



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

EFFECTIVIDAD DE TÉCNICAS CONDUCTUALES PARA ALTERAR
FACTORES DISPOSICIONALES EN LA ADHERENCIA A LA DIETA EN
PACIENTES CON DIABETES TIPO 2

ACTIVIDAD DE INVESTIGACIÓN-REPORTE
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A (N)

Karla Soto Aguirre

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

Dictaminadores: Mtra. **Antonia Rentería Rodríguez**

Dr. **Carlos Narciso Nava Quiroz**



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos...

Agradezco a la vida por haberme abierto este sendero llamado Psicología, que estaba destinado para mí.

A mis padres, José y Esperanza; mis hermanos Renata y Paco, por apoyarme, guiarme y darme la palabra adecuada para nunca desistir.

A mi amada UNAM, a la que siempre estaré orgullosa de pertenecer. Gracias a la Dra. María de Lourdes Rodríguez, Mtra. Antonia Rentería y al Dr. Carlos Nava por su apoyo y confianza.

A todos los participantes que dedicaron parte de su tiempo en los talleres impartidos, y por los cuales tenemos resultados.

Al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT- IT302911), que por medio de su sistema de becas financió este proyecto.

ÍNDICE

Introducción	1
Diabetes Mellitus Tipo 2	3
Psicología y Diabetes	12
2.1 Factores disposicionales. Una revisión de antecedentes	36
2.2 Técnicas de autocontrol y solución de problemas	49
Modelo Psicológico de la Salud Biológica	61
Reporte de investigación	74
4.1 Resultados	76
4.2 Discusión	79
Conclusiones	88
Bibliografía	89

INTRODUCCIÓN

El presente estudio se fundamenta en la teoría interconductual (1985) y específicamente en el Modelo Psicológico de la Salud Biológica propuesto por Emilio Ribes en 1990. El objetivo de la investigación que aquí se presenta fue evaluar el efecto de las técnicas de autocontrol y solución de problemas en la importancia que atribuyen pacientes diabéticos a diversos factores disposicionales en el rompimiento de su dieta.

El Modelo Psicológico de la Salud Biológica de Ribes, plantea la dimensión psicológica de la salud como un proceso que se origina en la historia particular de cada persona cuyo resultante es el proceso de salud o enfermedad. Identificando los factores psicológicos pertinentes a esta dimensión, lo que funciona también como una guía para intervenir en problemáticas particulares de este campo.

La problemática que se aborda es la diabetes mellitus tipo II, que es una enfermedad crónica y degenerativa; que ha generado un gran interés por de parte de diversas disciplinas, incluida la psicología, debido al latente incremento en la pérdida de funciones orgánicas, de miembros y de vidas. Otra vertiente, aparte de las implicaciones en términos de salud, es el gran costo económico para quien la padece y, en general para los sistemas de salud.

El estudio se llevó a cabo con un diseño pre-test post-test, por lo que constó de tres fases. La primera comprendió la evaluación pre-test, en la segunda se emplearon diversas técnicas y procedimientos conductuales para entrenar a los pacientes diabéticos en la identificación y manejo de algunos factores disposicionales reportados como relevantes para el rompimiento de la dieta (técnicas de autocontrol y solución de problemas) y en la tercera fase se aplicó el post-test.

Este estudio forma parte de una línea de Investigación que en los últimos tiempos ha incursionado, desde la perspectiva interconductual, en el campo de la salud.

El texto se divide en cuatro partes. El primer apartado, nos acerca a conocer de manera más extensa lo que es la diabetes mellitus tipo 2 y sus implicaciones en la salud. El segundo apartado, muestra lo que hasta el momento ha estudiado la psicología en cuanto a la diabetes, las áreas desde la que se ha involucrado, cómo la ha abordado, las aproximaciones que mayormente la han estudiado, etc. Nos aproximará a lo que se consideran factores disposicionales, además de profundizar en las técnicas de autocontrol y solución de problemas. La tercer parte, describe en términos generales el Modelo Psicológico de la Salud Biológica, así como los factores disposicionales y su relación con la diabetes. La última parte, incluye la metodología, los resultados, discusión y conclusión del estudio.

Los resultados indicaron que existieron disminuciones significativas en la importancia referida a las situaciones reportadas como aquellos factores disposicionales que impedían o interferían con un adecuado seguimiento de la dieta, situaciones que fueron alteradas, también, por la intervención de las técnicas ya mencionadas.

DIABETES MELLITUS TIPO 2

La diabetes mellitus tipo II, es una enfermedad crónica, que se puede clasificar dependiendo su etiología y patología en cuatro grupos. La tipo I y II son las más frecuentes, el tercer grupo está relacionado con la desnutrición como factor causal y el cuarto grupo se relaciona con síndromes genéticos denominados como “raros”.

De acuerdo a la presente investigación, nos enfocaremos en la diabetes mellitus tipo II. Tusié (2008) explica que, la diabetes incluye un grupo heterogéneo de entidades caracterizadas por hiperglicemia crónica, aumentando el riesgo de desarrollar complicaciones como nefropatía o retinopatía. La diabetes tipo II surge de múltiples defectos de la resistencia periférica a la insulina y su gradual deterioro de la misma por la célula β pancreática.

Su génesis principal es la obesidad, y se caracteriza por una secreción deficiente de insulina en el páncreas, la cual tiene la función de transportar la glucosa a las células en el organismo para que ahí la glucosa sea metabolizada, utilizada y eliminada o aprovechada en el cuerpo en forma de energía; por lo que si la insulina es deficiente, la glucosa que se va almacenando en el cuerpo no se metaboliza, principalmente en el torrente sanguíneo así como en el tejido adiposo propiciando la obesidad. Esta dificulta más el proceso, debido a que el cuerpo en vez de utilizar la glucosa que se ingiere día con día, utiliza la fuente de energía de la grasa (que no necesariamente depende de la insulina para ser metabolizada), haciendo que el cuerpo se haga resistente a la insulina en músculos esqueléticos, tejido adiposo y el hígado entre otras anomalías metabólicas (Andrade & Revilla, 1999).

Desde el punto de vista genético, Tusié (2008) señala que la diabetes tipo II es multifactorial, donde se involucran un conjunto de genes de susceptibilidad que se modulan por los factores ambientales. Estudios sustentan la participación genética en el origen de la diabetes tipo II, en las cuales se encuentra afinidad entre gemelos monocigotos y dicigotos, las diferencias del padecimiento entre poblaciones de distinto origen étnico, la existencia de formas monogénicas de

diabetes tipo II, la identificación de más de 30 regiones cromosómicas de susceptibilidad. Lo anterior se encuentra apoyado también del estudio con animales donde se inactiva selectivamente la función de algunos genes. Tusié (op.cit.) señala que identificar el componente genético de esta patología es difícil por múltiples razones, en las que se incluyen la participación de un gran número de genes de susceptibilidad, cada uno de ellos con un efecto sobre el riesgo y por las diferencias étnicas a cada población estudiada. Entre las estrategias más importantes para la identificación de genes susceptibles está: el análisis de genes candidatos, los estudios de mapeo genético, los estudios de expresión diferencial de genes o proteínas y los modelos animales donde se inactivan algunas funciones de ciertos genes en distintos tejidos. Con el mapeo genómico se identificaron nuevos genes de susceptibilidad para desarrollar diabetes tipo II. Tusié aclara que de esos genes, la mayoría no se conoce actualmente su función o la que se conoce no se relaciona directamente con la alteración en el metabolismo de carbohidratos.

Tusié (2008) menciona que entre los genes más importantes identificados hasta el momento se encuentra el gen de la calpaina-10, el gen TCF7L2, CDKAL1, IGF2BP2, CDKN2A/B, y el gen del transportador de zinc SLC30A8.

El gen **TCF7L2** se relacionó inicialmente con el riesgo para el desarrollo de diabetes tipo II en la población de Islandia. Posteriormente se mostró como gen de susceptibilidad para diabetes tipo II en diversas poblaciones humanas pero con riesgo variable

El gen **SLC30A8** codifica para un transportador de zinc, que sólo se manifiesta en las células β del páncreas, situándose en los gránulos secretorios de insulina. También se ha relacionado este alelo de riesgo con disminución en la secreción de insulina. El estudio de este gen tendrá mayor relevancia en población europea para el diagnóstico temprano y tardío, y una posible relación con otros parámetros bioquímicos en población mestiza mexicana.

El gen **ABCA1** (ATP-bindingcassettetransporterA1) es una proteína de membrana que funciona como un transportador o bomba de colesterol para la

membrana citoplásmica y en membranas intracelulares. La proteína ABCA1 transporta colesterol y fosfolípidos hacia las apolipoproteínas.

En el estudio con modelo animal, se inactivó de manera selectiva la función de ABCA1 en la célula β , y esto llevó a proponer que la disfunción del ABCA1 afecta la función de la célula β a través de un mecanismo de citotoxicidad medida por colesterol (Tusié, 2008).

En los 70's se realizaron tres estudios clínicos, prospectivos, longitudinales, multicéntricos, aleatorios que según Terrés (2006) confirmaron los beneficios del riguroso control de la glicemia en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2. Estos trabajos fueron el *United Kingdom Prospective Diabetes Study* realizado en el Reino Unido; el *Diabetes Control and Complications Trial* efectuado en Estados Unidos-Canadá y el *Kumamoto* desarrollado en Japón.

En el Reino Unido se hizo un estudio prospectivo. Se involucraron 23 centros de atención médica para incluir 5000 pacientes con diabetes mellitus tipo II. El objetivo fue evaluar el impacto del control intensivo de la glicemia, considerando 21 indicadores clínicos. Los pacientes fueron distribuidos en dos grupos. El grupo intensivo recibió insulina de manera intensiva, y los del grupo control, que recibió tratamiento convencional con sulfonilureas.

El *United Kingdom Prospective Diabetes Study* demostró que el control intensivo de la glicemia reduce la retinopatía en 25%, la disminución de la agudeza visual en 50%, la nefropatía en 33%, y la muerte asociada a diabetes en 35%; este estudio expuso que el tratamiento médico debe hacer énfasis en lograr la normalización de la glicemia y de la presión arterial a partir del momento en el que se establece el diagnóstico, ya que ésta es la única manera en la que se logra mantener la salud del paciente y se evitan otras complicaciones crónicas degenerativas. De tal modo quedó claro que la diabetes tipo 2 es una condición lenta y progresiva, que no puede ser considerada como una forma benigna de diabetes,

El segundo estudio DCCT (*The Diabetes Control and Complications Trial*) se realizó en Estados Unidos y Canadá, contó con 1400 pacientes y con una duración aproximada de diez años. Este estudio permitió darle una mayor relevancia a la

necesidad del control estricto de la glicemia en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (insulino-dependiente) demostrando que el tratamiento intensivo reduce las complicaciones vasculares. El DCCT consistió en dos estudios paralelos: 1) *Prevención primaria*: pacientes sin evidencia de complicaciones al inicio del estudio y 2) *Prevención secundaria*: pacientes con presencia de complicaciones al inicio del estudio. Se formaron 2 grupos. Uno incluyó la detección y el tratamiento convencional, el segundo grupo la detección y tratamiento intensivo de hiperglicemia. El DCCT demostró que una reducción de los niveles de glicohemoglobina (HbA1c) de 2% representa una reducción en la progresión de las complicaciones microangiopáticas de cuando menos el 50% en diabetes tipo 1. A partir de esto la *American Diabetes Association (ADA)* lo extendió a la diabetes tipo 2; por lo que también recomiendan el tratamiento intensivo para estos pacientes, con la diferencia de que el uso de insulina es optativo, y permitiendo la terapia a base del uso de hipoglicemiantes orales y del control de la hipertensión, así como dieta, control de peso y ejercicio, para minimizar el riesgo cardiovascular.

