de las participantes al entrenarlas en el uso de menús para diabéticos que les permitirá saber qué comer durante la semana, las raciones que deben incluir en cada una de sus comidas, así como la cantidad de nutrientes que están ingiriendo.

Actividad

A través de una charla informativa el coordinador dará la siguiente información a los participantes:

Una forma de controlar la cantidad de alimentos que se consume y llevar una dieta saludable, es tener un menú de lo que hemos de comer durante la semana, así sabremos las cantidades exactas de comida que hay que comprar, y además podremos cuidar las proporciones de alimento que debemos consumir. En la actualidad existen numerosos libros con menús hechos especialmente para diabéticos, que nos pueden ayudar a planear nuestra alimentación, a continuación a cada uno de ustedes se les repartirá un menú de diabéticos, que contiene un programa de alimentación para una semana, este menú fue recuperado del recetario para diabeticos del ISSSTE que se puede encontrar en la siguiente direccion electrónica:
<http://www.issste.gob.mx/aconseja/diabetes.html#diabetes>

A continuacion el coordinador, procederá a repartir el siguiente menú:

Menú 1

DESAYUNO

Nopales con huevo

- 1 tza. de nopales
- ½ tza. de jitomate
- Cebolla y chile verde al gusto
- 2 claras de huevo
- 1 ½ cdita. de aceite de olivo
- 1 tortilla de maíz



TABLA NUTRIMENTAL (por menú) 1400 Kcal.	
Nutriente	Cantidad
Hidratos de Carbono	173 g.
Proteínas	68 g.
Lípidos	46.6 g.
Fibra	22.6 mg.
Colesterol	93.7 mg.
Sodio	1471 mg.

Licuada de mango

- 1 tza. de leche descremada
- ½ mango pequeño
- 2 sobres de edulcorante artificial

COLACIÓN

Fruta con queso

COMIDA

Sopa de espinaca

- 1 tza. de espinaca cocida

Atún mexicano

- 1 lata de atún en agua
- Jitomate
- Cebolla
- Limón
- Pimienta
- Pizca de sal
- 2 cditas. de aceite de olivo
- 5 galletas saladas integrales



CENA

Molletes

- 1 bolillo sin migajón
- 2 cditas. de margarina sin sal
- ½ tza. de frijoles molidos (que no sean de lata)
- 60 g. de queso panela
- Salsa pico de gallo (jitomate, cebolla, chile y cilantro al gusto)
- Café o té sin azúcar. Puede utilizar edulcorante artificial

Tomar de 1½ a 2 litros de agua simple o de limón sin azúcar durante el día

PREPARACIÓN

Nopales con huevo

1. Picar los nopales en trozos pequeños.
2. Asar los nopales, retirar del fuego hasta que hayan soltado la baba.
3. En una sartén caliente y a fuego lento, verter el aceite; una vez que el aceite esté hirviendo, vaciar los nopales, el jitomate, la cebolla y el chile.

4. Agregar las claras de huevo y revolver hasta que esté listo.

Licuada de mango

1. Lavar y descascarar el mango.

Sopa de espinaca

1. Lavar y desinfectar las espinacas.
2. Ponerlas a cocer en una cacerola con poca cantidad de agua.
3. Moler las espinacas con el agua en la que se cocieron.
4. Agregar sal al gusto.

Atún mexicano

1. Lavar y picar las verduras.
2. Agregar aceite a una sartén caliente.
3. Drenar el agua de la lata de atún.
4. Acitronar la cebolla.
5. Verter el atún en la sartén y esperar a que se dore un poco.
6. Agregar el jitomate, el limón, la pimienta y la pizca de sal.

Molletes

1. Partir horizontalmente el bolillo.
2. Quitar a la pieza de bolillo el migajón.
3. Untar la margarina sin sal a cada una de las mitades.
4. Untar los frijoles en partes iguales en cada rebanada.
5. Rallar el queso panela y espolvorearlo sobre los panes.
6. Meter al horno por unos minutos hasta que el pan se caliente o dore.
7. Agregar salsa pico de gallo al gusto.

Salsa pico de gallo

1. Lavar y picar el jitomate, la cebolla, el chile y espolvorear cilantro picado.
2. Agregar gotitas de limón y una pizca de sal.

Menú 2



TABLA NUTRIMENTAL (por menú) 1400 Kcal.	
Nutriente	Cantidad
Hidratos de Carbono	173 g.
Proteínas	68 g.
Lípidos	46.6 g.
Fibra	24.73 mg.
Colesterol	96 mg.
Sodio	1291.4 mg.

DESAYUNO

Cóctel de frutas con queso cottage

- 1 tza. de papaya picada
- ½ pera
- ½ manzana pequeña
- ¼ tza. de queso cottage bajo en grasa
- 2 cdas. de salvado de trigo

1 tza. de leche descremada

COLACIÓN

Ensalada de ejotes con queso panela

- 1 tza. de ejotes
- 30 g. de queso panela
- Cebolla y cilantro al gusto

COMIDA

Arroz blanco

- ¼ tza. de arroz crudo
- 1 trozo pequeño de cebolla
- 1 pizca de sal

Pollo envuelto

- 90 g. de pechuga de pollo sin piel
- 30 g. de queso panela
- 2 tzas. de espinacas enteras
- 2 cditas. de aceite de olivo
- 1 pizca de sal
- 1 pera

CENA

Ensalada de verdura con pechuga de pavo

- Lechuga
- Brócoli
- Coliflor
- Champiñones
- ½ aguacate pequeño
- 30 g. de pechuga de pavo
- 1 cdita. de aceite de olivo
- Vinagre
- 1 pizca de sal
- 5 galletas saladas integrales

Consumir de 1½ a 2 litros de agua simple o de limón sin azúcar durante el día



PREPARACIÓN

Cóctel de frutas con queso cottage

1. Lavar y picar las frutas al tamaño deseado.
2. Agregar el queso y el salvado de trigo.

Ensalada de ejotes con queso panela

1. Picar los ejotes previamente cocidos.
2. Cortar en cubitos el queso panela.
3. Agregar cebolla y cilantro al gusto.

Arroz blanco

1. Hervir ½ tza. de agua.
2. Una vez que esté hirviendo, agregar el arroz crudo, la cebolla y la sal.
3. Ya que se haya evaporado el agua y el arroz tenga una consistencia suave, retirarlo del fuego.

Pollo envuelto

1. Encender el horno a 200°C.
2. Lavar y desinfectar las hojas de espinaca.
3. En las hojas de la espinaca envolver el pollo y el queso panela, y fijarlo con un palillo.
4. Poner el pollo en el horno caliente de 10 a 15 minutos.

Ensalada de verdura con pechuga de pavo

1. Lavar y desinfectar las verduras.
2. Cocer el brócoli y la coliflor.
3. En un plato, revolver todas las verduras.
4. Agregar la pechuga de pavo cortada en trozos pequeños.
5. Aderezar con aceite, vinagre y una pizca de sal.
6. Acompañar con las galletas saladas integrales.

Menú 3



TABLA NUTRIMENTAL (por menú) 1300 Kcal.	
Nutriente	Cantidad
Hidratos de Carbono	162.5 g.
Proteínas	65 g.
Lípidos	43.3 g.
Fibra	18.5 mg.
Colesterol	188 mg.
Sodio	1310.75 mg.

DESAYUNO

Omelette de verduras con queso

- 2 claras de huevo
- ¼ tza. de champiñones
- ½ tza. de flor de calabaza
- 30 g. de queso oaxaca
- Salsa roja (jitomate, cebolla, cilantro, ajo)
- 90 g. de queso panela
- 1 cdita. de aceite de olivo

1 tza. de jugo de naranja natural

COLACIÓN

Coctel de papaya con yogur

- 1 tza. de papaya
- ½ tza. de yogur descremado

PREPARACIÓN

Omelette de verduras con queso

1. Lavar y picar los champiñones y la flor de calabaza.
2. En una sartén con el aceite muy caliente, poner las verduras y sofreír.
3. Incorporar las claras de huevo hasta que se cuezan.
4. Agregar el queso oaxaca.
5. La salsa es al gusto.

COMIDA

Carne asada a la mexicana

- 1 pza. mediana de papa al vapor
- ½ tza. de frijoles (que no sean de lata)
- 120 g. de milanesa de res
- 1 cdita. de aceite vegetal
- ¾ pza. de aguacate
- 2 tortillas

Ensalada cruda

- ½ tza. de zanahoria
- ½ tza. de jícama
- 1 tza. de pepino
- 3 cdas. de queso cottage
- Limón
- Pimienta
- 1 pizca de sal

CENA

Fresas con yogur y granola

- 2 tzas. de fresas
- ½ tza. de yogur descremado natural
- ¼ de tza. de granola

Coctel de papaya con yogur

1. Picar la papaya.
2. Agregar el yogur.

Papa al horno

1. Lavar la papa y ponerla a cocer en una olla express o en una cacerola con poca agua.
2. Una vez cocida, agregar sal al gusto.

Carne asada a la mexicana

1. En una sartén caliente agregar el aceite vegetal.
2. Ya que el aceite esté caliente, poner la carne de res.
3. Cuando haya adquirido el cocimiento deseado, retirarla del fuego.

Ensalada cruda

1. Lavar, desinfectar, pelar y picar las verduras.
2. Agregar el queso, la sal, la pimienta y el limón.

Fresas con yogur y granola

1. Lavar, desinfectar y cortar la parte de arriba de las fresas.
2. Ponerlas en una taza.
3. Agregar el yogur y la granola.

Menú 4

DESAYUNO

Licudo de plátano

- 1 tza. de leche descremada
- ½ plátano mediano
- Sustituto de azúcar
- Vainilla y canela al gusto

Taquitos de queso panela

- 2 tortillas pequeñas
- 60 g. de queso panela
- ⅓ pza. de aguacate

COLACIÓN

- 3 ciruelas
- 1 tza. de gelatina light

COMIDA

Spaguetti rojo

- 1 tza. de spaguetti cocido con cebolla, sal y orégano
- 2 jitomates
- Chile serrano al gusto
- 1 trozo de cebolla
- Sal al gusto

Pollo empanizado con queso

- 90 g. de pechuga de pollo sin piel

- 2 cditas. de salsa inglesa
- 3 cdas. de queso parmesano
- 1½ cditas. de aceite vegetal

Ensalada jardinera

- Lechuga, pepino, jitomate, cebolla, pimiento morrón rojo y pimiento morrón verde al gusto
- 1 cdita. de aceite de olivo
- Limón al gusto
- 1 pizca de sal

2 tzas. de agua de jamaica sin azúcar

CENA

- 1 manzana pequeña

Crema de espinacas

- ½ tza. de leche descremada
- Agua al gusto
- 2 tzas. de espinacas
- 1 cdita. de margarina sin sal
- 1 pizca de sal

Café o té sin azúcar



PREPARACION

Licudo de plátano

1. Verter la leche en la licuadora.
2. Agregar el plátano, el sustituto de azúcar, canela y la vainilla.
3. Licuar.

Taquitos de queso panela

1. Poner las tortillas en el comal.
2. Agregar el queso panela.
3. Esperar a que se caliente el queso y retirar.
4. Agregar el aguacate.

Spaguetti rojo

1. Moler el jitomate con cebolla, chile y sal al gusto.
2. Calentar la salsa de jitomate y bañar el spaguetti con la salsa.

Pollo empanizado con queso

1. Poner la salsa inglesa al pollo y dejar reposar por 5 minutos.
2. Agregar el queso parmesano al pollo.
3. En una sartén con el aceite bien caliente, freír el pollo a fuego lento hasta que se cueza.

Ensalada jardinera

1. Lavar y desinfectar las verduras.
2. Picar las verduras en el tamaño deseado.
3. Agregar el aceite, el jugo de limón y la sal.

Crema de espinacas

1. Lavar y desinfectar las espinacas.
2. Verter la leche y las espinacas en la licuadora.
3. Si desea que no quede tan espeso, agregar agua al gusto.
4. Agregar la margarina y la sal.

TABLA NUTRIMENTAL (por menú) 1200 Kcal.	
Nutrimiento	Cantidad
Hidratos de	152.5 g.
Carbono	
Proteínas	60 g.
Lípidos	39 g.
Fibra	17.25 mg.
Colesterol	128.7 mg.
Sodio	1285.4 mg.

Menú 5



TABLA NUTRIMENTAL
(por menú)
1200 Kcal.

Nutrimento	Cantidad
Hidratos de Carbono	151.5 g.
Proteínas	58 g.
Lípidos	40 g.
Fibra	26.3 mg.
Colesterol	81.7 mg.
Sodio	553.7 mg.

DESAYUNO

Huevito revuelto

- 2 claras de huevo
- Jitomate al gusto
- Cebolla al gusto
- Chile serrano sin semillas al gusto
- 1 cdita. de aceite vegetal
- 1 tza. de jugo de naranja o toronja natural
- 1 reb. de pan integral tostado

COLACIÓN

Ensalada de verdura cruda con queso panela

- Lechuga y espinaca al gusto
- 15 g. de queso panela

COMIDA

- ½ tza. de frijol (que no sean de lata)
- ¾ tza. de arroz integral cocido al vapor

Pescado empapelado

- 90 g. de pescado
- ¼ tza. de calabacita
- ½ tza. de nopal
- ½ tza. de brócoli
- ½ tza. de coliflor
- 2 cditas. de aceite de olivo
- Pimienta y ajo al gusto

Melón

- 1 tza. de melón

Agua simple o de limón sin azúcar

CENA

Avena con frutas

- ½ tza. de avena
- ½ manzana
- 1 durazno
- 3 almendras
- 1 tza. de leche descremada
- 1 sobre de fructosa

PREPARACIÓN

Huevito revuelto

1. En una sartén caliente poner el aceite.
2. Picar la cebolla y el jitomate.
3. Acitronar la cebolla.
4. Agregar las claras de huevo y el jitomate.
5. Retirar del fuego cuando el huevo adquiera la consistencia deseada.