El Kumamoto Study on Optimal Diabetes Control in Type 2 Diabetic Patients, realizado en Japón, tuvo como objetivo valorar si el control intensivo de la glicemia puede disminuir las complicaciones vasculares en el paciente con diabetes tipo 2, sin demostración de las mismas al inicio del estudio (prevención primaria) y con lesiones existentes al comenzar el protocolo (prevención secundaria). Se realizó un estudio prospectivo de ocho años de duración. La población fue de 110 pacientes, con los cuales se formaron dos grupos. Para el grupo de prevención primaria se asignaron 55 pacientes sin retinopatía previa, y el de prevención secundaria contó con 55 enfermos con retinopatía simple. Los grupos fueron subdivididos. Los de manejo intensificado (más de tres aplicaciones de insulina intermedia al día) y los de tratamiento convencional (menos de dos aplicaciones diarias). Constantemente se estuvo evaluando la evolución de las complicaciones vasculares durante los ocho años que duró el estudio, marcando particular importancia en la retinopatía y neuropatía.

Los resultados demostraron que tanto en el grupo de prevención primaria como en el de prevención secundaria, la evolución de las complicaciones fue

mayor en el grupo con manejo convencional que con el de tratamiento intensificado. De acuerdo al resultado de este estudio se estableció que las metas terapéuticas para Japón deben ser de HbA1c < 6.5%, glucosa basal en ayuno < 110 mg/dL y glicemia después de dos horas de la comida < 180 mg/dL.

La administración de insulina es parte importante del tratamiento pero no implica que se mantenga el control total de diabetes, la dieta y el ejercicio son también componentes indispensables que benefician en conjunto con la administración de insulina a un buen control glucémico.

La Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en el 2010, menciona que la OMS determinó a la diabetes mellitus como una epidemia y una amenaza mundial. Ya que a partir de 2005 el 80% de muertes por diabetes ocurrieron en países de ingresos bajos o medios, que son considerados menos preparados para enfrentar tal epidemia. En México, la diabetes se posiciona en el primer lugar en número de defunciones por año, tanto en hombres como en mujeres las tasas de mortalidad son ascendentes para ambos sexos con más de 70 mil muertes, aunque en el 2007 hubo un número mayor de defunciones en mujeres (37,202 muertes) en comparación con los hombres (33,310), con una tasa 69.2 por 100,000 habitantes en mujeres y de 64 en hombres. Por otro lado, la Federación Mexicana de Diabetes A.C. reporta que el 70% de adultos en México padece sobrepeso u obesidad, principales causas de diabetes. Actualmente hay en México 6.4 millones de habitantes con diabetes, tipo II, se estima que para el año 2025 lo padezcan cerca de 11 millones de mexicanos.

La diabetes y su tratamiento generan un impacto económico a nivel Estado y por supuesto familiar. La misma Federación Mexicana de Diabetes registra que en el 2011 el impacto económico de los problemas relacionados a la diabetes en México, fue de 7 mil 784 millones de dólares. Se estima que el gasto que hicieron las familias mexicanas para el tratamiento de la diabetes fue de 4 mil 352 millones de dólares, mientras que las instituciones del sistema de salud pública ofrecieron 3 mil 432 millones de dólares para atención y tratamiento. Lo anterior también genera un impacto socioeconómico, ya que se registran 2 mil pensionados al año

por invalidez en México a causa de la diabetes mellitus II. En donde el 59 % se despliega en personas en edad productiva, es decir, entre 35 y 54 años, según la ya mencionada Federación.

Armando Arredondo, investigador del Instituto Nacional de Salud Pública de Mérida, Yucatán, reportó en 2009 las siguientes cifras:

- Cada 2 horas en el país mueren 5 personas por diabetes y sus complicaciones.
- De cada 100 pacientes, 14 desarrollan padecimientos renales.
- La enfermedad cerebrovascular es 2.5 veces mayor en diabéticos que en el resto de la población.
- 30% de los problemas del pie diabético termina en amputación.
- De cada 5 pacientes, 2 presentarán problemas de ceguera. La retinopatía diabética es la causa principal de ceguera en México.
- El gasto para atender la demanda de servicios por diabetes va del 10-30 % dependiendo de cada sistema estatal de salud. En Yucatán es del 20%.
- México alcanzará a estar entre los 5 primeros lugares con problema de diabetes en los próximos 20 años. Yucatán por arriba de la media nacional.

Estimándose así que en México se gastaron 800 millones de dólares, en costos directos 45% y en costos indirectos 55%, según Arredondo.

Alpizar (2001) señala que los pacientes con diabetes tipo II no necesariamente dependen de tratamiento con insulina. Aunque puede ser necesaria para evitar la hiperglucemia (aumento de glucosa) y la sobreproducción de glucosa en el hígado.

Algunos de los síntomas de la diabetes tipo II, según Cañadel (1980) son:

- La polidipsia. Se caracteriza por sed constante e intensa.
- La poliuria. La cantidad de orina suele ser más de lo habitual, debido a la necesaria eliminación de azúcar no utilizada y como causa de la polidipsia. La orina al secarse suele dejar manchas blancas, por el exceso de azúcar.

- Pérdida acelerada de peso. El peso suele reducir, o deja de aumentar. Con la disminución de grasa se pierden también proteínas y los aminoácidos se convierten en glucosa.
- Cansancio. Puede ser intenso, y se deriva de la pérdida gradual de energía en el cuerpo.

Es importante destacar las complicaciones que conlleva este tipo de diabetes. Según Cañadel (1980) se dividen en agudas y crónicas. Entre las agudas se encuentran:

- Hipoglucemia. Surge de la disminución de glucosa en sangre, por debajo de los 50 mg/dl.
- El coma diabético. Surge de la acentuación de la glicemia y la deshidratación, ocasionando alteraciones neurológicas.

Lerman (2007) refiere las complicaciones tardías de segundo y tercer nivel de atención, mayormente reportadas:

- Nefropatía. Se reporta en aproximadamente del 40% de los pacientes con diálisis peritoneal y reduce significativamente el pronóstico de vida.
- Retinopatía. Se reporta en alrededor del 8% de los pacientes, pérdida total de la visión en alguno de los ojos en un 5%. Personas con diabetes de 20 años en adelante alcanzan el 21% de pérdida en la visión. Es poco regular que el médico revise los ojos o canalice al paciente con un oftalmólogo.
- Neuropatía. La neuropatía periférica suele ser la que mayormente se manifiesta, afectando a cerca del 20% de los pacientes.
- Enfermedad aterosclerosa. Suele ser la principal causa de muerte, ya que suelen ser pocos los que tienen acceso al tratamiento intensivo para corregir obstrucciones vasculares.
- Pie diabético. Se registra como una de las principales causas de hospitalización, por lo regular ocurre en personas de menos recursos

socioeconómicos. 2 de 3 casos terminan en amputación, ya que el 40% de los pacientes acude con el médico cuando el problema se ha acrecentado.

Alpizar (2001) clasifica los factores modificables y *no* modificables para desarrollar Diabetes Mellitus tipo II.

Factores de riesgo modificables:

- Obesidad
- Sobrepeso
- Sedentarismo
- Tabaquismo
- Manejo inadecuado del estrés
- Hábitos inadecuados de la alimentación
- Índice de cintura-cadera > 0.9 en hombres y > 0.8 en mujeres
- Presión arterial con cifras > 140/90 mmHg
- Triglicéridos > 150 mg/dl
- HDL de colesterol >35 mg/dl

Factores de riesgo *no* modificables:

- Antecedente de diabetes mellitus en un familiar de primer grado (padres, hermanos, hijos)
- Antecedente de hijo con peso al nacer >4 Kg.

Tratamiento médico

Según Lerman (1999) el plan de atención debe incluir, un plan nutricional de acuerdo a las necesidades de cada paciente, medicamentos (hipoglucemiantes orales o insulina), ejercicio, vigilancia en los niveles indicados de glucosa por parte del paciente, revisión periódica por el médico y pruebas específicas de laboratorio.

Alpizar (2001) refiere que los objetivos de tratamiento radican en disminuir y/o erradicar síntomas de la hiper e hipoglucemia. Retrasar o evitar las complicaciones antes mencionadas, que ocasiona la diabetes mellitus tipo II. Reducir y controlar los factores de riesgo cardiovasculares, como lo son el peso, la

grasa, presión arterial y los niveles de glucosa. Por último el paciente debe estar atento a complicaciones físicas, para poder obtener el tratamiento oportuno.

El tratamiento farmacológico incluye diversos medicamentos, entre los cuales se encuentran:

- Los secretagogos de insulina: nateglinida, sulfonilureas y repaglinida
- Antihiper glucemiantes: los inhibidores de la alfa glucosidasas, las biguadinas y las tiazolidinedionas (rosiglitazona y pioglitazona).

Como se ha venido observando a lo largo de la revisión, el principal problema de la diabetes mellitus tipo II es el sobrepeso y/o la obesidad. El sobrepeso se origina por malos hábitos alimenticios y falta de actividad física; sin embargo, éste es uno de los factores que puede ser modificable y cuya alteración permitiría una mejor calidad de vida en tanto se lograría retardar o evitar complicaciones.

La forma en que las personas se alimentan y, en general, sus estilos de vida, no son otra cosa que comportamiento. Por esta razón, la psicología ha incursionado en el terreno de la salud y particularmente en el estudio de dicho comportamiento vinculándolo a la adherencia terapéutica del diabético, por ello en el siguiente capítulo haremos una revisión de las aportaciones que ha hecho la Psicología en el área de la salud, específicamente abordando el tema que nos concierne.

PSICOLOGÍA Y DIABETES

Las nuevas tecnologías y tratamientos farmacológicos forman parte de la diversidad de opciones con las que se cuenta médicamente en la actualidad, por lo que se supondría deberían existir aumentos en la efectividad de los tratamientos y en la calidad de vida del paciente.

Ortiz y Ortiz (2007) mencionan que para que esto ocurra debieran existir al menos dos condiciones: una adecuada prescripción por parte del equipo médico y un correcto cumplimiento de la misma.

El registro de los bajos niveles de adherencia terapéutica, hacen parecer que es el paciente, quien mayoritariamente no cumple con el tratamiento. El *National Heart, Lung and Blood Institute* señala que entre 30% y 70% de los pacientes no cumple con las recomendaciones terapéuticas entregadas por el médico; en el caso de las enfermedades agudas este porcentaje obtiene el 20%, mientras que en enfermedades crónicas el incumplimiento llegaría a 45% (Martín & Grau, 2007 en Ortiz & Ortiz, 2007).

Vásquez, Gómez y Fernández (2006) de acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud, indican que en cuanto a los padecimientos de la DMT2, la adherencia a las instrucciones medicas bordea el 50%, de un 20 a 80% en el caso de pacientes que utilizan insulina inyectable; 65% atiende las indicaciones dietéticas; de un 19 a un 30% atiende las indicaciones de actividad física; y apenas un 7% de los pacientes diabéticos cumple con todos los aspectos que establece la adherencia al régimen.

De acuerdo con Piña (2008) en la mayoría de los casos se ha optado por confiar en la guía de las disciplinas biomédicas; los conceptos de salud y enfermedad que se aceptan provienen de una visión ajena a la psicología, lo cual ha provocado variadas debilidades y vacíos en la construcción de los modelos, así como fallas de procedimientos al momento de su aplicación en la práctica, lo cual no permite un mayor avance en la investigación.

Para que los niveles de adherencia sean altos, se tienen que tomar en cuenta aspectos como los factores personales, el sistema o equipo de asistencia sanitaria de la enfermedad y del tratamiento (Ortiz & Ortiz, 2007).

Martínez, Vega, Nava y Anguiano (2010) sugieren que el tratamiento farmacológico tiene que ir reforzado con terapias psicológicas que brindarán al paciente mayor estabilidad, donde la participación de la familia también se cuenta como indispensable para guiar el tratamiento.

Antes de profundizar en lo que ha venido siendo la relación y el estudio de la Psicología y la diabetes, es necesario definir qué es la Psicología de la Salud. De acuerdo con Floréz (2004) se considera que la Psicología de la Salud es un área de intervención clínica donde se aplican procedimientos con personas que padecen alguna enfermedad. Pretende que el individuo tenga herramientas para entender y modificar su situación psicológica, como las creencias de salud, el locus de control, el estilo de afrontamiento, y las situaciones afectivas que vive debido a su condición. También profundiza en otras problemáticas como el cumplimiento del tratamiento, preparación para intervenciones médicas, aspectos psicológicos de la hospitalización, entre otras.

La Psicología de la Salud, tiene como antecedente contiguo a la "Medicina Comportamental", término propuesto por Lee Birk en 1973 como subtítulo del libro *Biofeedback: Behavioral Medicine*. La intención era ubicar a la medicina comportamental como derivada del condicionamiento instrumental de respuestas fisiológicas autónomas, para la curación de ciertas enfermedades originadas por la alteración de esas respuestas. En 1977 en la Universidad de Yale se realizó la primera Conferencia sobre Medicina Comportamental (Yale Conference on Behavioral Medicine), que tuvo la presencia de destacados especialistas de las áreas de la salud y de las ciencias sociales, lo cual formalizó a la medicina comportamental, que se concebía como un campo interdisciplinario que integraba conocimientos biomédicos y sociales, teniendo como objetivo el diseño y acción de procedimientos para la prevención, el tratamiento y la rehabilitación (Floréz, 2004).

Durante la década de los años 70^s las contribuciones al desarrollo de la medicina comportamental se hicieron desde el área del análisis experimental del comportamiento. Se trató de ampliar el tratamiento de variadas patologías con los principios básicos del condicionamiento clásico y del condicionamiento operante, los cuales actualmente resultan limitados. Durante esa misma década aumentaron las publicaciones en la investigación de aspectos comportamentales de la hipertensión arterial, del dolor crónico, del asma infantil, de desórdenes cardiovasculares, de rehabilitación neuromuscular y de cáncer (Floréz, 2004).

La Psicología de la Salud con el paso de los años ha ido evolucionando, y en su evolución han intervenido diversas aproximaciones teóricas, sin embargo, las aproximaciones mayormente estudiadas son las de corte cognitivo.

Autores dedicados a la Psicología de la salud han señalado que coexiste una relación entre salud y conducta, puesto que la conducta puede ser alterada por la enfermedad y viceversa. Hablar de enfermedad y salud es hacer referencia a las relaciones funcionales que se establecen entre factores físicos, conductuales y ambientales, ya que cada factor se involucra en los diferentes problemas que yacen en la práctica médica (Reynoso & Seligson, 2000, en Martínez, Vega, Nava & Anguiano, 2010).

Existen diversas teorías psicológicas que han tratado de comprender y explicar la conducta y la experiencia humana en el proceso de salud-enfermedad.

El modelo cognitivo-conductual es el modelo de intervención clínica más utilizado en el área de la salud. En esta aproximación, entre otras cosas, se considera que las cogniciones o pensamientos median las respuestas de una persona a su ambiente, por esta razón se estudian conductas, pensamientos y emociones. Bajo esta concepción también se da cuenta de trastornos de la alimentación, obesidad y diabetes, entre otros.

Según Sparrow (2008) las técnicas mayormente utilizadas para abordar dichos problemas son: Técnicas de relajación y respiración, desensibilización sistemática (desensibilización automatizada, autodirigida y grupal) y las técnicas operantes (reforzamiento, castigos, extinción y moldeamiento). Dichas técnicas pretenden desarrollar y mantener conductas deseables, así como reducir y eliminar

conductas indeseables, organizando las contingencias, en diversas áreas del individuo (familiar, laboral, etc.). Además se utilizan las técnicas de condicionamiento encubierto (reforzamiento positivo, sensibilización, costo de respuestas, modelamiento y detención del pensamiento). También se emplean entrenamientos en habilidades sociales, autocontrol y solución de problemas.

En el enfoque cognitivo se parte del concepto de representación, por ello se le atribuye una gran importancia a lo que desde esta perspectiva se consideran procesos cognitivos o internos, entre los cuales estarían las creencias, autoregulaciones, pensamientos, y atribuciones, que en última instancia se conciben como las variables más importantes para explicar las conductas de autocuidado y por ello la salud.

En el caso particular de la diabetes tipo 2 se indica que es necesario alcanzar y mantener un adecuado control glucémico para lo cual es importante que sea el propio paciente quien realice una serie de conductas para beneficiar su salud de acuerdo a los requisitos del tratamiento. De esta manera el autocuidado se vuelve esencial en las personas con DMT2 para mantener y mejorar su salud. Orem (2010 en Compeán, Quintero, Reséndiz, Muñoz & Ángel, 2010) define el autocuidado como *“la práctica de actividades que los individuos inician y desarrollan en su propio beneficio en el mantenimiento de su vida, salud y bienestar”* (p. 43).

Según Compeán, Quintero, Reséndiz, Muñoz y Del Ángel (2010) se supone que el individuo actúa y se compromete a cuidar su estado de salud. La Asociación Americana de Educadores en Diabetes en el 2009 propuso siete comportamientos básicos para lograr un adecuado control de la diabetes:

- 1) Alimentación saludable.
- 2) Ser activo físicamente.
- 3) Automonitoreo de glucosa sanguínea.
- 4) Medicación.
- 5) Resolución de problemas.
- 6) Reducción de riesgos.
- 7) Afrontamiento saludable.

La evidencia científica revela que las variables más estudiadas relacionadas al autocuidado son: el apoyo familiar, conocimiento sobre la enfermedad, barreras al tratamiento, control glucémico y calidad de vida (Compeán, Quintero, Reséndiz, Muñoz & Del Ángel, 2010).

Son muchos los estudios de intervenciones que han enfatizado la modificación de conductas no saludables en alimentación y ejercicio a través de la educación, proceso que se considera clave para el cambio de conductas en las personas con diabetes (Loveman et al., 2003 en Compeán, Quintero, Reséndiz, Muñoz & Del Angel, 2010).

Compeán, Gallegos, González y Gómez en 2010 realizaron un estudio titulado *Conductas de autocuidado e indicadores de salud en adultos con diabetes tipo 2*. El estudio fue descriptivo y correlacional. Tuvo por objetivo analizar las conductas de autocuidado y su relación con indicadores de salud, representados por el control de la glucemia, perfil de lípidos, IMC, circunferencia de cintura y porcentaje de grasa corporal. La muestra estuvo compuesta por 98 adultos con diabetes tipo 2. El rango de edad fue de 30 a 55 años, era necesario que supieran leer y escribir. La población fue captada de una zona periférica de Nuevo León, en México. Se realizaron mediciones antropométricas (talla, peso, porcentaje de grasa corporal y circunferencia de cintura). Posteriormente se aplicó el Cuestionario de Acciones de Autocuidado, el cual contiene los elementos típicos del tratamiento para la diabetes como: alimentación, ejercicio, monitoreo de glucosa y medicación; el cuestionario consta de 12 preguntas de actividades llevadas a cabo durante los siete días previos a la entrevista. Los puntajes del instrumento tenían índices de 0 a 100, los puntajes más altos reflejan un mejor autocuidado. Se utilizaron además, los factores de educación y comprensión del Cuestionario de Perfil de Diabetes, que consta de 16 preguntas relacionadas a la educación recibida en diabetes y a la comprensión de la misma. Los índices más altos reportaban mejor educación/comprensión. Se determinaron niveles de HbA1c, colesterol y triglicéridos. Para los valores de HbA1c se consideró como punto de corte aceptable $< 7,0 \%$ (Para el perfil de lípidos se consideraron valores óptimos en el colesterol total < 200 mg/dl y triglicéridos < 150 mg/ dl

Los resultados mostraron un índice de autocuidado bajo. Se encontró correlación significativa entre el autocuidado, la HbA1c, triglicéridos, IMC y grasa corporal. De los factores del autocuidado, la dieta fue un factor principal moderado por el género y la comprensión de los aspectos de la diabetes. La toma de medicamentos mostró un mejor nivel de acción en comparación con la dieta y ejercicio. En esta investigación se encontró que los adultos con diabetes tipo 2 tienen un bajo autocuidado en alimentación, ejercicio y monitoreo de glucosa, un control pobre de la glucemia y una alta prevalencia de obesidad y sobrepeso.

Ligado al estudio anterior Robles y Moreno (2000) señalan que bajo las teorías cognitivas el comportamiento del individuo estará dado de acuerdo a la medida de sus expectativas de logro, para lo cual el modelo mayormente utilizado es el de creencias de salud, en él profundizaremos más adelante.

Existen otras teorías y modelos que abordan sobre todo la adherencia terapéutica, según Ortiz y Ortiz (2007) las más significativas son las siguientes:

Teoría Social Cognitiva.

Fue desarrollada por Albert Bandura en el año 1977. Es una teoría del aprendizaje basada en el supuesto de que la gente aprende observando de sus semejantes. Los reforzadores otorgados durante las observaciones darán pauta para que el individuo inhiba o desinhiba conductas, según sea el caso.

Novakofski y Karduck (2005) realizaron un estudio que tenía por objetivo investigar la conducta específica de la dieta, relacionada con variables de la teoría social cognitiva y con los conocimientos sobre una dieta antes y después de la intervención de un programa de educación.

La población fue de 239 adultos con edad promedio de 53 a 63 años y que padecieran diabetes. En las sesiones grupales se puso mayor interés en la planificación de comidas, modelando la conducta mediante demostraciones de preparación de alimentos para diabéticos, que incluían comidas principales, colaciones y postres; con una duración aproximada de 2 horas por clase. Las etapas de cambio de la Teoría Social Cognitiva se evaluaron antes y después de la intervención. El pretest se aplicó antes de iniciar la primera clase. El cuestionario incluyó preguntas que permitieron identificar hidratos de carbono,

etiquetas de información nutrimental, los tipos y fuentes de las grasas, y el consumo de fibra en la dieta. Para la tercera sesión a los participantes se les aplicó el posttest. Se encontró un incremento del uso de hierbas en vez de sal y mayor uso de aceite de oliva o canola para freír alimentos; la percepción de los participantes fue de estar llevando una alimentación más sana. Según los autores estas conductas adquiridas fueron resultado de las etapas de cambio de la teoría, que permitió la adquisición de nuevos conocimientos respecto a la alimentación de los participantes, sobre sus creencias de salud, mayor percepción de los comportamientos poco saludables y de su autoeficacia.