Ensalada de verdura cruda con queso panela

1. Lavar y desinfectar la lechuga y la espinaca.
2. Agregar el queso cortado en trocitos.

Arroz integral

1. Hervir ¾ taza de agua.
2. Una vez que esté hirviendo, agregar el arroz

crudo.

3. Ya que se haya evaporado el agua y el arroz tenga una consistencia suave, retirarlo del fuego.

Pescado empapelado

1. Lavar y desinfectar las verduras.
2. Picar las verduras en pequeños pedazos.
3. Prender el horno a 200°C.
4. En papel aluminio, poner el pescado con las verduras y agregar el aceite de olivo, la pimienta y el ajo.
5. Dejar hornear de 10 a 20 minutos, o hasta que el pescado esté bien cocido.

Avena con frutas

1. Poner a hervir la avena con la leche; una vez que la avena tenga una textura suave, retirarla del fuego.
2. Lavar las frutas.
3. Picar las frutas al tamaño deseado.
4. Agregar a la avena las frutas, las almendras y la fructosa.

Una vez que todos los participantes tengan los menús, el coordinador procederá a explicarles que hay un menú diferente para cada día de la semana lo que permite tener una alimentación saludable y variada, explicará que entre las principales ventajas de utilizar menús es que se conocen las cantidades exactas de alimentos que se necesitan para preparar los alimentos (lo cual ayuda a saber con anticipación la cantidad de alimentos que se necesita comprar para la semana evitando así caer en excesos o consumir alimentos que pueden perjudicar su salud), también los menús permiten conocer la cantidad de nutrimentos que se están ingiriendo (lo cual permitirá saber todos los días de una forma sencilla si se están ajustando a los requerimientos nutricionales de la dieta), agregan variedad a la dieta, puesto que permiten preparar platillos que antes no se conocían, así como cumplir de una forma fácil y sencilla con la dieta, puesto que nos ayudan a programar con anticipación qué comer y cuánto comer durante toda la semana sin poner en riesgo nuestra salud.

Una vez informado lo anterior, el coordinador le pedirá a cada uno de los participantes que se enumeren del 1 al 10 y les asignará la siguiente tarea.

Números del 1 a 5 tendrán que preparar el desayuno conforme indican los números de los menús.

Números del 1-8 tendrán que preparar las comidas que vienen en los menús 3,4 y 5.

Números 9 y 10 tendrán que preparar la cena que aparecen en los menús 1 y 2.

Cada uno de los participantes deberá traer los alimentos preparados para la próxima sesión y compartirlos con el grupo, debiendo pasar al frente del grupo y explicar como preparó el alimento, cuáles son los nutrientes y la cantidad de cada uno de estos que contiene, así como señalar la importancia que tiene para los diabéticos desde su punto de vista utilizar menús para controlar su dieta. Una vez explicado lo anterior, se les pedirá que saquen su libreta organizadora y recibirán las siguientes instrucciones:

Se les pedirá a cada uno de los participantes que elija 3 menús de los que se les entregaron y que los lleve a la práctica en los próximos días, anotando en su libreta organizadora los días en que llevarán a cabo los menús, así como los horarios en que consumirán estos alimentos y anotarán los alimentos que se comprarán para estos tres días indicando las marcas (ej. lata de de atún Dolores) y las cantidades que comprarán

(ej. 300 g. de atún). Para realizar esta actividad los participantes dispondrán de 15 minutos y el coordinador supervisará el trabajo de cada uno de los ellos.

Posteriormente se dará información adicional sobre libros que contienen menús diseñados específicamente para diabéticos.

Información

Como acabamos de ver el uso de menús nos permitirá planificar de una forma sencilla y práctica nuestra alimentación, por lo que es necesario comprar un recetario con dietas específicamente para diabéticos y programar nuestra alimentación utilizando este recetario para toda la semana. Entre los recetarios que recomendamos para su compra se encuentran:

Titulo: “Recetario del Seguro Social contra la diabetes”

Autor: Instituto Mexicano del Seguro Social

Editorial: Inter Writes

Titulo: “Diabetes el placer de comer”

Autor: Chepina Peralta

Editorial: Limusa Noriega Editores

Tarea.

Formas o herramientas de evaluación: En la próxima sesión se observará en el registro conductual la cantidad y tipo de alimentos ingeridos por los participantes, para saber si siguieron los menús programados de acuerdo a su libreta organizadora.

Criterios de logro: Se considerará que el participante cumplió con el objetivo si se ajusta en los tres días a la actividad programada, esto es, si comió en los días y horarios indicados en su libreta, y si la comida registrada coincide con la que tenía planeado comprar. Si alguno de los participantes no alcanza el criterio de logro, se programará una tutoría con él de 30 minutos por la tarde, donde se volverá a repasar de forma breve el uso de menús para diabéticos, y se le pedirá que vuelva a utilizar los menús durante 3 días consecutivos y que pase nuevamente a exponer la preparación de los alimentos ante el grupo.

Objetivo Particular 1.5 El participante tendrá información sobre estrategias que le permitirán elegir alimentos saludables, cuando coma fuera de casa.

Justificación. Se espera que la información regule el comportamiento de los participantes cuando estos tengan que comer fuera de casa, esto es que se traduzca en una práctica efectiva en la cual el participante elija un lugar que tenga a la venta alimentos saludables y elija aquellos que le permitan cumplir de una forma efectiva con su dieta.

Actividades

A través de una presentación de Power Point (ver anexo 5) se dará la siguiente información a los participantes:

En cualquier lugar, ya sea un establecimiento de comida rápida o un lugar de antojitos mexicanos o un restaurante; el comer puede ser una experiencia agradable y saludable, si se siguen algunas pequeñas sugerencias.

1. Escoja cuidadosamente el restaurante. Elija un restaurante que ofrezca una gran variedad de platillos, hay que observar la higiene del lugar y la preparación de los alimentos.
2. Evalúe el costo-beneficio. Los establecimientos que ofrecen “coma todo lo que desee” o servicio de buffet, pueden tener la desventaja de tener menos opciones de platillos de bajo contenido en grasas, bajos en azúcares y no tener ensaladas.
3. Controle su hambre. El día que va a comer fuera no se salte ninguna comida, además tome una colación ligera (como una porción de verdura, fruta o pan).
4. Lea cuidadosamente el menú. Busque comidas sin grasa o con muy poca grasa, con pequeñas cantidades de carne, aves o pescados y una gran cantidad de verduras y carbohidratos con bajo contenido en grasas.
5. Hable con su mesero. Solicite a su mesero que le aclare aquellos términos que no entienda y que le explique cómo viene preparado un platillo. Pida que le sirvan porciones más pequeñas o sustitutos de ciertos alimentos (puede pedir una papa al horno o fruta fresca en lugar de

papas fritas), también puede pedir que se modifique el método de cocción (a la plancha en lugar de freír).

6. Coma despacio. Mastique lentamente ya que esto le ayuda a la digestión y evita que se coma demasiado, puede pedir que envuelvan para llevar lo que no consumió.

Otras sugerencias que pueden servir al momento de elegir un platillo son las siguientes:

- a) Botanas. Elíjalas a base de verduras, fruta o pescado, buenas opciones son un cóctel de frutas (modere su consumo si su nivel de azúcar en sangre ha estado muy alto) o de camarones (modere su consumo si sus niveles de colesterol se encuentran altos)
- b) Bebidas. Pida agua, limonada o agua de jamaica sin azúcar (pida algún endulzante sin calorías o llévelos consigo), agua mineral, café negro, té o refresco de dieta.
- c) Sopas. Elija aquellas a base de consomé, jitomate o verduras. Evite las cremas ya que pueden contener crema y yema de huevo.
- d) Ensaladas. Pida ensaladas de lechuga, espinaca, o alguna ensalada cuyo ingrediente principal sean las verduras. Algunos restaurantes ofrecen platillos “light” o “con bajo contenido de calorías”, prefíralos. Incluso en algunos establecimientos con comida a la carta encontrará que en cada platillo se muestra el número de raciones de los grupos de alimentos que contiene el platillo.
- e) Pan. Prefiera bolillo, palitos de pan, galletas o tortillas y no les agregue mantequilla. El pan de ajo o los cuernitos contienen más grasa.
- f) Platillos de acompañamiento. Pida una papa al horno, verduras al vapor, arroz, frutas frescas en lugar de papas fritas, aros de cebolla o ensaladas con mayonesa. Pida que no le agreguen huevo o grasa a las verduras o al arroz.
- g) Platillos principales. Pida los que contengan poca grasa, como res a la parrilla, pechuga de pollo o pescado a la plancha. Evite alimentos cuya descripción indique un alto contenido en grasa, como prime o ribe, pollo frito, fettuccine, filete mignon o tempura de camarón.
- h) Postres. Elija fruta fresca, nieves de agua, gelatina o yogurt descremado

Actividad

Los participantes nuevamente se enumerarán del 1 al 10 y se les solicitará a cada uno de ellos que traigan para la próxima sesión un conjunto de alimentos y botanas (permitidas y no) para compartirlos con el grupo, estos alimentos se dispondrán en forma de buffet como si fuera un restaurante y los participantes elegirán qué y cuanto servirse. Antes de que se dispongan a comer el coordinador registrará en un formato si el participante incluyó en su plato alimentos restringidos y si se excedió en las porciones de alimentos servidas.

Tarea

Se les pedirá a los participantes que en su libreta organizadora, anoten el nombre de un lugar donde comerán fuera (restaurante, fonda, etc.) o algún establecimiento de comida y sigan las estrategias revisadas en el apartado anterior, debiendo en la próxima sesión pasar frente al grupo y explicar a qué lugar fueron, qué ordenaron para comer y cómo utilizaron las estrategias revisadas en esta sesión.

Formas o herramientas de evaluación:

Para evaluar el cumplimiento de este objetivo, el coordinador utilizara el siguiente formato en función del registro conductual y de la información proporcionada por el participante en su exposición.

1. ¿El participante eligió alimentos restringidos en su dieta? SI NO
2. ¿El participante se excedió en la cantidad de alimentos servidos en su plato? SI NO
3. ¿El participante cumplió con la actividad de comer fuera de su domicilio? SI NO
4. ¿Durante su exposición el participante mencionó el haber utilizando al menos 2 de las estrategias revisadas en esta sesión cuando comió fuera de su hogar? SI NO

Criterios de logro: El participante deberá cumplir con los 4 puntos marcados en el formato de evaluación. Si alguno de los participantes no alcanzara el criterio de logro, se programará una tutoría con él de 30 minutos por la tarde, donde se volverá a repasar de forma breve los tópicos revisados en esta sesión.

Bloque 2

Objetivo específico 2. El participante alterará algunos factores disposicionales vinculados con el cumplimiento de su dieta.

Objetivo Particular 2.1 El participante alterará tendencias vinculadas con hábitos alimenticios no saludables

Justificación. Lo que se pretende con este objetivo es alterar tendencias, en este caso las tendencias son hábitos alimenticios que se han formado a lo largo de la historia interactiva del individuo y que pueden interferir con el seguimiento de la dieta (ej. comer siempre mientras se ve la televisión, comer un postre después de cada comida, tomar cerveza los fines de semana, tomar refrescos en lugar de agua, utilizar manteca en lugar de aceite vegetal para cocinar, consumir botanas entre comidas, etc.), estos hábitos alimenticios son difíciles de modificar puesto que se han mantenido a través del tiempo y tienen una alta probabilidad de emisión..

Dado que las tendencias son difíciles de modificar, en este segundo bloque el taller adoptará la modalidad de un “club para la diabetes” en el que se trata de establecer nuevas microcontingencias en donde se cambian circunstancias sociales, personas y efectos relativos a los hábitos alimenticios de los participantes.

En el taller cada uno de los participantes identificará y comentará con sus compañeros los factores disposicionales que interfieren con el seguimiento de su dieta. La importancia que tiene el club para modificar hábitos alimenticios es que las participantes contarán con situaciones sociales en donde las prácticas alimenticias estarán reguladas de una manera diferente. Se contempla que exista retroalimentación por parte de las asistentes sobre las estrategias que han utilizado y que les han sido efectivas para adherirse a su dieta. Dentro del club se incluirán las actividades de medición del peso corporal y niveles de glucosa en la sangre, donde cada uno de los integrantes mostrará sus resultados a los demás y recibirá consecuencias sociales positivas por sus logros, esto hará que los participantes tengan nuevas reglas y ejemplos de comportamiento. Asimismo el coordinador entrenará a las participantes en diversas técnicas psicológicas enfocadas a alterar cada uno de los factores situacionales que intervienen con su dieta.

Para alterar tendencias vinculadas con hábitos alimenticios no saludables, el coordinador realizará ejercicios de autocontrol con los participantes, que desde la

perspectiva interconductual son útiles para entrenar ciertas habilidades para que el participante regule su propio comportamiento alimenticio.

Actividades

Información

A través de una presentación de Power Point se dará la siguiente información a los participantes:

¿Qué es un club para personas con diabetes?

Es la organización de los propios pacientes, que bajo supervisión profesional, sirve de escenario para la capacitación necesaria para el control de la diabetes. El club estimula la participación activa e informada del paciente como un elemento indispensable para el auto-cuidado y control de su enfermedad.

¿Qué actividades se realizan en el club?

El club permite el intercambio de experiencias entre los participantes, esta retroalimentación facilita la adopción de los cambios conductuales requeridos para el control de la diabetes. La organización de los pacientes contribuye a hacer más efectiva la intervención profesional, reforzando la adherencia al tratamiento y el cumplimiento de las orientaciones del equipo de salud. Un club bien organizado es aquel en que cada uno de sus miembros recibe el debido reconocimiento por sus logros en el control de la diabetes.