En este modelo terapéutico se postula que los cambios de conducta (por ejemplo, volverse adherente) se fundamentan en la creencia de que la persona puede alcanzar exitosamente alguna conducta deseada. Esta creencia en la capacidad de alcanzar lo deseado se designa como autoeficacia percibida. De acuerdo a esta teoría, esta creencia es muy importante para conductas de adherencia. Una persona puede sentirse vulnerable ante la enfermedad; entender y conocer los comportamientos necesarios para llevar un buen tratamiento, y creer en que el empleo de tales conductas disminuirá la probabilidad de enfermarse. Por otro lado, si la persona no está convencida que tiene la habilidad para la realización de las nuevas conductas, será poco probable que las realice. Diversos estudios han demostrado que la autoeficacia es una variable que puede conducir a mejorar el control de las glicemias de los pacientes (Ortíz &Ortíz, 2007).

Teoría de la Acción Razonada.

Propuesto por Martín Fishbein e Icek Ajzen, el modelo tiene sus inicios en 1967 (Fishbein et al. 1994, en García, Moreno, Rodríguez y Díaz-González, 2007) considera que la confianza que el individuo tenga sobre sus capacidades y habilidades para realizar una acción se compondrá de la actitud que pueda tener hacia la enfermedad y la percepción de la misma en cuanto a conductas saludables, lo que sería considerado la norma subjetiva (Fishbein y Ajzen, 1975). El modelo relaciona las creencias, actitudes y conducta; marcando concretamente que el mejor predictor de la conducta es la intención de llevarla a cabo, esto es, si la persona cree que tiene la capacidad de cuidar su salud y si considera que es

simple hacerlo (percepción de autoeficacia), es más probable que tenga un comportamiento saludable. La intención funciona entonces como un arco reflejo que interviene en las conductas saludables de las personas. De esta manera lo que sugiere la teoría es que, se puede predecir con mayor exactitud si una persona se va a involucrar en conductas saludables, inquiriendo sobre la intención que tenga de llevarlas a cabo.

Modelo de Creencias en Salud.

Según Moreno y Róales (2003) este modelo tuvo su origen en la década de los 50's, y actualmente es el de mayor aceptación en Psicología de la salud. Postula que las creencias y actitudes son determinantes para realizar conductas saludables, vamos a ilustrarlo con un estudio.

Cerkoney y Hart en 1980 realizaron un estudio con 30 pacientes diabéticos que tuvo por objetivo evaluar las creencias sobre su actual estado de salud en relación con la adherencia al tratamiento. Los participantes recibieron información sobre diabetes, la importancia de llevar una dieta saludable y de realizar actividad física. Los pacientes fueron entrevistados en sus hogares durante 6 y 12 meses para evaluar su grado de adherencia después del curso. El grado de cumplimiento se evaluó con registros de auto-informes, observación directa de las conductas de administración de insulina, la dieta, control de glucosa y el cuidado de los pies. Los resultados mostraron que el 59% cumplieron con la adherencia al tratamiento después del curso, pero solo el 7% cumplió con todos y cada uno de los puntos que se consideran necesarios para un buen control de su enfermedad. El grupo se adhirió más a la administración de insulina. Después de evaluar la adherencia de los pacientes al tratamiento, se evaluó la relación entre la adherencia de los pacientes y sus creencias sobre la enfermedad que abarcaron gravedad, susceptibilidad a los beneficios del tratamiento, barreras y la puesta en acción. Los resultados mostraron que no se encontraron correlaciones significativas entre las creencias de los pacientes y sus conductas de adherencia, lo cual indica una falta de correspondencia entre las creencias del individuo y su comportamiento relacionado con la salud.

En este modelo la adherencia es un fenómeno de interés y aquí se explica por qué la gente falla en adherirse a conductas saludables, pese al impacto de las consecuencias y expectativas que conlleva la conducta de adherencia. El hecho de que una persona adopte y/o mantenga una conducta para prevenir o controlar una enfermedad se basará en: 1) grado de motivación e información que tenga sobre su salud, 2) autopercepción de vulnerabilidad ante la enfermedad, 3) percibir la condición como amenazante, (4) convencerse de que la intervención o tratamiento es eficaz y 5) percepción de poca dificultad en la aplicación de la conducta de salud (Ortiz & Ortiz, 2007).

Modelo Transteórico.

Propuesto por Prochaska, DiClemente y Norcross en 1992, surge a partir de las etapas de cambios que se observaron en la psicoterapia cognitiva para modificar una conducta. Según García, Moreno, Rodríguez y Díaz-González (2007) el modelo incluye la motivación, las etapas de cambio, el proceso de cambio (el cambio por etapas), el balance decisonal (valoración de ventajas y desventajas para realizar dicho comportamiento según la etapa en que se ubique el individuo) y la autoeficacia (percepción de la capacidad de respuesta del individuo). Este modelo propone etapas de cambio para explicar la obtención de conductas saludables o la reducción de conductas de riesgo. Ortiz y Ortiz (2007) enfatizan cinco:

- 1) Precontemplación (el individuo tiene poca o nula intención para cambiar en el corto plazo, comúnmente medido en los próximos 6 meses)
- 2) Contemplación (el sujeto no está preparado para acciones inmediatas, pero podría intentarlo en ese momento a 6 meses)
- 3) Preparación (el individuo ya considera modificar su conducta en un futuro inmediato, dentro del próximo mes)
- 4) Acción (el sujeto ha realizado cambios en un pasado reciente, pero estos cambios no están bien definidos)
- 5) Mantenimiento (se ha modificado la conducta por más de 6 meses y se encuentra interesado en continuarla).

Arora, Allanan y Guadagnoli en 2005 realizaron un estudio que tuvo como objetivo identificar los factores determinantes para la participación del paciente en la toma de decisiones clínica. Se llevó a cabo durante 5 meses, y se encuestó a un total de 1024 pacientes del Centro Médico de Brigham y el hospital de mujeres de Boston, en Estados Unidos. El estudio se basó en el modelo transteórico de cambio en las conductas de salud. La encuesta incluyó preguntas que permitieron evaluar las siguientes variables: Grado de preparación para actuar ante la enfermedad, actitudes y creencias ante la enfermedad, autoeficacia y confianza en el médico. La edad de los participantes osciló en los 45.3 años. A los participantes se les clasificó en 4 categorías: 17.2% de ellos quedó en la denominada fase precontemplativa (no desea participar y no lo ha vuelto a intentar). 6.9% en la fase contemplativa (no participó pero contempló participar); 36.1% en fase de preparación (participar de alguna forma) y un 39.8% en la fase de acción (participación activa)

La escala que evaluó la participación del paciente en la toma de decisiones clínicas se compuso de dos factores, condiciones a favor y condiciones en contra.

Los resultados demostraron que los participantes que se consideraron capaces de participar en la toma de decisiones clínicas fueron los que mejores opiniones tuvieron sobre el derecho del paciente a tomar parte activa en las decisiones. Los factores que se evaluaron (grado de preparación ante la enfermedad, actitudes y creencias ante la enfermedad, autoeficacia y confianza en el médico) arrojaron que la autoeficacia tuvo una relación significativa con la decisión del paciente, en cuanto a la parte activa en la toma de decisiones clínicas. La confianza en el médico tuvo relación con qué tan activo se muestra el paciente en la toma de decisiones.

Las razones para participar en las decisiones clínicas varían, pero tienen relación con las variables: autoeficacia y confianza en el médico. La baja percepción de eficacia en el comportamiento del paciente ante la enfermedad predice con claridad que el paciente elija que sea su médico quien tome las decisiones. De acuerdo al modelo transteórico se pudo predecir que los pacientes con alguna enfermedad crónica, especialmente diabetes, que se encontraban

clasificados en la etapa de acción y mantenimiento (caso opuesto de aquellos clasificados en la etapa de preacción, precontemplación, contemplación y preparación), ingerirán menos alimentos hipercalóricos y mostrarán mayor participación en la toma de decisiones clínica respecto a su salud.

Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales.

Este modelo sugiere que el comportamiento está en función del cruce de aspectos personales y del ambiente, los cuales mantienen una constante interacción recíproca. Es necesario que el individuo cuente con habilidades especiales, la seguridad de que las puede llevar a cabo y tener expectativas específicas de lo que espera como resultado. La motivación para que el individuo realice un nuevo comportamiento se dará en la medida en que las ventajas sean mayores que las desventajas, lo cual depende de la confianza que tenga en su eficacia. Si las metas no se alcanzan, se establecen procedimientos para la solución de problemas y para tomar decisiones que faciliten el cumplimiento y la propuesta de nuevas metas con mayores posibilidades de ser alcanzadas (Márquez, Anguiano, Bacardí & Jiménez, 2008).

Con base en investigación empírica, tanto en estudios prospectivos como correlacionales, en este modelo se afirma y se demuestra que la información, la motivación y las habilidades conductuales explican 33% de la varianza del cambio conductual. La información y la motivación afectarían la conducta mediante las habilidades conductuales. Cuando las habilidades conductuales son familiares o no complicadas, la información y la motivación pueden tener un impacto directo sobre la conducta. En el modelo, la relación entre motivación e información es débil. Sin embargo, la presencia de ambos aumenta la predicción del modelo (Ortiz & Ortiz, 2007).

Lo que caracteriza a los modelos antes revisados es que la explicación de todo comportamiento se basa en la percepción individual, o en algún otro tipo de proceso considerado interno o inobservable, lo cual implica no solamente una aproximación dualista al comportamiento (Ryle, 1949), sino un tratamiento parcial del mismo en donde factores personales y sociales quedan relegados.

Piña (2008) resalta y explica las carencias de los anteriores modelos teóricos:

- Existe carencia en la explicación de conceptos de salud, centrando el aspecto psicológico en la relación causal de mente y comportamiento.

- Parten del supuesto de que el comportamiento humano, desde el momento en que está caracterizado como racional, debe explicarse a partir del concepto de cognición, lo cual, como se señaló, margina otros procesos o elementos del comportamiento (los hábitos, las habilidades, las competencias, los motivos, etcétera).

- La investigación que se extrae de estos modelos y con la cual se valida lo psicológico, se basa en escalas, inventarios y encuestas para dar explicación al proceso salud-enfermedad, dejando la validación empírica como secundaria.

La sobrevaloración que se le da a las variables cognitivas como responsables de comportamientos saludables es uno de los principales problemas del modelo cognitivo, que dejan fuera variables de tipo social e individual. Distintas emociones como ansiedad, ira y depresión, adquieren un valor predominante para explicar el consumo desmedido de alimentos. Desde el enfoque cognoscitivista dicho consumo se relaciona con la ansiedad o pérdida del control, haciendo de ésta la explicación causal (Moreno y Róales, 2003).