La principal función del club es garantizar que cada uno de los pacientes reciba la capacitación (conocimiento, habilidades y destrezas) indispensable para el buen control de su enfermedad. El club permite a los pacientes encontrar no sólo el sitio para controlar su enfermedad, sino para establecer vínculos de amistad y solidaridad con personas que comparten su situación.

¿Cómo se organiza un club?

La estructura mínima de organización de un club tiene por lo menos tres componentes; coordinador, presidente y participantes.

Organización:

1. Cordinador del club.

Establecerá las actividades a realizar dentro del club y dará la capacitación necesaria a los miembros del club, para mejorar su adherencia a la dieta

2. Presidente.

Deberá ser una persona exitosa en el control de la diabetes. Será elegido por los miembros del club. Apoyará al coordinador del club, en la organización de la capacitación.

3. Participantes. Todas aquellas personas interesadas en pertenecer al club.

¿Cuáles son los compromisos de los participantes del club de diabéticos?

Completar su capacitación y llevar a cabo sus registros de forma regular. De manera adicional y de acuerdo a su propia decisión y opinión pueden contribuir a la organización y desarrollo de las actividades sociales que realice el club.

¿Cómo se trabajará dentro del club de la diabetes?

Dentro de las sesiones del taller, se destinará a partir de hoy la primera hora de la sesión para las actividades del club y se irá incrementando gradualmente, hasta completar las dos horas de la sesión para este fin.

Una vez terminado el taller, el grupo decidirá cuándo y dónde seguirá sesionando, al menos una vez por semana para supervisar los avances de cada uno de los integrantes (puede ser en la casa de un integrante, se podrá rentar un espacio, etc.). Siendo a partir de este momento el grupo independiente del coordinador del taller.

a) Terminado el taller, el coordinador y el presidente del grupo, se reunirán por lo menos una vez al mes para promover una plática mensual o conferencia de un especialista en temas relacionados con la diabetes (nutriólogo, endocrinólogo, oftalmólogo, trabajadora social, etc.)

b) Eventualmente se podrán integrar otros pacientes diabéticos al club. Los integrantes originales podrán enseñar a otras personas cómo controlar de forma adecuada su dieta y llevar a cabo un programa de actividad física, en función de lo aprendido.

Actividad

El coordinador entregará a cada uno de los participantes los registros de peso corporal y niveles de glucosa en la sangre de las tres últimas semanas, que servirán como línea base y le dirá al grupo que participantes han mostrado mejorías desde el inicio del taller,

cuales se han mantenido y por el contrario cuales han incrementando sus niveles de glucosa o peso corporal.

Una vez hecho lo anterior les dirá que la primera actividad que se llevará a cabo dentro del club a partir de hoy y hasta concluir el taller, será que cada uno de ellos registre sus medidas de peso corporal, así como sus niveles de glucosa en la sangre y comparta su registro con los demás integrantes del grupo.

Semanalmente sus compañeros deberán en caso de haber obtenido buenos resultados, felicitarlo y alentarlos para que siga con su buen desempeño. En caso de que algún participante no muestre mejorías queda estrictamente prohibido, regañarlo o criticarlo por no mejorar sus resultados, la función del grupo será retroalimentar y apoyar a su compañero en función de su experiencia personal, para darle consejos y tips de cómo llevar de forma adecuada su dieta.

Entrenamiento

El coordinador pedirá a los participantes que se sienten en círculo, y solicitará sus registros conductuales de las tres últimas semanas, en conjunto con ellos el coordinador revisará e identificará aquellos hábitos alimenticios que interfieren en el seguimiento de la dieta de cada uno de los participantes.

Una vez que se hayan identificado aquellos hábitos alimenticios que interfieren con el seguimiento de la dieta, el coordinador solicitará a cada uno de los participantes, que comenten las medidas que han implementado para tratar de modificarlos y los problemas que han tenido.

Todo el grupo aportará soluciones acerca de cómo modificar aquellos hábitos que de forma particular interfieren en el seguimiento de la dieta, el grupo deberá apoyarse mutuamente, proporcionándose entre ellos tips y consejos de cómo algunos de ellos han solucionado el problema que alguno de sus compañeros este relatando; de esta forma todo el grupo recibirá retroalimentación sobre cómo adherirse de forma efectiva a la dieta.

A continuación el coordinador empezará a instruir a los participantes acerca de cómo se pueden utilizar algunas técnicas de autocontrol para alterar hábitos alimenticios. Empezará proporcionando la siguiente información:

Control de estímulos

La conducta de comer se enmarca en un entorno físico y social, implicando que múltiples estímulos ambientales pueden vincularse a dicho comportamiento. Algunos de ellos pueden constituirse en desencadenantes de la conducta en cuestión, facilitando que se inicie la ingesta de alimento, aun a pesar de que no tengamos hambre. Existen muchos estímulos desencadenantes de la conducta de ingesta, tales como la visión de un plato apetitoso, el aroma de un asado, la presencia de otras personas comiendo, la conversación sobre recetas de cocina, o sentarse a ver una película.

De acuerdo a la revisión que se hizo de los registros conductuales, el coordinador citará algunos ejemplos de cómo algunos estímulos son desencadenantes de la conducta de comer en los participantes y les explicará cómo a través de la aplicación de esta técnica se pueden alterar hábitos.

Ejemplos de estímulos desencadenantes de la conducta de comer que se pueden encontrar en los registros conductuales de los participantes y estrategias que se podrían implementar para alterar estos hábitos alimenticios.

I. Comer mientras se ve la televisión

Estrategias para eliminar la conducta de comer ante el televisor

- No comprar productos de fácil consumo (papas fritas, galletitas, palomitas, dulces, etc.) que pueden constituirse en una tentación al sentarse a ver televisión.
- Sentarse a ver la televisión después de haber comido y eliminado cualquier señal de hambre.
- Cada vez que se sienta el deseo de comer viendo la televisión, enfocar la atención en la película que se está proyectando, para detenerse a analizar los valores cinematográficos de éstas o implicarse en el argumento.
- Levantarse del sillón durante los anuncios, aprovechando para organizar las cosas necesarias para el día siguiente, desmaquillarse o tender la ropa.
- Si el deseo de comer es irrefrenable, puede saciarse siempre que se haga sentado en la mesa y fuera de la habitación donde está encendido el televisor, pero no durante el tiempo de la publicidad, sino mientras se está proyectando el programa.

- Colocar junto a los alimentos un recipiente con algún olor desagradable y fácil de percibir (ej. amoníaco) que probablemente suscitaría una reacción aversiva hacia la comida y el televisor.
- Autoreforzarse. También nos podemos auto premiar por no comer frente al televisor entregándonos algún tipo de premio (que no sea comida) por no comer durante toda la semana frente al televisor, como una salida el fin de semana; también podemos darnos frase de aliento tales como “muy bien, estoy controlando a la perfección la situación”; también podría recompensarse guardando 10 pesos en una alcancía cada vez que se controle la conducta de comer frente al televisor, y con lo que se guarde comprar algo que se desee.

Ejercicio

Se pedirá a los participantes que apliquen las estrategias revisadas en esta sesión en sus hogares y que registren los problemas que están teniendo para modificar este hábito alimenticio, en caso de tener dificultades, se programarán tutorías de media hora en las cuales el coordinador entrenará técnicas específicas e individualizadas.

II. Limitar la conducta de comer a un espacio concreto de la casa

Ingerir alimentos en diversos lugares del hogar puede influir en nuestros hábitos alimenticios, por ejemplo el comer en la cocina donde hay un mayor número de alimentos disponibles hace más probable que se ingiera una mayor cantidad de alimentos, por lo cual se le pedirá a cada uno de los participantes que definan una serie lugares en los que NO se debe comer en el hogar.

Ejercicio

Los participantes deberán definir a través de su libreta organizadora aquellos lugares donde no deben consumir alimentos y aquellos donde sí pueden consumirlos en el hogar

III. Horarios de nuestros alimentos

La frecuencia con la cual comemos es una cuestión clave en nuestra conducta alimentaria, ya que determina en gran medida, los beneficios o los riesgos para nuestra salud. Este parámetro hace referencia al número de veces que se come durante un día. En lo que refiere al número de comidas, los expertos en nutrición recomiendan que los alimentos diarios se distribuyan en tres ocasiones (desayuno, comida y cena) pudiendo

incluirse una colación a media mañana o a media tarde si las comidas están muy alejadas entre sí. Para llevar un adecuado control de la dieta, debemos de consumir nuestros alimentos en horarios fijos, por lo que es muy importante, que estos horarios estén en función de nuestras actividades diarias porque estos deben ser consistentes.

Ejercicio

Los participantes usando su libreta organizadora y los menús para diabéticos, deberán planear para toda la semana los horarios en los que llevarán a cabo sus comidas principales (desayuno, comida y cena), siendo más flexibles los horarios en los que se pueden llevar a cabo la colaciones.

IV. Alimentos restringidos que se consumen frecuentemente

A la mayor parte de las personas que tratan de seguir una dieta, les cuesta mucho trabajo dejar de comer algún alimento que tienen restringido, para poder controlar la ingesta de determinados alimentos podemos utilizar la siguiente estrategia:

a) Llevar a todos lados una fotografía de un ser querido para nosotros (un hijo, nuestra pareja, nuestra madre, etc.) y cuando tengamos la tentación de comer ese alimento prohibido, sacaremos la foto y pensaremos en la falta que le haremos a esa persona si seguimos sin cumplir con nuestra dieta, pues como revisamos en sesiones anteriores las consecuencias pueden llegar hasta la muerte.

b) Colocarnos una liga en la muñeca y cada vez que tengamos la tentación de consumir un alimento restringido jalamos la liga, nos damos un golpe con ella e inmediatamente recordamos las graves complicaciones que presentaban los pacientes que visitamos por no cuidar su dieta

c) Otra estrategia es que cada vez que estemos frente a un alimento restringido para nosotros, comencemos a imaginar lo que vivimos en nuestra visita al hospital donde había pacientes diabéticos, pensar si realmente queremos que nos amputen un pie o recordar lo difícil de las operaciones por lo que pasaron estas personas.

Ejercicio

Las 2 próximas sesiones se dedicarán única y exclusivamente entrenar paso a paso cada una de estas técnicas y determinar cuál es la mejor para cada uno de los participantes para modificar este hábito alimenticio.

Formas o herramientas de evaluación: Se tomará como línea base la identificación de tendencias vinculadas a hábitos alimenticios no saludables registradas en las 6 semanas anteriores por parte del participante, posterior a este entrenamiento se observará en las celdas de día, hora, cantidad de alimento, circunstancia social y lugar del registro conductual, si el participante ha alterado aquellas tendencias que representaban un problema para su adherencia a la dieta.

Criterios de logro: El criterio de logro estará en función del hábito alimenticio que se alteró en cada uno de los participantes, ejemplos:

1. Comer mientras se ve la televisión. El participante anotará en su libreta organizadora los lugares donde no debe comer, estos incluirán aquellos lugares donde haya una televisión en el hogar, a través del registro conductual se observará si el participante ha comido en esos lugares y se determinará que cumplió con el objetivo si durante 4 semanas no lo hace.

2. Horarios de nuestros alimentos. El participante anotará en su libreta organizadora los horarios en que consumirá sus alimentos, se observará en la línea base cuáles eran sus horarios anteriores y a través del registro conductual se observará si se ha ajustado a lo ha anotado en su libreta organizadora. Se determinará que el participante cumplió con el objetivo si durante 4 semanas come en los mismos horarios anotados en su libreta.

3. Alimentos restringidos que se consumen frecuentemente. Se tomará como línea base la cantidad y tipo de alimentos restringidos que el participante consumió durante 6 semanas. Se considerará que el participante cumplió con el objetivo si el participante elimina de su dieta aquellos alimentos que tiene restringidos durante un periodo de 4 semanas.

Objetivo particular 2.2 El participante alterará la función disposicional que tienen ciertos estados de ánimo (propensiones) para el cumplimiento de la dieta

Justificación Las propensiones son estados de corta duración, como los estados de ánimo (tristeza, felicidad, enamoramiento) o las conmociones emocionales (emociones intensas de corta duración, como euforia, ira, o miedo). Algunas propensiones pueden hacer menos probable que una persona cumpla con su dieta, por ejemplo si un participante se encuentra enojado porque su hijo reprobó materias, es posible que no preste atención a su dieta y consuma un mayor cantidad de alimentos, o si se encuentra triste porque tiene problemas con su pareja es más probable que deje de comer y no cumpla con su dieta de forma adecuada. En estos casos se tiene que desligar funcionalmente estas emociones, del acto de comer, para que no interfieran con el cumplimiento de la dieta.

Actividades

El coordinador pedirá a los participantes que a través de su registro conductual identifiquen aquellos estados de ánimo que hacen más probable que se ingiera una mayor cantidad de alimentos o que consuman aquellos que tienen restringidos. Una vez identificados se procederá a darles la siguiente información:

Los estados emocionales que han identificado en sus registros pueden deberse principalmente a dos causas, la primera a un déficit de habilidades para enfrentar ciertos problemas, por ejemplo de relaciones interpersonales (me pongo triste porque tengo problemas con mi pareja). La segunda tiene que ver con ciertas situaciones que están fuera de nuestro control como lo puede quedar atrapados en el tráfico, la muerte de un familiar o recibir una noticia desagradable. Por eso es importante, en una primera instancia, identificar la causa que provoca estos estados de ánimo. Así, si se identifica el primer caso, lo que procede es aprender ciertas habilidades que les permitan resolver este tipo de problemas, si se identifica el segundo, es importante autorregular nuestro comportamiento para que estos estados emocionales no interfieran con la dieta.