El consumo desmedido de alimentos es multifactorial por lo que debe explicarse considerando diversos pesos explicativos para los objetos, acontecimientos, circunstancias y conductas de otras personas, con las que se relaciona un paciente, así como elementos de su propio comportamiento. En cada caso es muy probable encontrar que algunos de estos factores tienen mayor peso explicativo que otros, eso es algo que habría que establecer en lo individual, también se encontrarán factores que tienen una función disposicional, es decir, que hacen más probable o menos probable que bajo ciertas circunstancias la persona consuma mayor cantidad de alimento o bien alimentos no saludables. Estos últimos factores se relacionan con lo que desde una perspectiva interconductual se entiende como factores disposicionales, de los cuales hablaremos más adelante.

El modelo que mayormente se utiliza para explicar las emociones como variables relevantes a la diabetes es el de creencias de la salud. Entre las

múltiples variables estudiadas, los estados emocionales ocupan un lugar importante en el estudio de la diabetes. Debido a que la aproximación cognoscitiva profundiza en las emociones para dar parte de su respuesta a las alteraciones en el individuo que impactan en su estado de salud-enfermedad, es necesario profundizar en el tema. La teoría cognitiva concibe a las alteraciones mentales como desórdenes en el pensamiento que deforman la realidad del individuo y conducen al mantenimiento y desarrollo de emociones disfuncionales generando así alteraciones conductuales, alteraciones en sus creencias y en la interpretación de su acontecer diario (Rodríguez, 2008). Las emociones son concebidas como cogniciones que manejan una lógica con base en su procedencia, esto quiere decir que la presencia de una emoción irracional ante una circunstancia en particular surge de las creencias erróneas que se tienen sobre dicha circunstancia (Calhoun y Solomon, 1989 en Rodríguez, 2008).

La psicología de la salud reconoce dos tipos de emociones, las positivas y las negativas. Se asume que las primeras preservan la salud y aceleran la recuperación en la enfermedad; mientras que las negativas desempeñan un papel opuesto en la salud que a la larga genera patologías biológicas (Coleman, Butchuer y Carson, 1988 en Rodríguez, 2008). Algunas de las emociones que se consideran negativas y se supone que repercuten en el estado de salud son el estrés, la ira, la ansiedad y depresión. Además de ser las mayormente estudiadas (Rodríguez, 2008).

A las emociones se les atribuyen muchos efectos, aunque para Lazarus y Folkman (1986) la manera de interpretación y afrontamiento serán determinantes para el desarrollo de enfermedades, y no así las emociones, éstas, afirman, pueden agravar el desarrollo de la enfermedad, sin ser necesariamente propiciadoras de ella.

Con base en una investigación que realizaron Peyrot y Rubin (2007) sobre las intervenciones conductuales y psicosociales más utilizadas en el manejo de la diabetes, con el enfoque de afrontamiento, encontraron que se dividen en intervenciones de autocuidado (se enfocan mayormente en la adherencia al nuevo

régimen) e intervenciones emocionales (relación entre diabetes, estrés y depresión).

Ambos tipos de intervención se relacionan con las estrategias de afrontamiento, que abarcan:

1) Estrategias de Afrontamiento centradas en el problema (estrategias para solucionar y/o prevenir problemas)

2) Estrategias de Afrontamiento centradas en las emociones.

Lazarus (1986) define afrontamiento como: *“aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”*. (p. 164)

Según este autor en la conducta de afrontamiento se deben incluir los errores, los éxitos y los esfuerzos para manejar las demandas estresantes, independientemente del resultado. El afrontamiento tiene dos funciones principales: manipular o alterar el problema con el entorno que lo propicia (afrontamiento dirigido al problema), y manejar la respuesta emocional que aparece como consecuencia (afrontamiento dirigido en la emoción). El afrontamiento dirigido al problema y el dirigido a la emoción influyen el uno al otro y ambos pueden potenciarse o interferirse.

La manera de afrontamiento del individuo estará en función de los recursos que dispone (como la salud y energía física), creencias sobre el control, su motivación, sus recursos para la resolución de problemas, las habilidades sociales, el apoyo social y los recursos materiales. La mejor forma de afrontamiento es la que permite modificar la relación individuo-entorno en el sentido de mejorarla, en este sentido el afrontamiento equivale a un actuar efectivo para la solución de problemas. No debe creerse que se trata de ejercer control sobre el entorno, ya que muchas fuentes de estrés no pueden controlarse y bajo esas circunstancias el afrontamiento eficaz incluiría todo aquello que permita al individuo, tolerar, minimizar, aceptar, incluso ignorar aquello que no puede dominar (Lazarus y Folkman, 1986).

Las estrategias de afrontamiento mayormente estudiadas han sido las que se centran en las emociones. Almeida y Rivas (2008) señalan que el desarrollo de la enfermedad se relacionará con las estrategias de afrontamiento que utilice el individuo. De esta premisa parte el estudio que realizaron. Su objetivo fue conocer las estrategias de afrontamiento efectivas e inefectivas que poseen las personas con DMT2 para responder ante diversas crisis o eventos difíciles. La muestra fue de 50 personas con diabetes mellitus tipo 2, 22% de los participantes fueron hombres y 78% mujeres, el rango de edad fue de 20 a 59 años. Los participantes fueron seleccionados de la consulta externa del Centro de Salud Regional de Capacitación No. 1., Tierra Colorada, de Villahermosa, Tabasco, con más de un año de ser diagnosticados. El tipo de diseño fue descriptivo trasversal. Aplicaron el inventario de estrategias de Afrontamiento (IEA) de Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. El inventario fue diseñado para evaluar el uso de estrategias de afrontamiento de un individuo ante una variedad de situaciones para responder a experiencias, crisis o eventos difíciles. Consta de 40 *ítems*, en una escala tipo Likert de cinco puntos que va desde 0 = en absoluto, a 4 = totalmente. El instrumento consta de 8 subescalas: 1) Resolución de problemas; 2) Reestructuración cognitiva; 3) Apoyo social; 4) Expresión emocional; 5) Evitación de problemas; 6) Pensamiento desiderativo; 7) Retirada social; 8) Autocrítica. Al final de la escala se contesta a un *ítem* adicional acerca de la autoeficacia percibida del afrontamiento.

Los resultados indicaron que 52% de los participantes utilizó la estrategia de resolución de problemas; 56% demostró mayor utilidad de reestructuración cognitiva; 52% recibe mayor apoyo social y 52% tiene mayor expresión emocional. El 46% utilizó estrategias de afrontamiento inadecuadas, manifestándose con una mayor autocrítica; el 52 % expresó pensamientos desiderativos (deseo de no padecer la enfermedad); 46% señaló evitar los problemas y 58% prefiere retirarse socialmente. En resumen, de las estrategias de afrontamiento que utilizaron los participantes, el 48% utilizó estrategias de afrontamiento efectivas (resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión emocional) y 52%

utilizó estrategias de afrontamiento inefectivas (autocrítica, pensamiento desiderativo, evitación de problemas y retirada social).

Gómez, Galicia, Vargas, Martínez y Villareal (2010) refieren que el afrontamiento activo se presenta al actuar sobre el problema, al buscar información, tener estrategias anticipatorias, tener autocontrol y apoyo social. El afrontamiento pasivo se refiere a comportamientos de rechazo y negación. Con base en lo anteriormente mencionado, se realizó un estudio que tuvo como objetivo identificar la estrategia de afrontamiento de la enfermedad como factor de riesgo para el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. La población fueron derechohabientes adscritos a cinco unidades de medicina familiar en el área metropolitana de Querétaro. La muestra fue de 48 pacientes por grupo, quienes fueron elegidos en un muestreo por cuota en la sala de espera. Para evaluar el estilo de vida se utilizó el Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos (IMEVID). Para la evaluación del tipo de afrontamiento se empleó la escala de Estrategia de Afrontamiento Frente a Riesgos Extremos. Además de que se clasificó un grupo con estilo de vida favorable, a partir de glucemias de 143.3 ± 56.2 mg/dL, que se contrastó con el grupo de estilo de vida desfavorable que presentó cifras mayores de 175.0 ± 68.6 mg/dL. El resultado fue que en el afrontamiento activo sobresalió el dominio en la adherencia terapéutica: para el grupo con estilo de vida favorable de 66.1 % contra 25.5 % en el grupo con estilo de vida desfavorable. Se integraron variables de nutrición, actividad física y adherencia terapéutica para evaluar el estilo de vida. El tipo de afrontamiento activo resultó un factor de riesgo, marcando que estilo de vida favorable se presentó en un 66.7 %, mientras que el estilo de vida desfavorable 26.5 %.

Debido a que la diabetes suele acompañarse de diversos trastornos como los cardiovasculares o la hipertensión, es necesario acercarse a lo que se ha investigado para tener una visión más integral en cuanto al paciente diabético, que es la enfermedad que en este caso nos interesa estudiar.

Montoya y Osorio (2005) refieren que el constante estrés que puede presentar un individuo, tiene una grave repercusión en la respuesta cardiovascular y neuroendocrina y por consecuencia en el desarrollo y mantenimiento de la

hipertensión. En la misma línea refieren que la presencia de sucesos estresantes crónicos, se relaciona con un incremento de la presión arterial sistólica y la aparición de enfermedad coronaria. Las situaciones diarias de estrés menor tienen un gran peso en los niveles de presión sanguínea, siendo más elevados cuando el evento es mayormente estresante. Montoya y Osorio (2005) mencionan que en la expresión de la ira, los hipertensos son menos asertivos que los normotensos. Sobre todo en situaciones de confrontación mostraron un déficit en habilidades sociales específicas, presentes solo en la expresión asertiva de la ira. La ansiedad, ha sido mayormente relacionada la hipertensión arterial y su relación con las complicaciones cardíacas. Por otro lado el aumento en la actividad de sistema nervioso simpático es dos veces mayor en pacientes con historia de depresión, lo cual aumenta la probabilidad de padecer un infarto del miocardio u otro evento coronario que individuos con presión sanguínea alta que no estuvieron deprimidos (Montoya & Osorio, 2005).

De lo anterior se desprendió un estudio que tuvo por objetivo determinar si existían diferencias en la manifestación de las variables psicológicas: estrés, ansiedad, ira y depresión; en pacientes con hipertensión controlada y pacientes con hipertensión no controlada. El tipo de estudio fue descriptivo comparativo, de corte transversal. La muestra fue de 32 individuos hipertensos, de ambos sexos, con edades entre los 35 y 60 años, pertenecientes a un programa del que fueron miembros a partir de seis meses o más de padecer hipertensión. Los instrumentos utilizados fueron: Cuestionario de Sucesos Vitales -CSV, Cuestionario de Estrés Diario CED44B, Cuestionario de Afrontamiento del Estrés -CAE, Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo -STAI, Escala Estado-Rasgo y Expresión de la Ira -STAXI e Inventario de Depresión de Beck (IBD). El estudio dio como resultado una diferencia significativa al comparar el grado de ira rasgo con la variable sexo, entre pacientes hipertensos controlados y no controlados, a favor de los hombres del grupo de pacientes no controlados. Las demás variables psicológicas estrés, ansiedad, ira (en las categorías control, manifiesta y expresión total) y depresión se comportaron de forma similar entre los dos grupos. Por lo que se concluyó que los pacientes hipertensos controlados suprimen más la ira que los pacientes

hipertensos no controlados. La estrategia de afrontamiento de búsqueda de apoyo social es utilizada por un bajo porcentaje de hipertensos en ambos grupos. Las estrategias de afrontamiento “focalizado en la solución del problema” y “reevaluación positiva” fueron empleadas mayormente por pacientes hipertensos controlados, lo cual favorece el control de la presión arterial. La estrategia de afrontamiento denominada religión fue la más utilizada en ambos grupos para el manejo de circunstancias estresantes, lo cual puede indicar que las creencias y prácticas religiosas permiten que los individuos tengan la percepción de control de los eventos, sobre todo ante situaciones impredecibles o incontrolables (Montoya & Osorio, 2005).