A continuación se revisarán una serie de técnicas que les permitirán aprender ciertas habilidades para resolver ciertos conflictos interpersonales y en la próxima sesión se revisará una técnica que les permitirá autorregular su conducta para que las emociones no interfieran con el seguimiento de la dieta

Técnica: Toma de decisiones y solución de problemas

Muchas de las reacciones emocionales que se presentan en la vida diaria y que interfieren con el seguimiento de su dieta se deben a que existen determinados problemas que no se saben resolver o afrontar, por lo que a continuación se va a revisar una técnica denominada “toma de decisiones y solución de problemas” que les permitirá analizar diversas soluciones a un problema y resolverlos de la mejor forma posible.

1. El coordinador les dirá que lo primero que hay que hacer es identificar aquella situación problemática que genera ciertos estados emocionales y que tiene que ver con un déficit de habilidades para solucionarlos, por ejemplo falta de planeación financiera, deudas con la tarjeta de crédito, problemas con el esposo porque no apoya con las labores domésticas, o discusiones con los hijos porque llegan tarde.
2. Después les dirá que hay que describir con detalle el problema en su libreta organizadora y la respuesta habitual que tienen ante dicho problema (enojarse, llorar, gritar, deprimirse). En función de los ejemplos proporcionados por los participantes, el coordinador ilustrará la aplicación de la técnica.

Ejemplo 1

Problemas de deudas con la tarjeta de crédito

Descripción del problema: El problema se presenta cuando le marcan del banco para recordarle que tiene un adeudo con su tarjeta de crédito y que si no paga antes de determinada fecha, le cobrarán intereses moratorios que pueden terminar en el embargo de su casa. Después de la llamada se pone ansiosa y come más de lo estipulado en su dieta.

Ejemplo 2

Una mujer casada tiene problemas con su esposo, puesto que no sabe cómo decirle que le gustaría que la ayudara con las labores del hogar y con el cuidado de los hijos. Cuando ve que su esposo no le ayuda a cuidar a los niños cuando regresa del trabajo, ella se deprime y se pone a comer más de lo recomendado en su dieta.

3. El coordinador les pedirá elaborar una lista con las alternativas que se pueden implementar para solucionar el problema, aquí les explicará que será de gran utilidad utilizar una técnica denominada "lluvia de ideas" la cual consiste en escribir en su libreta organizadora la mayor cantidad de soluciones posibles al problema planteado, sin importar lo complicadas o difíciles que puedan ser; las personas que afectan con sus decisiones; o la improbabilidad de llevarlas a cabo.

Ejemplo 1

Problema	Solución
Deuda con la tarjeta de crédito	<p data-bbox="829 800 1325 884">Vender el carro o alguna otra pertenencia para pagarle al banco</p> <p data-bbox="829 957 1273 1041">Hablar al banco para reestructurar la deuda</p> <p data-bbox="829 1163 1304 1247">Conseguir un trabajo de medio tiempo que me ayude a pagar la deuda</p> <p data-bbox="829 1320 1325 1404">Ahorrar, evitando comprar cosas que no son indispensables para pagar el adeudo</p>

Ejemplo 2

Problema	Solución
El esposo no ayuda a cuidar a los niños	Divorciarse
	Cuando él llegue salirse para que él cuide a los niños
	Hablar con él para que cambie su comportamiento y ayude en el cuidado de los niños
	Resignarse a que nunca va a ayudar a cuidar a sus hijos

4. Una vez que se tiene el listado de ideas se deben evaluar los beneficios y costos que tendrá cada una de ellas, eligiendo la opción que represente mayores beneficios para cada uno de los participantes y se debe llevar a la práctica.

Solución	Beneficios	Costos
Vender el carro o alguna otra pertenencia para pagarle al banco	Pagaría la deuda de inmediato	No tendría en qué transportarme Usaría el transporte público y llegaría tarde al trabajo
Hablar al banco para reestructurar la deuda	Evitaría las llamadas y el embargo a mi casa	Tardaría mucho tiempo en pagar el total del adeudo
Conseguir un trabajo de medio tiempo que me ayude a pagar la deuda	Ayudaría a pagar el adeudo	No tengo tiempo Tardaría mucho tiempo en pagar el adeudo

Ahorrar, evitando comprar cosas que no son indispensables para pagar el adeudo	Ayudaría a pagar el adeudo	Lo que ahorre no me alcanza para pagar el saldo de la tarjeta
--	----------------------------	---

En el caso anterior el coordinador les explicará a los participantes que no siempre existe una única solución para el problema, puesto que se puede hablar con el banco para reestructurar la deuda y a la par se puede ahorrar evitando comprar cosas innecesarias para pagar el adeudo en un periodo de tiempo más corto.

Ejemplo 2

Solución	Beneficios	Costos
Divorciarse	Evitaría discusiones No me sentiría mal	El divorcio sería difícil para los niños El amor que siento por mi esposo. Tendría repercusiones económicas y de calidad de vida
Cuando él llegue salirme para que él cuide a los niños	Evitaría enojarme	Afectaría a mis hijos Estaría preocupada por los niños Tendría más problemas con mi esposo.
Hablar con él para que cambie su comportamiento y ayude en el cuidado de los niños	Evitaría Enojarme Resolvería el problema de una forma adecuada	No sé como hablar con él para pedirle que cambie su comportamiento

En el ejemplo anterior la mejor solución sería hablar con el esposo para pedirle que cambie una conducta que genera malestar, pero a muchas personas les resulta difícil

hacer una petición sin ser agresivo, o por el contrario, se es demasiado sumiso al momento de hacerlo; por lo que a continuación se revisará una técnica complementaria que les permitirá pedirle a una persona que cambie la conducta que genera malestar en ustedes.

Solicitar el cambio de una conducta molesta a un familiar, compañero de trabajo o amigo.

El coordinador dará la siguiente información a los participantes e irá modelando cada uno de los pasos de la técnica:

Cuando alguien se enfrenta con cierta regularidad a una conducta de otra persona que le resulta molesta, tiene la posibilidad de pedir que deje de hacerla y si la situación lo permite, que adopte una nueva conducta en su lugar. Esta petición tiene muchas más posibilidades de éxito si se formula de forma asertiva.

La asertividad consiste en decir lo que uno piensa y actuar en consecuencia, haciendo lo que se considera más apropiado para uno mismo, defendiendo los propios derechos, intereses o necesidades sin agredir u ofender a nadie, ni permitir ser agredido u ofendido y evitando situaciones que causen estrés o ansiedad.

La formulación asertiva aumenta la posibilidad de que el cambio se produzca dado que, por una parte, se informa a la persona del sentimiento desagradable que produce su comportamiento (cosa que se podría ignorar hasta el momento), y también se le brinda la posibilidad de cambiar.

A continuación el coordinador instruirá a los participantes acerca de los pasos que deben seguirse para realizar este tipo de petición:

1. *Pensar qué se dirá y cómo.* No hay que realizar una petición de este tipo, cuando quien decide hacer esta petición se encuentra bajo ciertos estados emocionales de tipo agresivo o de tristeza. Es preferible esperar a que se estabilicen las emociones, ya que será más fácil mantener una conversación con la otra persona

2. *Escoger el momento y el lugar adecuado.* Es preferible hacerlo en un momento en el que pueda mantenerse la atención, sin que existan otros eventos que distraigan o dispersen la atención. Se debe evitar la presencia de otras personas que pudieran tomar partido a favor o en contra de cualquiera de las dos personas, ya que ello podría predisponerlas desfavorablemente.

3. *Describir la conducta molesta.* Se tratará de explicar clara y específicamente aquella conducta que resulta molesta, simplemente se expondrán los hechos (ej. me gustaría hablar contigo sobre un tema que me preocupa, ¿tienes un momento?; en las últimas semanas vengo observando que no cumples con lo establecido en cuanto al cuidado de los niños, etc.). Deben evitarse completamente las descalificaciones personales y la atribución de intenciones (ej. eso demuestra que eres un irresponsable; sé que lo que pretendes haciendo esto, es que sea yo quien me encargue de todo, etc.) esto sólo serviría para crear malestar e incitar a la otra persona a defenderse mediante acusaciones, justificaciones, y en última instancia, negarse a cambiar.

4. *Expresar cómo se siente en relación a la conducta que molesta.* Expresar que se comprende el comportamiento del otro, a pesar de no estar de acuerdo con ello. Es necesario comunicar que se conoce el punto de vista de la otra persona. Con ello se logra que la otra persona esté más dispuesta a escuchar y a valorar un posible cambio (ej. podría ser adecuado algo como "sé que últimamente tienes mucho trabajo y estás cansado).

5. *Especificar el cambio de conducta que se desea.* La petición debe formularse clara y directamente, evitando las frases que pudieran dar lugar a confusión. El tono deberá ser cordial, amable, pero firme (ej. creo que deberías continuar asumiendo tus responsabilidades con los niños, tal y como acordamos).

6. *Exponer las razones por las que se desea el cambio.* Explicarlas puede ayudar a que la otra persona reconsidere la petición y mantenga la conducta de cambio. En el ejemplo del apartado anterior, las posibles consecuencias positivas podrían ser "así tendríamos más tiempo para compartir tiempo juntos" o "de esta manera yo me sentiría mejor y estaría más amable contigo".

7. *Explicar las posibles consecuencias negativas que pueden derivarse de no aceptar el cambio de conducta.* Esta opción sólo se llevara a cabo en caso de que la otra persona mantenga una completa oposición a modificar su conducta. Es recomendable ser realista al enumerar las consecuencias negativas, es decir, cuidar que se ajusten a la realidad. En la situación tomada como ejemplo, de nada serviría decir algo como: "bien, entonces los

niños dejarán de tomar un baño”, puesto que es difícil que se este dispuesto a mantener este tipo de posturas.

Una vez que el coordinador ha expuesto y modelado cada uno de los puntos anteriores, se les pedirá a los participantes que formen parejas y ensayen el ejercicio mostrado. Posteriormente el coordinador pasará a supervisar el trabajo de cada pareja y dará la retroalimentación correspondiente.

Autorregular las emociones

El coordinador dará la siguiente información a los participantes:

Tal como se revisó en la sesión pasada hay situaciones que generan estados de ansiedad, o estrés que se pueden controlar a través de la solución de diversos problemas que los originan, pero existen algunos que son producto de situaciones que no están bajo nuestro control, por lo tanto, para evitar que estas emociones interfieran con la dieta se debe aprender a autorregular el por lo que a continuación se procederá a revisar una técnica que les será útil en este tipo de situaciones.

1. Lo primero que se debe hacer es identificar aquellas emociones que interfieren directamente con la dieta, puesto que no todas las emociones generan una sensación de comer, por lo que en este momento apoyándose en su registro conductual deben identificar aquellas emociones que provocan un mayor consumo de alimentos.

2. Una vez identificadas estas emociones, se debe elegir una palabra que normalmente se utilice para terminar alguna conversación o discusión con alguien, ejemplos de estas palabras pueden ser: “basta”, “para”, “ya” o “se acabó” y decírsela siempre que se tenga la necesidad de comer ante cierta reacción emocional. En este momento el coordinador pedirá a cada uno de los participantes que elija una palabra que les funcione para este fin y la anote en su libreta organizadora.

3. Elegida esta palabra, el coordinador dirá a los participantes que en cuanto se presente la emoción se dirá la palabra elegida para detenerla e inmediatamente después se deben decir “auto-verbalizaciones” que les recuerden la importancia de mantener la dieta y las consecuencias negativas de no seguirla. Ejemplos de algunas de estas autoverbalizaciones pueden ser:

- a) No tengo hambre, me siento deprimido, triste, estresado, etc., y sé que eso hace más probable que coma.
- b) Romper mi dieta no va a resolver el problema

- c) Romper mi dieta me va a hacer sentir peor, no solamente me voy a sentir (molesto, triste, enojado, etc...), sino culpable y más enojado...

4. Posteriormente el coordinador dirá a los participantes que después de estas autoverbalizaciones deberán iniciar cualquier tarea o actividad que necesite cierta concentración y que los ayude a distraerse de estas emociones.

Algunas tareas que pueden resultar útiles son:

- a) Realizar alguna actividad manual (tejer, dibujar, recortar algo).
- b) Contar del número 100 hacia atrás de siete en siete.
- c) Fijarse en un objeto e intentar describirlo minuciosamente con sus formas, texturas y colores.
- d) Llamar a un amigo y contarle cómo se sienten o contándole lo sucedido.
- e) Escuchar música que les guste y les tranquilice.

En este momento cada uno de los participantes deberá elegir una actividad que le ayude a distraerse y le sea gratificante, anotándola en su libreta organizadora

5. Ensayo Conductual. El coordinador les dirá a los participantes que es muy importante practicar los pasos anteriores siempre que se presente una emoción que pueda alterar el seguimiento de su dieta, por lo que a continuación les pedirá que formen parejas y recreen aquellas situaciones que aparecen en su registro conductual, cada uno de los participantes deberá ensayar 2 veces en voz alta cada uno de los pasos de la técnica para que en un tercer ensayo, con ayuda de su compañero, representen la situación, pero esta vez sin las instrucciones en voz alta. El coordinador supervisará el trabajo de cada pareja, observando la ejecución de cada uno y les dará la retroalimentación correspondiente, haciendo hincapié en que hay que repetir esta técnica tantas veces como se presenten las emociones desagradables que interfieren con su dieta.

Formas o herramientas de evaluación: A través del registro conductual se observará si al presentarse ciertos estados de ánimo estos alteran el seguimiento de la dieta.

Criterios de logro: Se utilizará la línea base (los registros de las seis semanas previas al entrenamiento), para comparar con el último registro. Se considerará que el objetivo está cumplido, cuando en los registros de cada participante se pueda observar que aún

cuando se presenten ciertos estados emocionales, estos no interfieren con el seguimiento de su dieta. Si alguno de los participante no alcanzara el criterio de logro, se programará una tutoría de 30 minutos por la tarde, donde se volverá a repasar de forma breve los tópicos revisados en esta sesión.

Bloque 3

Objetivo Especifico 3. El participante alterará la conducta de aquellas personas (familiares y amigos) que influyen en el cumplimiento de su dieta.