De acuerdo a lo anterior, la manera de afrontar ciertas circunstancias deriva en algunas emociones lo cual genera un impacto en la salud del individuo.

Pineda, et. al. (2004) señalan que diversas investigaciones reportan que los peores controles de la glicemia se asocian con una mayor propensión a experimentar emociones negativas, gran tendencia a las preocupaciones, enojos y frustración; culpa, tristeza, desesperación y un inadecuado manejo del estrés.

Martínez, Vega, Nava y Anguiano (2010) mencionan que entre los factores que hacen más probable la diabetes, están: la depresión, la obesidad, el estrés y el consumo de tabaco y alcohol.

Ortiz y Ortiz (2007) señalan que en los factores personales, son múltiples las variables a enumerar, entre las que se pueden mencionar: la falta de motivación, desconocimiento, baja autoestima, ansiedad, depresión, etc. Esta última, continuamente ha sido asociada con las enfermedades crónicas.

Padilla, Ruiz y Rodríguez realizaron un estudio en 2009 donde encontraron que existió una asociación entre depresión y obesidad en los adultos. En su estudio participaron 105 pacientes adultos, con algún grado de obesidad, se les aplicó la escala de Zung y se determinó el IMC. El 82% padecía obesidad ligera y el 23% presentó depresión ligera. El 92% de los pacientes que padecían depresión fueron mujeres obesas. También se encontró que el nivel de depresión decreció al aumentar el nivel educativo.

Puesto que la diabetes es una enfermedad crónica, Zavala y Whetsell (2007) mencionan que existe una repercusión en la autopercepción del paciente cuando se muestra afectado su autoconcepto, lo cual actúa como un estímulo estresor, generando un impacto físico y emocional sobre las personas, siendo la ansiedad la alteración de mayor ocurrencia. Según estas autoras, se considera que una persona está en una situación estresante cuando se enfrenta a demandas conductuales que le son difíciles de poner en práctica o satisfacer. Es decir que depende tanto de las demandas del medio como de sus propios recursos.

Snoek (2002) menciona que el *DAWN (Diabetes Attitudes, Wishes and Needs)* estudió las percepciones y actitudes de los aspectos psicosociales de más de 5.000 personas con diabetes y de 3.000 profesionales sanitarios de un total de trece países (Alemania, Australia, Dinamarca, EE.UU., España, Francia, India, Japón, Noruega, Países Bajos, Polonia, Reino Unido, Suecia). Partieron de la premisa de que un nivel bajo de bienestar puede ser un grave impedimento en el autocuidado de la diabetes y, en consecuencia, tener un impacto a nivel metabólico. El bajo nivel de bienestar se considera como un factor de riesgo para la aparición temprana de complicaciones de la diabetes y la reducción en la calidad de vida. El objetivo del estudio fue aumentar la comprensión de cómo el paciente percibe la diabetes y las barreras para una autoatención eficaz. Se entrevistaron personas con diabetes tipo 1 y tipo 2 (50% de cada uno) de manera personal o vía telefónica, de acuerdo al país, la cultura y de red telefónica. La población fue definida como personas con diabetes de más de 18 años. Se formularon preguntas acerca de vivir con diabetes y sobre los obstáculos específicos experimentados durante el autocontrol diario de la afección. El bienestar emocional se evaluó mediante un cuestionario breve de estado de ánimo. Las entrevistas duraron entre 30 y 50 minutos.

En los resultados se obtuvo que el 40% de los encuestados expresó:

- ◆ Sentir que la diabetes les producía estrés emocional;
- ◆ Preocupación por no ser capaces de cumplir con sus obligaciones familiares; y se sentían más tensos que la mayoría de las personas que conocían.

El 50% de las personas con diabetes entrevistado siente:

- ◆ Una gran ansiedad debido a su peso;
- ◆ Miedo de que su enfermedad empeore; y una gran preocupación de sufrir episodios hipoglucémicos (baja glucosa en sangre).

También se halló que el apoyo emocional por parte de la familia y los amigos es de suma importancia para mantener un buen control de la diabetes.

Los pacientes en las encuestas manifestaron que un apoyo no deseado y ser presionado por los demás, les propicia efectos negativos en su bienestar y en el autocuidado de su diabetes.

Si se toman en cuenta las representaciones sociales de los enfermos crónicos, habrá mejor relación y comunicación con los enfermos y con su familia.

En relación con lo anterior hay un estudio que tuvo por objeto analizar las representaciones sociales sobre la diabetes mellitus. Se llevó a cabo en un barrio del oriente de la ciudad de Guadalajara, México.

El tipo de estudio fue cualitativo exploratorio con niveles de análisis descriptivo e interpretativo. La duración del estudio fue de dos años (de enero de 1997 a diciembre de 1998). La muestra fue de 30 participantes, 17 del sexo femenino y 13 del sexo masculino, con rango de edad de 33 a 73 años, con evolución de diabetes mellitus de 1 hasta 32 años. La información se recogió por medio de entrevistas a profundidad sobre aspectos de su vida cotidiana relacionados con su enfermedad. La información registrada en los diarios de campo se clasificó en tres tipos de notas: metodológicas, descriptivas y analíticas. En total se realizaron 91 sesiones de entrevista, se entrevistó a cada participante 4 veces con una duración de entre 1 y 2 horas cada una; todas las entrevistas fueron grabadas. La guía de entrevista exploraba aspectos como causalidad, manifestaciones, control y tratamiento de la diabetes mellitus. Para analizar la información se realizaron las siguientes categorías de análisis:

- Concepto: terminología utilizada para la identificación de la diabetes mellitus, sinónimos o calificativos de la misma.

- Causalidad: razones por las que las personas consideran que se presenta la diabetes mellitus.
- Diagnóstico: formas como se comprueba la presencia de la diabetes mellitus en una persona.
- Manifestaciones: formas como se presenta la diabetes mellitus.
- Complicaciones: problemas de salud que genera la diabetes mellitus o con los que se asocia.
- Efectos: áreas (laboral, social, económica, emocional etc.) que resultan afectadas como consecuencias del padecimiento.
- Atención: identificación de las personas, profesionales o instituciones que deben manejar la diabetes mellitus.
- Tratamiento: conjunto de medidas que se deben tomar para el manejo de la diabetes mellitus.
- Control: condiciones y mecanismos para “controlar” la diabetes mellitus.
- Curación: medidas que pudieran llevar a desaparecer la enfermedad.
- Curso de la enfermedad: percepción de la evolución de su enfermedad.

En el concepto popular de diabetes mellitus confluye una serie de elementos provenientes tanto del marco sociocultural de las personas como de información de carácter biomédico; ambos elementos son considerados constituyentes del saber de sentido común del paciente.

Los resultados demostraron que la diabetes mellitus se encuentra conformada por diversos elementos relacionados entre sí. Por una parte están los elementos que predisponen a las personas, y que son originados por ciertas condiciones de su entorno que facilitan la entrada de la enfermedad y su posterior desarrollo, como son la “*debilidad*” o “*la herencia*”. Por otra parte son ocasionadas por el estilo de vida, como es la mala alimentación. También se consideraron los estados emocionales alterados y las impresiones fuertes (sustos, corajes etc.), todo enmarcado en un contexto social, económico y religioso. Se mencionó también el consumo de productos considerados como nocivos para la salud, como los refrescos, las bebidas alcohólicas y comer demasiado. La representación social de

las personas con diabetes mellitus poco concuerda con los conceptos biomédicos de la enfermedad; ni con el curso de la misma.

La diabetes mellitus, así como otras enfermedades crónicas, ha aumentado debido a los factores que la favorecen como el estilo de vida, hábitos alimenticios, factores genéticos y los estados emocionales como la depresión y el estrés. La incapacidad de la expresión de emociones propicia que las personas generen conductas inadaptadas y autodestructivas, lo que hace que empeore cualquier enfermedad.

García, Salcedo y López en 2006 realizaron un estudio con dos grupos de personas con diabetes mellitus tipo II de hospitales gubernamentales, en Tepic y Guadalajara. El objetivo del estudio fue conocer las representaciones socioculturales de la enfermedad. El resultado general arrojó que las causas que se consideran originarias de la diabetes mellitus, son básicamente tres: emociones (negativas y positivas), condiciones personales (herencia y gordura), conductas inapropiadas (consumo de alcohol, diversión y comida).

Resulta importante hablar de factores socioculturales ya que es sustancial ver al individuo como aquella unidad que no puede ser desligada de la sociedad y cultura a la que pertenece, y con la que a lo largo de su vida se ha identificado y adquirido sus actuales hábitos y costumbres alimenticias, de ahí también viene la explicación de cómo viven su enfermedad los pacientes y su falta de control, en este caso la diabetes.

Colunga, García, Salazar y Ángel (2008) mencionan en la tarea del control metabólico también se involucran aspectos socioculturales psicológicos y educacionales que rodean al paciente, lo cual indica que lograr cifras glucemias lo más cercanas a la normalidad, requiere de la participación activa del paciente.

La definición del padecimiento desde la identidad social, dará pauta para el sentido y el significado para las conductas futuras, de las cuales el individuo puede verse beneficiado o perjudicado. Por lo cual es sustancial que los profesionales de la salud estén informados sobre las representaciones que maneja la población con la que interactúan puesto que es muy posible que su manera de percibir la diabetes no concuerde con la de los pacientes diabéticos.

Es importante saber de dónde parte el enfermo para dar significado y sentido a la representación social de la diabetes, puesto que permite ubicar el marco de acción cuando los pacientes buscan, evalúan y eligen información e indicaciones.

El entorno social es determinante para el bienestar de los individuos, por lo que las investigaciones de la psicología y la salud, están interesadas en explorar los efectos de las variables ambientales como el apoyo social, que según Padilla, Ruiz y Rodríguez (2009) probablemente esté asociado con padecimientos como la depresión y otras enfermedades. El apoyo social puede ser definido como cualquier proceso a través del cual las relaciones sociales pueden promover salud y bienestar.

Como parte de lo anterior Pineda, Bermúdez, Cano, Ambard, Mengual, Medina, Leal y Martínez (2004) mencionan que la terapia psicosocial puede ayudar a una mejor adherencia al tratamiento, al control de la glucosa, al funcionamiento social y como resultado, tener un aumento en la calidad de vida de pacientes diabéticos.

No se pretende sustituir la práctica médica sino cubrir otras funciones de orden psicológico. Aunque no se puede cometer el error de concebir lo biológico y lo psicológico como situaciones aparte.