Justificación. Las personas que conviven frecuentemente con el participante pueden hacer que este incumpla con su dieta al regular sus gustos o preferencias por determinados tipos de alimentos, por ejemplo si los familiares del participante tienden a consumir alimentos de alto contenido en carbohidratos en su presencia (frituras, papas, tortillas, etc.), pueden hacer que éste rompa la dieta. Por lo tanto se debe alterar el comportamiento de estas personas.

Actividades

Estrategias para alterar la conducta de aquellas personas que regulan inclinaciones en el participante

En esta sesión se pedirá a los participantes que se sienten en círculo, y que compartan con el grupo cómo piensan que influyen sus familiares y amigos en el seguimiento de la dieta. A través del registro conductual se identificará a aquellas personas ante las cuales el participante tiende a romper la dieta y se procederá con las siguientes actividades.

1. Petición de cambio de conducta a un familiar que influye en nuestra conducta alimentaria.

Cada uno de los participantes deberá programar una reunión con los integrantes de su familia (que vivan en su hogar) en la que solicitará su apoyo para poder cumplir con su dieta, este apoyo consistirá en poner fuera del alcance del participante los alimentos restringidos, animarlo a adherirse a su dieta, y solicitarles que le permitan compartir los conocimientos que ha obtenido en el taller sobre nutrición y alimentación, para que en el hogar haya opciones saludables en las reuniones familiares.

Para algunos participantes cumplir con esta actividad puede resultar difícil, por lo cual el coordinador pedirá a 2 de los participantes que pasen al frente para representar que son miembros de su familia y el coordinador modelará como se deberá solicitar el apoyo a los miembros de la familia.

Posteriormente dividirá el grupo en dos, y les pedirá que realicen un ejercicio de role playing en el que uno de los miembros del equipo tendrá que hablar con otros cuatro miembros del grupo (que simularán ser su familia) acerca de cómo modificar algunos hábitos alimenticios de la familia, animarlo para adherirse a su dieta y poner fuera de su alcance alimentos restringidos para él. Todos los integrantes del taller tendrán que desarrollar esta actividad y el coordinador observará la ejecución de cada uno dando la retroalimentación correspondiente.

2. Rechazar peticiones

El coordinador compartirá la siguiente información con los participantes:

Es probable que en su registro conductual encuentren personas que los presionen para romper con su dieta, por lo cual a continuación vamos a revisar una serie de técnicas que los ayuden a manejar estas situaciones.

a) Técnica del bocadillo

La técnica del bocadillo sirve para ser amables al rechazar peticiones. Consiste en expresar algo positivo inmediatamente antes y después de rechazar una petición. Por ejemplo, si un amigo nos pide que vayamos con él a comer y nosotros sabemos que nos insistirá para romper nuestra dieta podemos decirle: “me gustaría poder acompañarte, pero yo ya he comido, con todo gusto en otra ocasión voy contigo”

En este momento el coordinador le pedirá al grupo que dé ejemplos de situaciones en las que tendrían que rechazar peticiones, de las situaciones que proporcione el grupo se escogerán dos para que el coordinador modele el comportamiento a implementar. Posteriormente pedirá a los participantes formar parejas para practicar esta habilidad y les dará la retroalimentación correspondiente.

b) Técnica del disco rayado

La técnica del disco rayado se refiere a uno de los aspectos más importantes de la asertividad, que consiste en ser persistente y repetir lo que se quiere, pero sin enojarse, ni irritarse, ni levantar la voz. El procedimiento consiste en repetir lo que se desea con voz tranquila, sin dejarse llevar por aspectos irrelevantes ante los intentos por desviar el

tema por parte de nuestro interlocutor insistiendo hasta que la persona acceda a nuestra demanda. Se pretende que uno sea persistente y obtenga resultados satisfactorios de esta persistencia: “Si lo sé, pero mi punto de vista es...”; “Estoy de acuerdo, pero...”; “si, pero yo decía...”, etcétera.

Se puede utilizar para rechazar peticiones poco razonables o a las que no queremos acceder y conlleva la repetición continua del punto que queremos expresar (no se habla de otros temas, solo de la cuestión que nos interesa). Esta técnica nos ayuda a ser persistentes y a seguir diciendo lo que queremos sin ponernos nerviosos ni mostrarnos hostiles, pero sin dejarnos manipular por la persona que insiste en que hagamos algo que no queremos.

Igual que con la técnica anterior, el coordinador le pedirá al grupo que dé ejemplos de situaciones en las cuales tendrían que rechazar peticiones y les sería funcional utilizar la técnica del disco rayado, en este momento se escogen 2 ejemplos los cuales se escenifican y el coordinador mostrará como se puede utilizar esta técnica. Como en el paso anterior, los participantes practicarán la habilidad.

Formas o herramientas de evaluación: En la próxima sesión se observará en el registro conductual si los participantes siguen presentando un mayor consumo de alimentos en presencia de aquellas personas que funcionan como reguladoras de inclinaciones

Criterios de logro: Se deberá observar en el registro conductual durante 4 semanas posteriores al entrenamiento, que el participante no consumió una mayor cantidad de alimentos en presencia de de aquellas personas que funcionan como reguladoras de inclinaciones. Si alguno de los participantes no alcanzara el criterio de logro, se programará una tutoría con él de 30 minutos por la tarde, donde se volverá a repasar de forma breve los tópicos revisados en esta sesión.

Bibliografía.

- Alpizar, M. (2001). *Guía para el manejo integral del paciente diabético*. México: El manual Moderno.
- Arco, J. L. y Fernández, A. (2002). Por qué los programas de prevención no previenen. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 2, 209-226.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. En: J., Khul y J., Beckmann. *Action control from cognition to behavior* (pp. 10-39). Estados Unidos: Verlag.
- Berger, M. & Muhlhauser, I. (2002). Patient education-evaluation of a complex intervention. *Diabetología*, 45,12, 1723-1733.
- Berrocal, C., Luciano, M. C., Zaldívar, F. y Esteve, R. (2003). Validez del modelo conductual en su explicación de problemáticas relacionadas con el peso corporal. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 2, 265-282.
- Brannon, L. & Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. España: Paraninfo.
- Caballo V. (1997). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. España: Siglo XXI de España Editores.
- Cabrera C., Novoa A. y Centeno N. (1991). Conocimientos, actitudes y prácticas dietéticas en pacientes con diabetes mellitus II. *Salud Pública de México*, 33, 2 , 166-172.
- Cally, D. (2008). The relationship between the theory of planned behaviour, past exercise behaviour and intention in individuals diagnosed with Type 2 Diabetes. *Studies in Learning, Evaluation Innovation and Development*, 5, 2, 25-32.

- Cañadel, J. (1980). *Libro de la diabetes*. México: Editorial JIMS.
- Cárdenas, V. Pedraza, C. y Lerma, R. (2005). Calidad de vida en el paciente con diabetes mellitus tipo 2. *Ciencia UANL*. 8, 3, 351-357.
- Casado, I., Camuñas, N., Navlet, R., Sánchez, B., y 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. Consultado en: http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol1num1/art_2.htm
- Cerkoney, K. & Hart, L. (1980). The relationship between the health belief model and compliance of persons with diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 3, 5, 594–598.
- Contreras, C. (2004). *Diabetes Mellitus*. Chile: Ed. Mediterráneo Ltda.
- Dahms, W., Molitch, M., Bray, G., Green, F., Atkinson, R. & Hamilton K. (1978). Treatment of obesity: cost-benefit assessment of behavioral therapy, placebo, and two anorectic drugs. *American Journal of Clinical Nutrition*, 31, 2, 774-778.
- Everett, L., Sutton, K., Jarjoura, D., Smucker, W., Baughman, K. & Capers, C. (2005). Transtheoretical Model-Chronic Disease Care for Obesity in Primary Care: A Randomized Trial. *Obesity Research*, 13, 2, 917–927.
- Fila, S. y Smith, C. (2006). Applying the Theory of Planned Behavior to healthy eating behaviors in urban Native American youth. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. Consultado en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1501033>
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior*. Estados Unidos: Addison-Wesley Reading.

- Geoffrey G., Pickup, J. y William, G. (2002). *Diabetes aspectos difíciles y controvertidos*. España: Medicina STM Editores.
- Jonker, J., Laet, C., Franco, O., Peeters, A., Mackenbach, J. & Nusselder, W. (2006). Physical Activity and Life Expectancy With and Without Diabetes, *Diabetes Care*, 29, 1, 38-43.
- Kantor, J. R. (1946). *Principles of Psychology*. Estados Unidos: Principia Press
- Libertad, A. y Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 9, 1, 48-56.
- Lerman, I. (1994). *Atención integral del paciente diabético*. México: Nueva editorial Interamericana.
- López, F. y Godoy J. (1994). Estrategias cognitivo-conductuales para el tratamiento de la obesidad. *Psicothema*, 6, 3, 333-345. Consultado en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=929>
- Márquez, B., Anguiano, A., Bacardí, M. y Jiménez, A. (2008). Revisión de ensayos clínicos controlados mediante cambios en el comportamiento para el tratamiento de la obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 23, 1, 1-5.
- Membreño, J. y Zañana, A. (2005). Hospitalización de pacientes con Diabetes Mellitus *Revista del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 43, 2, 97-101.
- Moreno, E. y Roales, J. (2003). El modelo de creencias de salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa: hacia un análisis funcional de las creencias de salud. *International Journal of Psychology and Psychology Therapy* 3, 1, 91-109.

- Moreno, García, Rodríguez, Díaz-González, Robles, Frías, Rodríguez y Barroso (2007). Evaluación de competencias funcionales en pacientes seropositivos: un estudio piloto. *Psicología y Salud*, 17,2, 165-177.
- Nezu, A. y Nezu, C. (1991) Entrenamiento en solución de problemas. En V. Caballo. *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España: Siglo XXI de España Editores.
- Morrato, E., Hill, J., Wyatt, H., Ghushchyan, V. & Sullivan, P. (2007). Physical Activity in U.S. Adults with Diabetes and at Risk for Developing Diabetes. *Diabetes Care* 30, 2, 203-209.
- Novakofski, K. & Karduck, J. (2005). Improvement in Knowledge, Social Cognitive Theory Variables, and Movement through Stages of Change after a community-based in Diabetes Education Program. *Journal of the American Dietetic Association*. 105, 10, 1613-1616.
- Olaiz, G., Rojas, R., Barquera, S., Shamah, T., Aguilar, C., Cravioto, P. López, P., Hernández, M., Tapia, R. y Sepúlveda, J. (2003). *Encuesta Nacional de Salud 2000*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Olaiz, G., Rojas, R., Aguilar, C., Rauda, J., y Villalpando, S. (2007). Diabetes Mellitus en adultos mexicanos. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. *Salud Pública de México*. 49, 3, 31-37.
- Peyrot, M. & Rubin, R. (2007). Behavioral and Psychosocial Interventions in Diabetes: A conceptual review. *Diabetes Care*. 30,10, 2433 - 2440.
- Piña, J. (2008). Variaciones sobre el modelo psicológico de salud biológica de Ribes: justificación y desarrollo. *Universitas Psychologica*. 7,1. Consultado en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=64770103>

- Piña, Lozano, Vázquez y Carrillo (2010). Motivos y uso de preservativo en estudiantes universitarios de Ciudad Juárez. *Anales de Psicología*, 26,1, 18-26.
- Prochaska, J., DiClemente, C. & Norcross, J. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 9, 1102-1114.
- Raich R. (1991). El condicionamiento encubierto. En V. Caballo. *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España: Siglo XXI de España Editores.
- Ribes, E. (1982). *El conductismo: reflexiones críticas*. España: Fontanella.
- Ribes, E. y López, F. (1985 /1991). *Teoría de la conducta: Un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas.
- Ribes, E. (1990 /2008). *Psicología y Salud: Un análisis conceptual*. México: Trillas.
- Riveros, A., Cortázar J., Alcázar, L. y Sánchez, J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. 5, 3, 445-462.
- Robles, S. y Moreno, D. (2002). Evaluación psicológica en la prevención del VIH/SIDA. En: L. Aragón y A. Silva. *Evaluación Psicológica en el área clínica*. México: Editorial PAX México.
- Robles, Moreno, Frías, Rodríguez, Barroso, Díaz González, Rodríguez y Hernández (2006). Entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón. *Anales de psicología*, 22, 1, 60-71
- Rodríguez, M. L. y Frías, L. (2005). Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad una revisión. *Psicología y salud*. 15, 2, 169-185.

- Rodríguez, Ortega y Nava (2009). Competencias efectivas y reacciones de estrés en participantes sanos y con enfermedades crónicas. *Psicología y Salud*, 19, 2, 177-188
- Ryle, G. (1949). *El concepto de lo mental*. Argentina: Paidós.
- Samaniego, R. y Álvarez, J. (2006). Control de la enfermedad en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2: Una muestra regiomontana. *Psicología y Salud*. 16,1, 51-62.
- Sebastiani, R., Pelicioni, M. y Chiattono, H. (2002). La Psicología de la Salud Latinoamericana: hacia la promoción de la salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. 2, 1, 153-172.
- Stunkard, A. y Mahoney M. (1982). Tratamiento conductual de los trastornos de la conducta alimentaria. En: H. Leitenberg. *Modificación y terapia de conducta I*. España: Ediciones Morata.
- Peck, C. y King, N. (1985). Increasing patient compliance with prescriptions. *Journal of the American Medical Association*. 248, 1, 2874-2877
- Penick, S., Fillion, R., Fox, S. & Stunkard A. (1971). Behavior Modification in the Treatment of Obesity. *Psychosomatic Medicine*. 33, 1, 49-56.
- Vázquez, J., Gómez, H., Y Fernández S. (2006). Diabetes Mellitus en población adulta del IMSS. *Revista del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 44, 1, 303-308.
- Villa, I. y Vinaccia, (2006). Adherencia terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH- SIDA. *Psicología y Salud*. 16, 1, 51-62.