A lo largo de la revisión teórica se puede observar que tanto el modelo conductual como el cognitivo-conductual, con diversos matices, son los modelos imperantes en la Psicología de la salud. Para el caso de la diabetes el interés se ha centrado en algunas emociones, a las que se les atribuye una gran parte del peso explicativo de la falta de control glucémico, aunque también se han estudiado otros factores que se conciben como variables relevantes tanto para las prácticas no saludables en la alimentación, como para las alteraciones glucémicas tales como: estrategias de afrontamiento pasivas, falta de habilidades para el control de estímulos, algunas creencias o pensamientos. Los pensamientos según las teorías cognitivas son procesos internos y explican el comportamiento funcionando como arco-reflejo, o sea, se supone que son mediadores de la interacción entre una persona y su ambiente (García, 2010). Por lo tanto se asume causalidad del

pensamiento como proceso cognitivo. El concepto de representación, básico para las teorías y modelos cognoscitivos, se utiliza para afirmar que la relación del individuo con su medio no se da directamente, se dice que la persona no se relaciona con lo que ocurre en su ambiente sino con una representación de éste. Este supuesto lleva a explicar la adherencia a la dieta o falta de ella con base en los pensamientos, que se supone son los que modulan el éxito o el fracaso del individuo para adherirse a una dieta y/o a seguir un plan alimenticio. Para esta aproximación resulta importante identificar qué tipo de pensamientos impiden que la persona realice conductas de adherencia, por ejemplo: “no puedo cambiar mi modo de cocinar porque llevo muchos años cocinando igual” ó “con una comida grande que haga ya no necesito merendar”. Por otro lado, desde las perspectivas cognoscitivas, las emociones dependen de las cogniciones. Así, se postularía que hay pensamientos que impiden la dieta o que generan emociones negativas y esto afecta el éxito en el seguimiento de la dieta.

Esta manera de explicar la adherencia, e incluso, la propia enfermedad, desde una perspectiva psicológica, es totalmente dualista y el dualismo, como se ha explicado en otros textos (Ryle, 1949; Ribes, 1982; Ribes, 1990^a, & Ribes, 1990b) tiene una serie de implicaciones negativas en el desarrollo de nuestra disciplina. No es objeto de este trabajo describir dichas implicaciones, baste decir que, entre otras cosas, se margina el ambiente, así como factores históricos y de naturaleza disposicional involucrados en la salud/enfermedad.

La psicología de la salud, además de abordar el fenómeno de la salud desde una perspectiva dualista, ha reducido los fenómenos a las variables que los diversos modelos terapéuticos han señalado como relevantes en la explicación de ésta, marginando con ello otros factores de interés y dando, por ende, una explicación parcial y sesgada de la adherencia.

El problema de hacer con las emociones una explicación causal tiene otras implicaciones. No es solamente que la forma de entender a las emociones está muy ligada al concepto de representación, lo que se había indicado, proviene de una concepción dualista; sino que al postularlas como causales *a priori*, se limita la explicación de los diversos aspectos psicológicos relacionados con la adherencia y

se omite o confunde la exploración de otros factores que no corresponden a la categoría de las ocurrencias y que en la teoría Interconductual se entienden como disposicionales.

Es necesario contar con un modelo que permita, con base en lo ya conocido, estudiar la dimensión psicológica de la salud con una aproximación naturalista que, entre otras cosas, permita integrar, como parte de un proceso psicológico de la salud, todo aquello que desde otras perspectivas se concibe como variables aisladas, y causales del comportamiento. Por ello, el presente trabajo tiene como base un modelo naturalista, el Modelo Psicológico de la Salud, propuesto por Ribes (1990), que parte de la Teoría Interconductual. El modelo integra aspectos biológicos y socioculturales, teniendo como piedra angular el comportamiento humano individual, dimensión psicológica que toma en consideración la historia personal del individuo. Dicha Teoría se abordará más adelante.

2.1 Factores disposicionales. Una revisión de antecedentes.

Es importante revisar lo que actualmente se consideran circunstancias o situaciones que interfieren con la adherencia al tratamiento de los diabéticos, sobre todo en lo que se refiere a la alimentación. En esta parte le daremos continuidad a lo que se ha venido mencionando del quehacer de la psicología en conocer por qué la gente no cumple con su dieta, qué ocurre para que no haya adherencia, cuáles son los factores involucrados en la falta de adherencia que reporta la literatura.

La alimentación como elemento indispensable de supervivencia conlleva aspectos biológicos, culturales y sociales que interactúan con las prácticas alimenticias tanto generacionales como en lo individual; dichos aspectos, a su vez, son responsables de cambios en el comportamiento alimenticio. Gavino y López (1999) mencionan que el tiempo que empleamos sentados en la mesa no contempla únicamente la acción de comer. Por lo regular el tiempo de la comida se reparte entre su consumo, la interacción con aquellos que nos acompañan y aquellos estímulos que atraen nuestra atención (la televisión, o la radio); haciendo

que la hora de la comida se convierta en una situación de grupo y de comunicación.

Alimentarse no solo cumple una función fisiológica, también cumple funciones de interacción social y cultural. Por medio de la comida nos comunicamos, aprendemos, nos adaptamos al medio en el que nos encontramos y desarrollamos lazos emocionales con los que nos rodean. Durante el tiempo que se dedica a la comida se aprenden hábitos, y se generan comportamientos que se expanden a otras situaciones fuera del grupo del que las aprendimos.

Según Gavino y López (1999) la cantidad y variedad de nutrientes que consume una persona depende de factores como la herencia genética, la edad, el sexo, el clima en que se vive, la actividad física que realiza, la cultura a la que pertenece y los medios económicos que posee. Sin embargo, la cantidad y variedad de nutrientes que una persona *debería consumir* también depende de factores o pautas generales, como las siguientes:

Los componentes indispensables en la alimentación que aseguran la nutrición son los hidratos de carbono, los lípidos, las proteínas, los minerales, las vitaminas y el agua. Estos nutrientes se encuentran en variadas cantidades en los alimentos que ingerimos. Por ello, una correcta alimentación requiere que tomemos alimentos combinados de manera tal que cubran nuestras necesidades orgánicas y de energía. A su vez, las necesidades específicas de energía dependen de factores como la edad, el sexo y la actividad que realizamos.

Qué, cómo y cuándo comemos, y en definitiva que estilos de alimentación poseemos, están marcados con frecuencia por la información que recibimos en nuestro medio social y esto está influido a su vez, por los medios de comunicación que marcan modas en lo que se consume y la manera de consumirlo, por medio de campañas publicitarias y avances en la producción de los alimentos.

Es así como los comportamientos alimentarios de una población dependen de factores como la disponibilidad de los alimentos, los cambios históricos, la cultura y costumbres, los medios socioeconómicos, las tradiciones culinarias y gastronómicas: cambios sociales y económicos como la urbanización y la industrialización; generan estilos de vida diferentes que a su vez producen

reajustes dietéticos de acuerdo a las nuevas necesidades, por ello culturalmente la adherencia resulta difícil porque la modernización de una sociedad con frecuencia modifica creencias tradicionales al adoptar como propias costumbres de otras culturas por considerarlas más fáciles, modernas, o representativas de una clase social superior (Cwiertka, 1998 en Gavino & López 1999).

Por otro lado, también la publicidad se ha encargado de dar a conocer, hasta en los lugares más remotos, los productos ricos en carbohidratos y azúcares, lo que hace difícil eliminar de la dieta este tipo de productos que también son integrados a las costumbres alimentarias (refrescos, comida instantánea, etc.)

La alimentación en México se ha abordado desde diversos enfoques. La alimentación vista como un asunto de Estado, de orden económico en relación con el consumo de los alimentos de los mexicanos de acuerdo al estrato social. Y desde los hábitos, costumbres y prácticas culturales que rigen la alimentación mexicana. Por último, los estudios nutricionales de los propios alimentos y de la población. El patrón alimentario mexicano presenta tres rasgos básicos: varía entre regiones y grupos sociales por depender de la desigual distribución de ingreso en el país; se encuentra en transición constante ya que se enfrenta a cambios cada vez más rápidos en la calidad, cantidad y forma de preparar los alimentos; y tiende a ser desequilibrado a pesar de que supera los requerimientos calóricos mínimos, sobrepasando las recomendaciones nutricionales en algunos alimentos, mientras que en otros es deficiente (Ortiz, Vásquez & Montes, 2005).

De los posibles factores que tienen que ver, algunos corresponden propiamente a las situaciones en las que las personas comen, para algunas personas la comida representa uno de los placeres más importantes de su vida, lo que los conduce a desarrollar conductas alimentarias específicas, que constituyen, muchas veces, el recurso al que acuden cuando hay problemas o momentos especiales en su vida (Eldredge, Agras & Stewart, 1996 en Gavino & López, 1999).

Suele ser característico que en personas de la tercera edad haya una disminución de la energía (puesto que normalmente también disminuye la

actividad), pérdida de fuerza y coordinación muscular, una disminución del contenido protéico, compensado parcialmente por una mayor acumulación de grasa, haciendo más propensa la aparición de trastornos gastrointestinales y alteraciones sensoriales (en el gusto y el olfato principalmente) con reducción de la sensibilidad y número de receptores. Gavino y López (1999) mencionan que algunos estudios han puesto de manifiesto que los problemas derivados de la aparición de enfermedades crónicas, la soledad, la reducción de ingresos económicos y otros factores psicosociales, influyen decisivamente en la ingesta de alimentos apropiados en cantidad y variedad en este grupo de personas.

Existe una relación muy sutil entre lo que significa adquirir hábitos, tener prácticas y realizar acciones como parte de las costumbres, que en la vida diaria son utilizadas indistintamente. Bourges (1990) menciona que el hábito es una disposición adquirida por actos repetidos: una manera de ser y vivir. La práctica es el ejercicio de una facultad o destreza que se adquiere con dicho ejercicio. La costumbre es un hábito colectivo que forma parte de la cultura de un lugar. De esta manera la palabra costumbre se utiliza en un sentido social y la de hábito en un sentido cultural. En la alimentación pueden crearse hábitos en cuanto a qué, cómo, cuándo, dónde y con quién se come. Se relaciona con el número de comidas que se realizan al día, horarios, alimentos que se consumen con frecuencia, las cantidades, la composición final de la dieta, hábitos de higiene, de compras, de almacenamiento y de manejo de alimentos.

Según Bourges (1990) para comprender la conducta alimenticia y poder modificarla, es necesario conocer la naturaleza de los hábitos, cómo se generan y evolucionan las conductas que llegan a ser repetitivas cuando satisfacen en algún aspecto al individuo, volviéndose algo cotidiano y estable. El hábito tiene una parte automática, pero también tiene elementos conscientes. Las conductas llegan a ser repetitivas cuando en el individuo satisfacen: los sentidos, las emociones, los valores, la autoestima, la comodidad, las creencias y la interacción con los demás. Entre los hábitos inconvenientes se puede mencionar los siguientes:

- El consumo frecuente o excesivo de alimentos preparados que cuentan con ingredientes cuya ingestión debería moderarse como los pasteles, o ser

ricos en ácidos grasos saturados, colesterol, sacarosa y sodio, como las papas fritas.

- La monotonía de la dieta.
- El uso de técnicas inapropiadas como las comidas fritas y la reutilización del aceite.