Anexos



Registro conductual

¿Qué es un registro conductual?

- Un registro conductual es un cuadro donde anotamos de forma sistemática, todas aquellas actividades que realizamos en el día vinculadas exclusivamente con nuestra alimentación.



¿Qué es un registro conductual?

La finalidad de un registro conductual es identificar aquellos factores que influyen en nuestra alimentación, para poder así implementar estrategias que nos permitan cumplir de forma efectiva con nuestra dieta.



Ejemplo de un registro conductual

Día	Hora	Cantidad y tipo de alimentos ingeridos	Circunstancia Social	Lugar	Estados Emocionales	Personas
Lunes						
Martes						
Miércoles						
Jueves						
Viernes						
Sábado						
Domingo						

Cantidad de Alimentos ingeridos

Día	Hora
Lunes	
Martes	
Miércoles	
Jueves	
Viernes	
Sábado	
Domingo	



En esta casilla se registrara la hora en que consumimos cada uno de nuestros alimentos durante el día

Este registro se llevara semanalmente

Cantidad de Alimentos ingeridos

Día	Hora	Cantidad y tipo de alimentos ingeridos
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		
Domingo		



Una parte fundamental del registro es saber cuánta comida ingerimos al día.

Para poder registrar de forma efectiva el consumo de nuestros alimentos, necesitamos una forma sencilla de poder medir la cantidad que consumimos en un día.

Por tal motivo, a continuación presentaremos una guía práctica, para registrar de forma fácil y sencilla, la cantidad de alimentos consumidos en un día.

Cantidad de Alimentos ingeridos

- Medidas de registro



Un puño = 1 taza
(semejante ha: dos raciones de pasta o avena)



Una palma = 3oz
(semejante ha: una ración de carne cosida)



El extremo del pulgar (punta del dedo gordo) = 1 una cucharadita
(semejante ha: una ración de mayonesa o margarina)



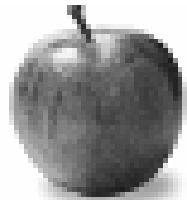
Un puñado = 1oz
de botana o aperitivo ligero (semejante ha: una onza de nueces)



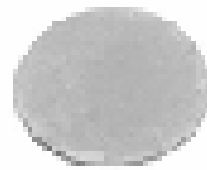
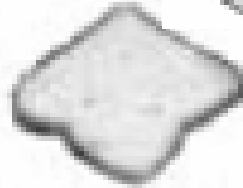
Un pulgar = 1 oz.
(Semejante ha: un pedazo de queso)

Cantidad de Alimentos ingeridos

- *Otras medidas*



1 Pieza



1 Rebanada



1 Vaso

Ejemplo de llenado

Día	Hora	Cantidad de alimentos
Lunes	8:45 AM	1 pieza de huevo, 1 rebanada de jamón, 1 vaso de jugo, 1 taza de café y 1 extremo del pulgar de azúcar
	12:15 PM	1 pieza de dona de chocolate
	4:00 PM	1 palma de carne de pollo empanizado, 1 puño arroz, ½ pieza de zanahoria, 1 vaso de agua de Jamaica,
	9:23 AM	1 puño de cereal, 1 taza de leche, 1 taza de café, 1 extremo del pulgar de azúcar
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		
Domingo		

Lugar y circunstancias sociales

- También en nuestro registro conductual, se deberá registrar la circunstancia social y el lugar donde consumimos nuestros alimentos. Las circunstancias sociales hacen referencia al ámbito en el cual desempeñamos nuestras actividades, hay circunstancias sociales de diferente tipo, entre las principales se encuentran:



Lugar y circunstancias sociales

- a) Familiares



- b) De trabajo



Lugar y circunstancias sociales

c) De diversión

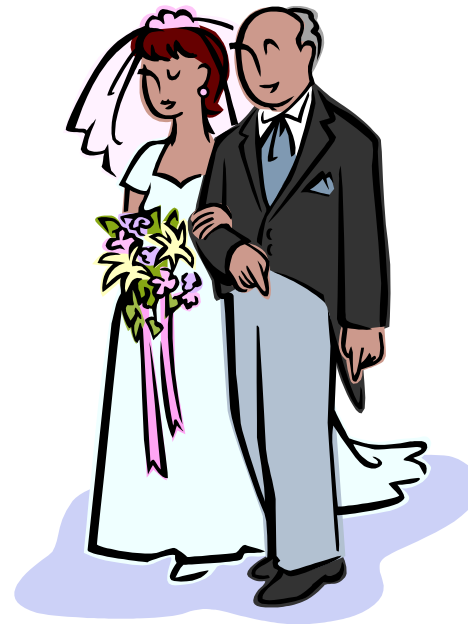


d) De amistad



Lugar y circunstancias sociales

e) De pareja/matrimonio



Lugar y circunstancias sociales

- El lugar, hace referencia al espacio físico en donde consumimos nuestros alimentos, por ejemplo: restaurante, calle, oficina, escuela, cafetería, casa. Si consumimos nuestros alimentos dentro de la casa, hay que señalar el lugar específico donde los consumimos, por ejemplo: cocina, sala, comedor, dormitorio, cuarto de TV.



Lugares



Restaurante



Cafetería



Trabajo



Calle

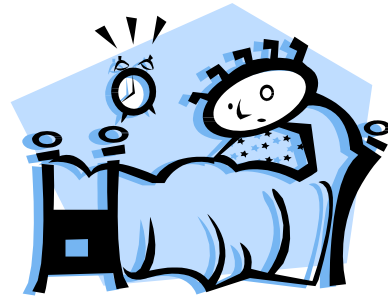
Lugares



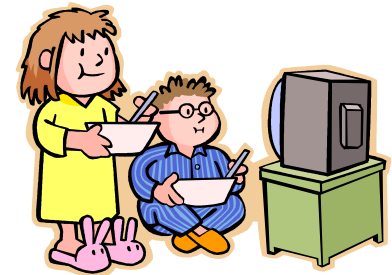
Cocina



Comedor



Dormitorio



Sala de TV

Ejemplo de llenado

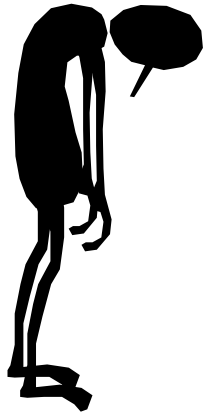
Día	Hora	Cantidad de alimentos	Circunstancia S	Lugar
Lunes	8:45 AM	1 pieza de huevo, 1 rebanada de jamón, 1 vaso de jugo, 1 taza de café y 1 extremo del pulgar de azúcar	Familiar	Comedor
	12:15 PM	1 pieza de dona de chocolate	De diversión	Sala de TV
	4:00 PM	1 palma de carne de pollo empanizado, 1 puño arroz, ½ pieza de zanahoria, 1 vaso de agua de Jamaica,	Familiar	Cocina
	9:23 AM	1 puño de cereal, 1 taza de leche, 1 taza de café, 1 extremo del pulgar de azúcar	Familiar	Sala de TV
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				
Domingo				

Estados Emocionales

- La depresión, ira, frustración o enojo, son factores emocionales que pueden afectar el que llevemos de forma adecuada nuestra dieta. Por lo que si al momento de comer nos encontramos bajo alguno de estos estados emocionales es importante registrarlo en el cuadro.
- Nota. Si no nos encontramos bajo ningún estado emocional particular, al momento de consumir nuestros alimentos, dejaremos simplemente en blanco esta casilla.



Estados Emocionales



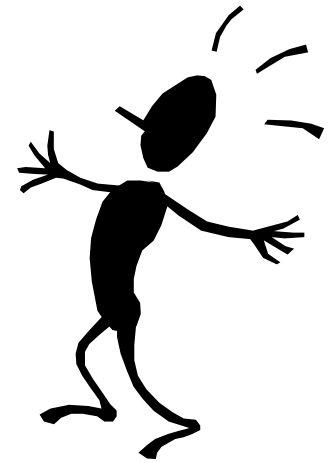
Tristeza



Frustración



Enojo



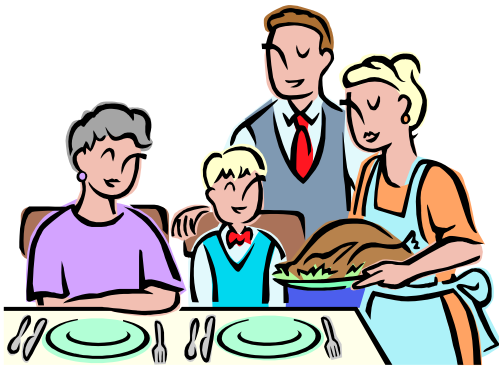
Estrés

Personas

- Por último es importante registrar con qué personas nos encontrábamos al comer, ya que como hemos visto ciertas personas pueden influir en que no llevemos a cabo nuestra dieta de forma efectiva. Personas que frecuentemente consumen alimentos con nosotros pueden ser: esposo, hijos, hermanos, padres, amigos, compañeros de trabajo, sobrinos.



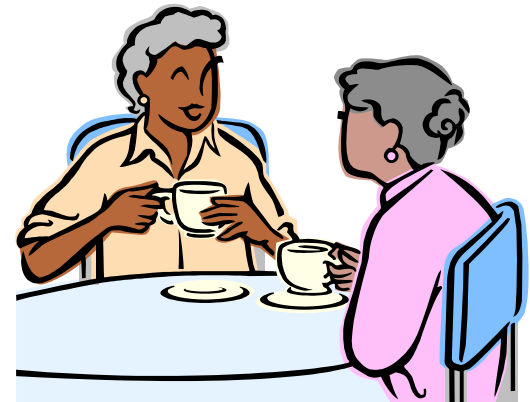
PERSONAS



Hijos



Esposo



Amigos

PERSONAS



Padres



Compañeros de trabajo

Ejemplo de llenado

Día	Hora	Cantidad de alimentos	Circunstancia S	Lugar	Estados E.	Personas
Lunes	8:45 AM	1 pieza de huevo, 1 rebanada de jamón, 1 vaso de jugo, 1 taza de café y 1 extremo del pulgar de azúcar	Familiar	Comedor	-	Esposo Hija Roció Hija Valeria
	12:15 PM	1 pieza de dona de chocolate	De diversión	Sala de TV	-	Sola
	4:00 PM	1 palma de carne de pollo empanizado, 1 puño arroz, ½ pieza de zanahoria, 1 vaso de agua de Jamaica,	Familiar	Cocina	-	Hija Valeria
	9:23 AM	1 puño de cereal, 1 taza de leche, 1 taza de café, 1 extremo del pulgar de azúcar	Familiar	Sala de TV	Enojo con mis hijos	Esposo
Martes						
Miércoles						
Jueves						
Viernes						
Sábado						
Domingo						



Objetivos del taller

Taller para mejorar la adherencia a la dieta en pacientes con diabetes tipo 2



¿Cuáles son los objetivos que se pretenden con este taller?

1. Implementar estrategias que nos permitan cumplir de forma efectiva con nuestra dieta y con ello lograr un nivel óptimo en nuestros niveles de glucosa en la sangre.



¿Qué beneficios obtendremos si cumplimos con estos objetivos?

2. Perder de 2 a 5 Kg. de peso, a través de la adherencia a nuestra dieta



¿Qué beneficios obtendremos si cumplimos con estos objetivos?

- a) Reducir los síntomas de la enfermedad. La diabetes es una enfermedad que se presenta en aquellas personas que tienen resistencia a la insulina y en forma contigua una deficiencia en su producción, debido a esta deficiencia, los diabéticos ya no pueden metabolizar una importante fuente de energía que obtenemos de los alimentos como lo es la glucosa (azúcar).



¿Qué beneficios obtendremos si cumplimos con estos objetivos?

- Cuando nuestro organismo no puede procesar la glucosa de forma adecuada se empiezan a presentar una serie de síntomas que advierten sobre la presencia de la enfermedad, que de no atenderse, con el paso del tiempo hace que se presenten una serie de complicaciones.



¿Qué beneficios obtendremos si cumplimos con estos objetivos?

Su objetivo es mantener niveles normales de glucosa en la sangre

Glucosa en sangre

Exceso de glucosa en la sangre





¿Qué beneficios obtendremos si cumplimos con estos objetivos?





¿Qué beneficios obtendremos si cumplimos con estos objetivos?

- Por lo tanto uno de nuestros principales objetivos con esta intervención es controlar nuestros niveles de glucosa en la sangre
- La forma más efectiva de poder controlar nuestros niveles de glucosa en la sangre es a través de una dieta saludable.



¿Qué beneficios obtendremos si cumplimos con estos objetivos?

- b) Menor consumo de medicamentos. Cuando el control de la glucemia falla por un inadecuado seguimiento de la dieta, se suelen prescribir medicamentos para poder controlar los niveles de glucosa en la sangre, el llevar un adecuado control de la dieta, nos permite reducir nuestra dependencia a los medicamentos.



Medicamentos para la diabetes



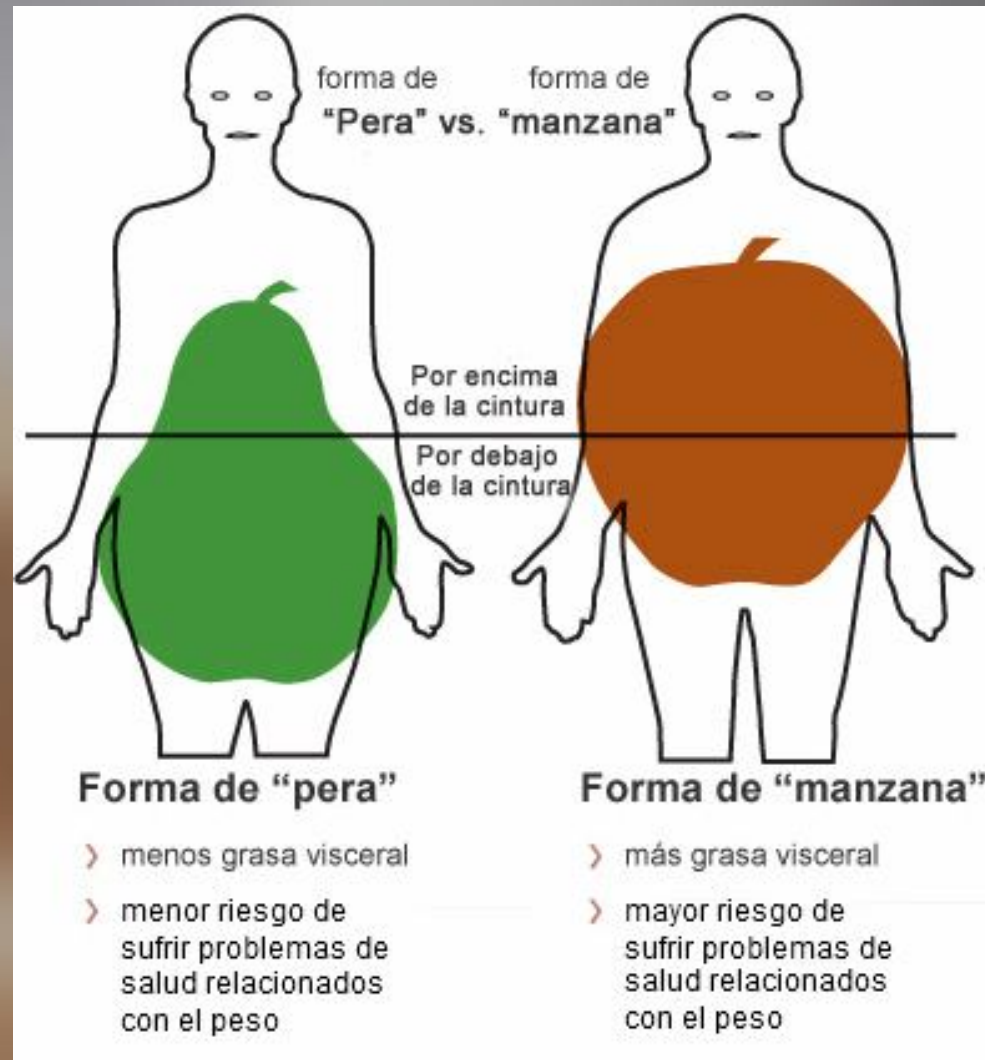


¿Qué beneficios obtendremos si cumplimos con estos objetivos?

- c) Pérdida de peso. Los beneficios de bajar de peso se apreciarán inmediatamente, el nivel de glucosa en la sangre descenderán rápidamente, la presión arterial disminuirá, así como los niveles de colesterol en la sangre.



¿Qué beneficios obtendremos si cumplimos con estos objetivos?





¿Qué beneficios obtendremos si cumplimos con estos objetivos?

- d) Aumento de la calidad de vida. El cumplir de forma correcta con nuestra dieta nos evitará tener complicaciones vinculadas con nuestra enfermedad a corto y largo plazo.



¿Qué beneficios obtendremos si cumplimos con estos objetivos?

- Es importante señalar que un paciente con diabetes puede llevar una vida normal; y la palabra dieta no implica necesariamente la prohibición de ciertos alimentos, sino hace más bien referencia a un control sobre los alimentos que consumimos.

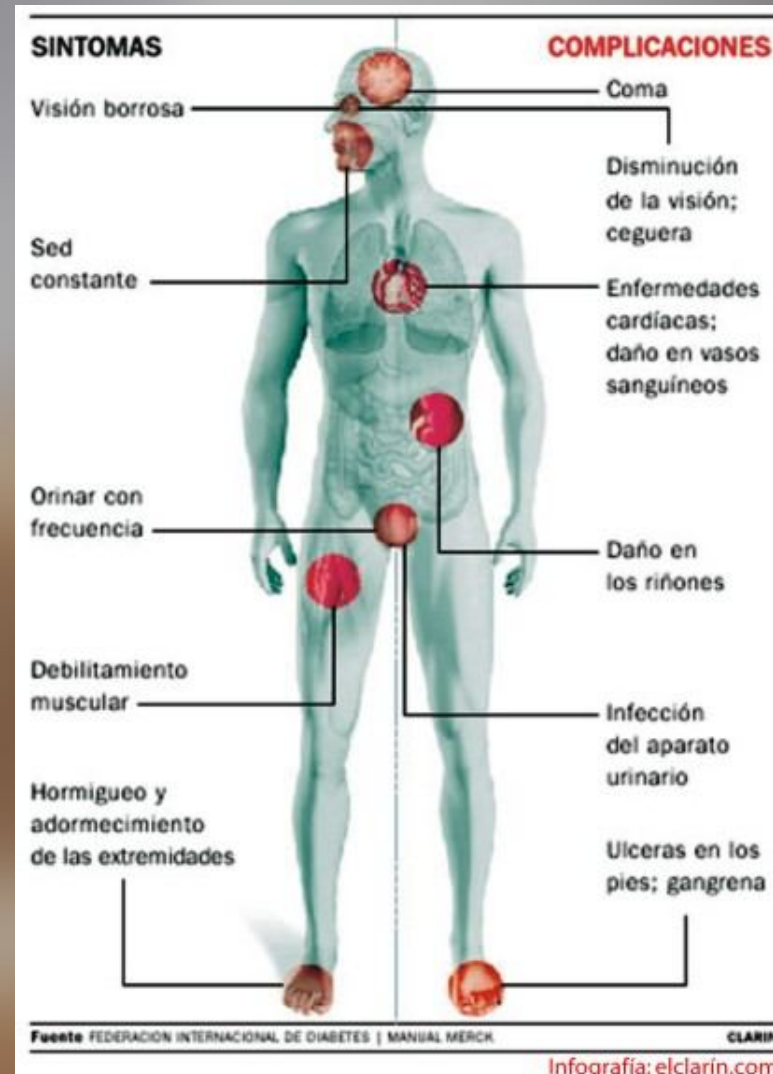


¿Cuáles serían las consecuencias de no cumplir de forma adecuada con los objetivos propuestos?

- Las cifras mayores de 140 mg/dl, de glucosa a mediano o largo plazo pueden causar daño irreversible e incluso la muerte en pacientes con diabetes. Entre las principales complicaciones que se presentan por los elevados niveles de glucosa se encuentran:



¿Cuáles serían las consecuencias de no cumplir de forma adecuada con los objetivos propuestos?





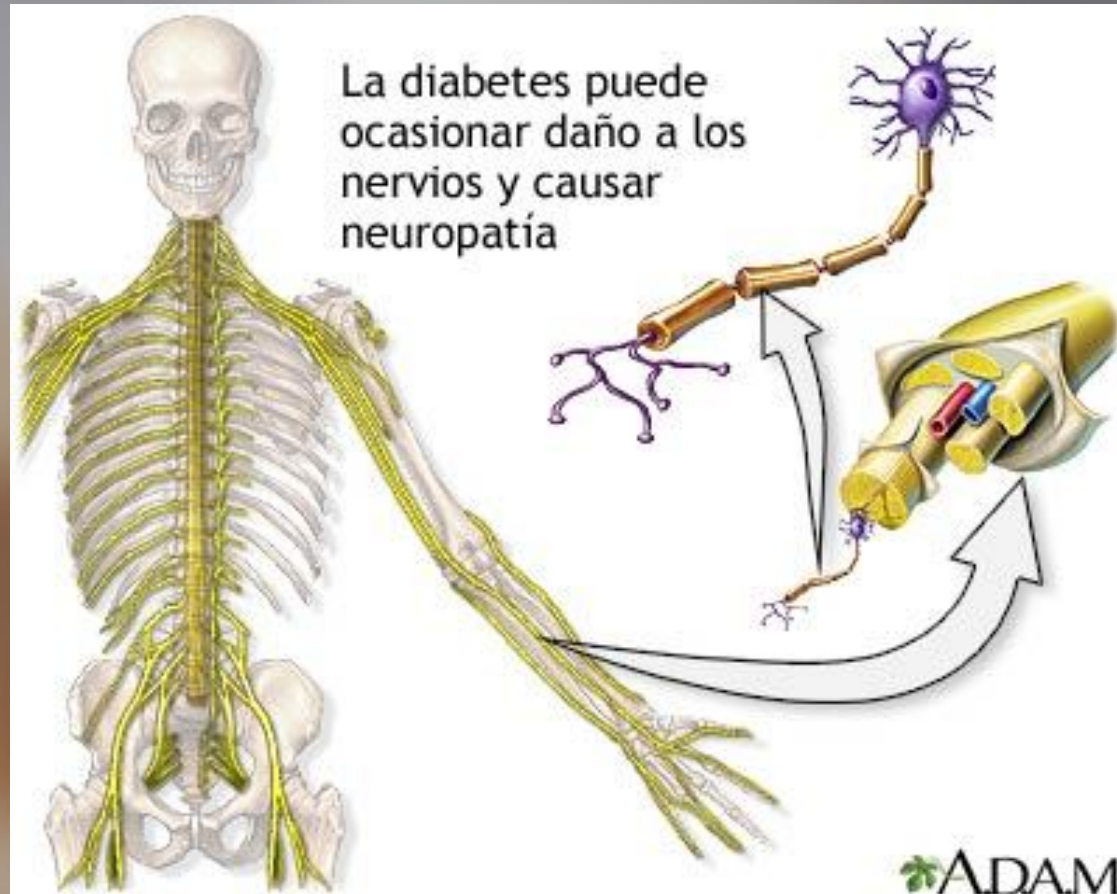
¿Cuáles serían las consecuencias de no cumplir de forma adecuada con los objetivos propuestos?

- Sistema nervioso:

Falta de sensibilidad (hormigueo en los pies).
Diarrea crónica, incontinencia urinaria e impotencia sexual por daños en los nervios que controlan estos órganos



¿Cuáles serían las consecuencias de no cumplir de forma adecuada con los objetivos propuestos?



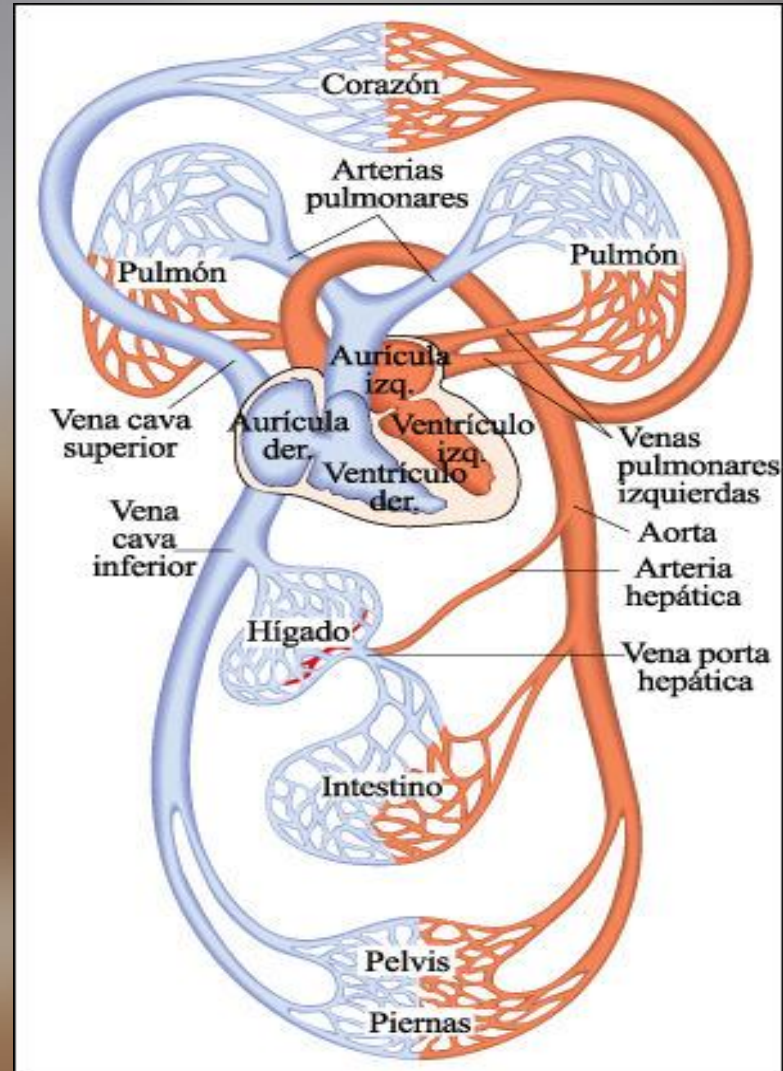


¿Cuáles serían las consecuencias de no cumplir de forma adecuada con los objetivos propuestos?

- Sistema circulatorio:
 1. Enfermedades del corazón (Infarto).
 2. Accidente cerebral vascular.
 3. Daño en las arterias de la retina,
 4. Ceguera (retinopatía diabética).
 5. Daño en las arterias del riñón (Nefropatía diabética).



¿Cuáles serían las consecuencias de no cumplir de forma adecuada con los objetivos propuestos?





¿Cuáles serían las consecuencias de no cumplir de forma adecuada con los objetivos propuestos?

- Combinaciones del sistema circulatorio y nervioso

Pie diabético. Falta de sensibilidad y problemas circulatorios que produce ulceración y en casos 3 extremos se llega a la amputación del pie. En este momento se presenta un video con una duración de 3 minutos que presenta la amputación del pie de un paciente diabético



Video amputación pie diabéticos



<http://www.youtube.com/watch?v=md7y3re7Iqs&feature=fvsr>

¿Qué es la diabetes?

Taller para mejorar la adherencia a la dieta
en pacientes con diabetes tipo 2

¿Qué es la diabetes?

La diabetes es una enfermedad crónica, que presenta una elevada tasa de morbilidad y mortalidad en las personas que la padecen, la diabetes se presenta en aquellas personas que presentan deficiencias en la producción de insulina y dificulta la absorción de glucosa por parte del organismo. Los pacientes suelen ser al momento del diagnóstico mayores de 30 años, obesos y presentan relativamente pocos síntomas

Síntomas de la diabetes

Los principales síntomas que presenta una persona con diabetes son los siguientes:

POLURIA



PERDIDA
DE PESO



CANSANCIO



LA SED



Síntomas de la diabetes



La poliuria. El fenómeno de orinar más cantidad de lo normal se denomina poliuria, es consecuencia del esfuerzo que hace el organismo diabético para eliminar el azúcar inaprovechable y causa directa de la polidipsia. El volumen de la orina emitida es equivalente a la cantidad de líquidos ingeridos y tiene la característica de parecer muy diluida, casi incolora. Sus gotas al secarse, dejan manchas blanquecinas formadas por el depósito de azúcar

Síntomas de la diabetes



- *La pérdida de peso.* Es paradójico que la obesidad sea una de las causas que predisponen a la diabetes, mientras que cuando surge la enfermedad el peso se reduce o, cuando menos, deja de aumentar. Esta pérdida de peso no supone un signo favorable, ya que no solamente representa una disminución de la grasa, sino que también una pérdida de proteínas, cuyos aminoácidos pasan a ser glucosa.

Síntomas de la diabetes



- *La pérdida de peso.* Es paradójico que la obesidad sea una de las causas que predisponen a la diabetes, mientras que cuando surge la enfermedad el peso se reduce o, cuando menos, deja de aumentar. Esta pérdida de peso no supone un signo favorable, ya que no solamente representa una disminución de la grasa, sino que también una pérdida de proteínas, cuyos aminoácidos pasan a ser glucosa.

Síntomas de la diabetes



El cansancio. El cansancio es uno de los síntomas más difíciles de valorar, la pérdida de energía del diabético suele ser en los jóvenes, lentamente progresiva y acaba por ser intensa

Síntomas de la diabetes



La sed. En la diabetes totalmente establecida, la sed suele ser abrasadora, un diabético puede llegar a beber cinco o seis litros de agua en el transcurso del día, a este trastorno se le llama polidipsia.

Factores de Riesgo

**ENTIENDA LA DIABETES TIPO 2
¿CORRE USTED RIESGO?**

historial
familiar



falta de
ejercicio



dieta no
saludable



sobrepeso



Factores de Riesgo

Factores de riesgo No modificables para diabetes

- 1) Edad igual o mayor a 45 años.
- 2) Antecedente de diabetes mellitus en un familiar de primer grado (padres, hermanos, hijos).
- 3) Antecedente de haber tenido un hijo con un peso al nacer >4 Kg

Factores de riesgo modificables para diabetes

Obesidad

Sobrepeso

Sedentarismo

Tabaquismo

Manejo inadecuado del estrés

Hábitos inadecuados de la alimentación

Factores de Riesgo

REDUZCA EL RIESGO

andar a
paso ligero



bailar



nadar



ciclismo



**La diabetes puede afectar a cualquiera.
Si no se trata es mortal.**

30 minutos de ejercicio diario puede reducir en un 40%
su riesgo de desarrollar diabetes tipo 2.

TIPS CUANDO SE COME FUERA DE CASA



Taller para mejorar la adherencia en
pacientes con diabetes tipo 2



TIPS CUANDO SE COME FUERA DE CASA

- En cualquier lugar ya sea un establecimiento de comida rápida, un lugar de antojitos mexicanos o un restaurante, el comer puede ser una experiencia agradable y saludable si se siguen algunas pequeñas sugerencias.

TIPS CUANDO SE COME FUERA DE CASA

- Ejemplos de restaurantes de comida rapida (Fast Food)



TIPS CUANDO SE COME FUERA DE CASA

- Ejemplos de restaurantes con comida a la carta



TIPS CUANDO SE COME FUERA DE CASA

- Lugares donde se puede comer en la calle.



TIPS CUANDO SE COME FUERA DE CASA

Escoja cuidadosamente el restaurante. Elija un restaurante que ofrezca una gran variedad de platillos, hay que observar la higiene del lugar y la preparación de los alimentos.



TIPS CUANDO SE COME FUERA DE CASA

Evalúe el costo-beneficio. Los establecimientos que ofrecen “coma todo lo que desee” o servicio de buffet, pueden tener la desventaja de tener menos opciones de platillos de bajo contenido en grasas, bajos en azúcares y no tener ensaladas.



TIPS CUANDO SE COME FUERA DE CASA

Controle su hambre. El día que va a comer fuera no se salte ninguna comida, además tome una colación ligera (como una porción de verdura, fruta o pan).



TIPS CUANDO SE COME FUERA DE CASA

Lea cuidadosamente el menú. Busque comidas sin grasa o con muy poca grasa, con pequeñas cantidades de carne, aves o pescados y una gran cantidad de verduras y carbohidratos con bajo contenido en grasas.

↓ Entradas

- Berenjena a la Parmesana \$130
- Brucheta Italiana \$95
- Mozzarella Marinara \$105
- Croquetas de Pescado \$150
- Pinchos Capresa \$130

↓ Ensaladas

- Ensalada Cesar \$195
- Ensalada Capresa \$175
- Ensalada Cesar con pollo \$185
- Ensalada Italiana \$170
- Ensalada Tuti's Salad \$200

↓ Pastas

- Pennes
- Spaghetti
- Fettuccine
- Pasta Loca
- Fusilli



↓ Salsas

- Bolognesa\$200
- 4 quesos \$230
- Alfredo \$200
- Arrabbiata \$200
- Pomodoro \$180
- Carbonara \$215

↓ Especialidades

- Lasagna Pollo \$200
- Lasagna Res \$200
- Canelones Pollo \$180



- Canelones de Res \$180
- Canelones Pollo, ricotta y espinacas \$240
- Ravioli Pollo \$215

↓ Pizzas Personales

- Margarita: \$190
- Jamon: \$190
- Peperonni \$190
- Veggie \$200

↓ Carnes

- Pechuga a la Plancha Alicia \$190
- Bistec 3 Pimientos \$200
- Chuletas a la Parrilla \$175

↓ Mariscos

- Filete Dorado a la Plancha \$230
- Camarones al Ajillo \$275

↓ Guarniciones

- Puré de Papas \$85
- Papas Salteadas \$100
- Vegetales al Vapor \$75
- Puré de Yuca \$85

↓ Postres

- Cheesecake\$65
- Brownie a la Moda\$175
- Helados Chocolate/ Vainilla 2 bolas\$55



**ALIMENTOS
SALUDABLES**

TIPS CUANDO SE COME FUERA DE CASA

Hable con su mesero. Solicite a su mesero que le aclare aquellos términos que no entienda y que le explique cómo viene preparado un platillo. Pida que le sirvan porciones más pequeñas o sustitutos de ciertos alimentos (puede pedir una papa al horno o fruta fresca en lugar de papas fritas), también puede pedir que se modifique el método de cocción (a la plancha en lugar de freír).

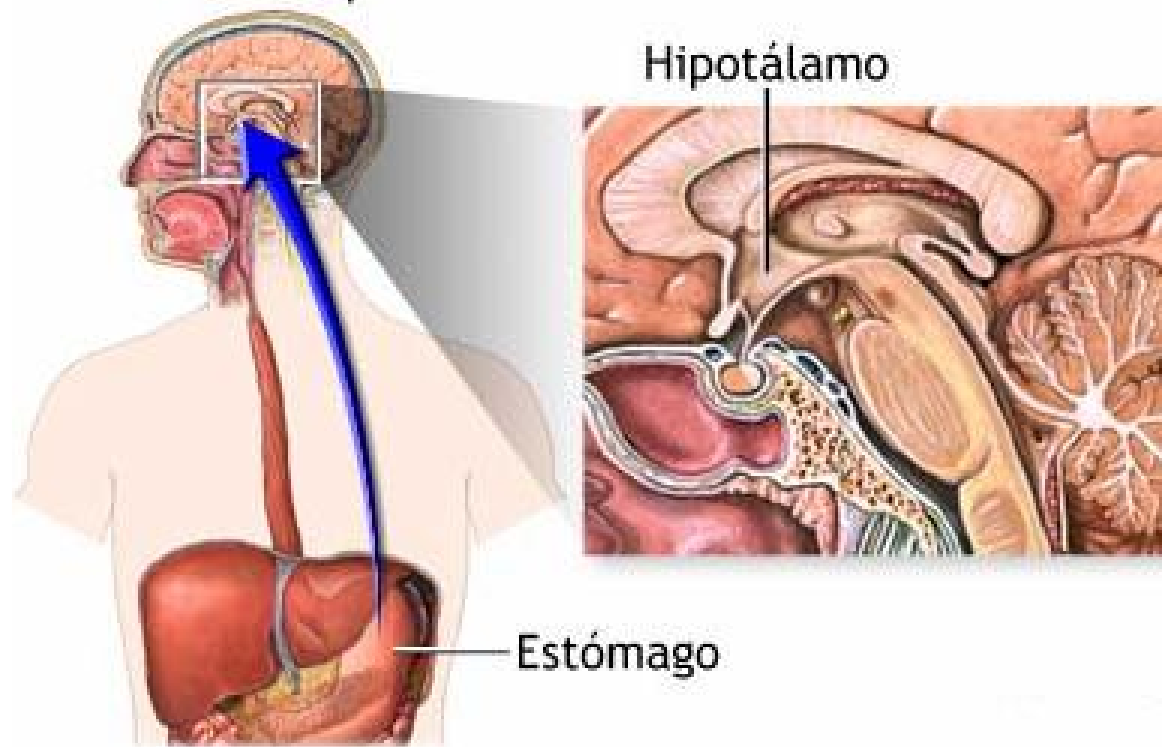


TIPS CUANDO SE COME FUERA DE CASA

Coma despacio. Mastique lentamente ya que esto le ayuda a la digestión y evita que se coma demasiado, puede pedir que envuelvan para llevar lo que no consumió.

TIPS CUANDO SE COME FUERA DE CASA

Cuando una persona come, le toma tiempo a los nervios en el tracto digestivo superior ordenarle al centro del hambre ubicado en el hipotálamo "cerrarse" temporalmente



TIPS CUANDO SE COME FUERA DE CASA

- Otras sugerencias que pueden servir al momento de elegir un platillo son las siguientes:

TIPS CUANDO SE COME FUERA DE CASA

- Botanas. Elijalas a base de verduras, fruta o pescado, buenas opciones son un cóctel de frutas (modere su consumo si su nivel de azúcar en sangre ha estado muy alto) o de camarones (modere su consumo si sus niveles de colesterol se encuentran altos)

BOTANAS SALUDABLES



BOTANAS NO SALUDABLES



TIPS CUANDO SE COME FUERA DE CASA

- Bebidas. Pida agua, limonada o agua de jamaica sin azúcar (pida algún endulzante sin calorías o llévelos consigo), agua mineral, café negro, té o refresco de dieta



TIPS CUANDO SE COME FUERA DE CASA

- Sopas. Elija aquellas a base de consomé, jitomate o verduras. Evite las cremas ya que pueden contener crema y yema de huevo.

TIPS CUANDO SE COME FUERA DE CASA



No recomendadas

Saludables

TIPS CUANDO SE COME FUERA DE CASA

- Ensaladas. Pida ensaladas de lechuga, espinaca, o alguna ensalada cuyo ingrediente principal sean las verduras. Algunos restaurantes ofrecen platillos “Light” o “con bajo contenido de calorías”, prefíéralos. Incluso en algunos establecimientos con comida a la carta encontrará que en cada platillo se muestra el número de raciones de los grupos de alimentos que contiene el platillo.

EJEMPLOS DE ENSALADAS

Ensaladas del

CHEF

Todos Nuestros
Platillos son bajos
en calorías.

César con Pollo \$55

Lechuga romana, trozos de pechuga de pollo, queso parmesano y croutones.

Espinacas con Pollo \$55

Fresca espinaca, trozos de pechuga de pollo, queso feta nuez y mandarinas.

Vinagreta de Mostaza y Miel \$50

Lechuga romana, zanahoria, repollo morado, tocino y almendra.

Cilantro con Pollo \$55

Lechuga romana, trozos de pechuga de pollo, zanahoria, repollo morado, tomate, pepino, cebolla morada y totopos.



Mexicali \$65

Arrachera sobre una cama de lechuga romana, zanahoria, repollo morado, tomate, pepino, cebolla morada, aderezo de aguacate y queso parmesano.

Thai con Pollo \$55

Lechuga romana, trozos de pechuga de pollo, zanahoria, pepino, almendra y ajonjolí.

Oriental \$55

Lechuga romana, espinacas, pollo, pepino, zanahoria, repollo morado, noodles, mandarina y cilantro.

CLUB \$55

Lechuga romana, jamón de pavo, queso americano, queso suizo, tomate, aceitunas negras, queso parmesano y tocino.

Casino \$50

Lechuga romana, queso parmesano y croutones.

TIPS CUANDO SE COME FUERA DE CASA

- Platos principales. Pida los que contengan poca grasa, como res a la parrilla, pechuga de pollo o pescado a la plancha. Evite alimentos cuya descripción indique un alto contenido en grasa, como prime o ribe, pollo frito, fettuccine, filete mignon o tempura de camarón.

Alimentos restringidos



Fettuccine



Pollo frito



Filete mignon



Tempura de camarón.



Ribe

TIPS CUANDO SE COME FUERA DE CASA

- Postres. Elija fruta fresca, nieves de agua, gelatina o yogurt descremado