La palabra dieta por lo regular se asocia con alteración en las situaciones propias de alimentación. En el caso de México el control en el consumo de tortilla, como base de la alimentación, aflige a la población cuando se requiere de su control, ya que les da la sensación de alimentación incompleta o carente. Por otro lado, como ya se mencionó, se tiene la costumbre tradicional de celebrar acontecimientos importantes de la vida con el consumo de alimentos (el nacimiento, el matrimonio y la muerte, entre otras fiestas), lo cual “limita” a las personas con diabetes mellitus a convivir, sobre todo porque la comida tradicional mexicana es rica en carbohidratos y grasas. Asimismo, la convivencia con la familia o amigos a la “*hora de comer*”, se altera porque no necesariamente coincide con los horarios de alimentación de las personas con diabetes mellitus, horarios que deben ser estrictos a fin de evitar hipoglucemias (Gómez, Galicia, Martínez, Vargas y Villareal, 2010)

Actualmente se considera que la no adherencia terapéutica bordea el 50% (Gómez, Galicia, Martínez, Vargas y Villareal, 2010) y en el caso de la diabetes mellitus tipo II, la no adherencia aumenta drásticamente los efectos a corto plazo (hiperglucemias) y a largo plazo (complicaciones vasculares). Esta no adherencia impide que se evalúe la efectividad de los tratamientos y se observen mejoras en la salud del paciente, además de implicar altos costos económicos por pérdida de productividad, recursos asociados a rehabilitación y pensiones de invalidez.

El propósito hasta aquí de conocer la alimentación en relación con la adherencia de manera general y sobre todo en el paciente diabético, es el interés que radica en la importancia de conocer todos los aspectos que involucra la no adherencia, esto es comprender las múltiples situaciones que la dificultan, entre muchas otras que faltan por estudiar a profundidad, tales como todos aquellos aspectos que conciernen a los factores disposicionales, los cuales más adelante

permitirán comprender lo que rodea la no adherencia al tratamiento en diabéticos en función, por supuesto, con la alimentación.

Son diversos los estudios que han demostrado la relación entre adherencia a tratamiento de la diabetes, factores psicológicos y sociales. Los factores que mayormente han sido estudiados son el estrés y los estilos de afrontamiento ante el mismo, depresión, percepción del apoyo social entre otros, que se han relacionado con estados de ánimo alterados y emociones que impactan en la falta de adherencia, los cuales también serán abordados y ampliados en este trabajo bajo el enfoque interconductual, el cual se abordará en otro capítulo.

Encontrándose que en pacientes con diabetes, es el estrés el que tiende a presentarse desde el inicio de la enfermedad y durante su curso, debido a que el hecho de padecer una enfermedad crónica y a veces discapacitante ya se considera estresante. Los resultados de estos estudios apuntan a que en pacientes diabéticos las estrategias de afrontamiento al estrés que se poseen se relacionarán con la adherencia al tratamiento. En cuanto a la sintomatología depresiva, se ha demostrado que la falta de actividad física puede afectar el control glicémico y aumentar las probabilidades de sobrepeso, entre otros daños al organismo (Ortiz, Ortiz, Gatica & Gómez, 2011)

De la anterior revisión se desprendió un estudio que tuvo por objetivo evaluar los niveles de adherencia de pacientes diabéticos tipo 2 de la ciudad de Temuco e identificar la relación que existe entre la adherencia al tratamiento y las variables de apoyo social, estrés, estilos de afrontamiento y depresión. Se seleccionaron 50 participantes con DM2. La edad promedio de los participantes fue de 60 a 76 años, usuarios del Consultorio Miraflores de la ciudad de Temuco. Las variables se evaluaron de la siguiente manera:

Apoyo social percibido: Medido a través de la Escala multidimensional de percepción de apoyo social (MSPSS) de Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley (1988), validada en la Región de La Araucanía por Ortiz & Baeza (2011). Por medio de 12 *ítems* evalúa el apoyo social de otros significativos (pareja), la familia y el grupo de pares.

Sintomatología depresiva: Evaluada con la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos CES – D. Contiene 20 *ítems* con un formato de respuesta tipo Likert.

Estrés: Se utilizó la Escala de Estrés para Diabéticos de Polonsky et al., (2005). Cuenta con 17 *ítems* con un formato de respuesta tipo Likert.

Estilo de afrontamiento: Evaluado mediante la escala de Carver, Scheier & Weintraub (1989). Este instrumento tiene un formato tipo Likert con respuestas que van desde 0 (En absoluto), hasta 3 (En gran medida).

Adherencia al tratamiento: Fue evaluada directamente con el *Summary of Diabetes Self-Care Activities* de Toobert, Hampson & Glasgow (2005). Este instrumento consta de 11 *ítems* que miden las conductas de autocuidado de los pacientes en los últimos 7 días. Los *ítems* dan lugar a 6 subcategorías: dieta general, dieta específica, ejercicio, automonitoreo, cuidado de pies y consumo de cigarrillos. La adherencia al tratamiento fue evaluada con el último registro de hemoglobina glucosilada al igual que la presión arterial y el peso.

Los resultados indicaron que los pacientes que presentaron un mayor nivel de estrés tenían bajos niveles de adherencia al tratamiento, particularmente en la subcategoría de dieta general, el estrés se relacionó directamente con la variable hemoglobina glucosilada. No se encontraron relaciones significativas entre la sintomatología depresiva, el apoyo social percibido y los estilos de afrontamiento con la adherencia al tratamiento; sin embargo, se encuentran en la dirección esperada según lo postulado teóricamente. Con respecto a la variable apoyo social se encontró que mientras mayor era ésta, menor era la sintomatología depresiva; por otro lado, el consumo de frutas y verduras se asoció positivamente a la variable apoyo social percibido. En cuanto a los estilos de afrontamiento, los participantes con tendencia al afrontamiento evitativo tuvieron mayores niveles de estrés y mayor sintomatología depresiva. Del mismo modo, aquellos pacientes que con estilos de afrontamiento centrado en la emoción presentaron mayor sintomatología depresiva y menor percepción de apoyo social. Los altos índices de estrés se asociaron a altos niveles de hemoglobina glucosilada, lo cual indicó que el 66% de los participantes se situó entre la categoría de estrés moderado y alto.

De esta manera los autores pudieron ratificar que hay una correlación directa entre el estrés y la hemoglobina glucosilada, mostrando también cifras bajas de adherencia, y alta asociación entre estrés alto e índices altos de Hb1Ac.

Fabián, García y Cobo (2010) señalan que la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo II, puede coartarse por la coexistencia de depresión y/o ansiedad. Por lo que consideran que el autocuidado juega un papel fundamental en la diabetes tipo II, y dónde diversos factores psicológicos intervienen en el manejo de la enfermedad; la motivación y la adaptación por parte del paciente y su familia debe ser una constante. De acuerdo a esto, realizaron un estudio que tuvo por objetivo: determinar la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y su asociación con el tipo de tratamiento, complicaciones y comorbilidades. El estudio fue de corte transversal. Lo integraron 741 pacientes adultos de ambos sexos, mayores de 18 años, con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II. Los cuales participaron en la Caminata Anual del Paciente Diabético que se organiza en un centro hospitalario de tercer nivel de la Ciudad de México. Se aplicó un cuestionario estructurado acerca de sus características demográficas, clínicas, epidemiológicas y síntomas de ansiedad y depresión.

Los resultados arrojaron que la prevalencia en la sintomatología de ansiedad fue de 8.0%; de síntomas de depresión 24.7% y de ansiedad y depresión combinados de 5.4%. De los 183 pacientes con síntomas depresivos, 89.6% eran mujeres. Los síntomas de ansiedad se asociaron significativamente a padecer dolor neuropático crónico. Los síntomas de depresión se asociaron significativamente a enfermedad ocular crónica. La ansiedad y depresión combinadas, se asociaron con el antecedente de enfermedad cardiovascular, hipertensión y dislipidemia, también a padecer enfermedad renal crónica y dolor neuropático crónico. Cabe mencionar que muchos de los pacientes usaban como paliativos la medicina naturista y la acupuntura.

Este mismo estudio se realizó con pacientes alemanes. Los resultados en comparación con pacientes mexicanos, fue que los pacientes alemanes muestran significativamente más síntomas de ansiedad (19.3% vs 8.0%), menos en

sintomatología depresiva (21.4% vs 24.7%) finalmente en ansiedad y depresión combinadas tuvieron una significativa tasa de incremento (21% vs 5.4%).

Con estos hallazgos los autores concluyen que la ansiedad y depresión son un importante obstáculo para la falta de adherencia en el tratamiento de la diabetes.

Péres, Santos, Zanetti, Ferronato (2007) realizaron un estudio que tuvo por objetivo identificar las dificultades de los pacientes diabéticos en relación al tratamiento para el control de la enfermedad. Fue un estudio descriptivo exploratorio, realizado en el Centro educativo de Enfermería para adultos y ancianos-CEEAI, localizado en el Campus Universitario de Riberão Preto en Brasil. Participaron 24 pacientes diabéticos con edad de 25 a 76 años.

Los autores parten de la importancia de conocer las creencias, actitudes y comportamientos de los pacientes, todo lo que los pacientes aprenden de su medio y sus relaciones con los demás. Por la lentitud y dificultad de los cambios en los hábitos de vida, sobre todo en la alimentación, son estos los que se relacionan por lo menos con tres factores complejos:

1. Culturales. Alimentos o hábitos alimenticios que se transmiten de generación en generación. O por instituciones.
2. Social. Aceptación o rechazo de ciertos estándares alimenticios.
3. Económico. Costo y disponibilidad de alimentos.

El análisis de los datos abarcó tres categorías analíticas relacionadas a: la alimentación, actividad física y medicación. Las respuestas obtenidas fueron encuadradas en las siguientes categorías: Dificultad de control de los impulsos (n=9), dificultad de seguir la dieta (n=7), los malestares psicológicos constantes son la preocupación y ansiedad, desánimo, susceptibilidad a las críticas de otros y negación de la enfermedad.

En el uso de medicación las respuestas obtenidas fueron encuadradas en las categorías: insulina (n=7) y antidiabéticos orales (n=14). Varios entrevistados hicieron referencia a la dificultad de tomar insulina, siendo la más frecuente el

“olvido”. Otros tantos mencionaron tener “odio”, “pavor” y “mal humor”. Debido al uso diario de insulina.

Con respecto a la actividad física, las respuestas obtenidas fueron encuadradas en las categorías: no realiza actividad física (n=6), realiza pero no diariamente (n=4), realiza actividad física (n=6).

Con base en estas categorías analíticas, los resultados mostraron que ante la imposición de un control alimenticio se manifiestan constantes emociones, tales como: rabia, repulsión, aflicción y frustración. Puesto que el diabético vive un proceso complejo de adaptación, en el cuál es innegable el contacto con emociones generadas por la constante privación, el rechazo a su condición de portador que hace al enfermo sentirse “menos normal”. Este constante malestar propicia y/o aumenta emociones como la ansiedad y preocupación permanente. La vigilancia constante para mantener los niveles requeridos y controlar la impulsividad, es también un temor al descontrol, la cual es un malestar que acompaña constantemente al diabético.

Torres y Piña (2010) mencionan que los comportamientos para la adhesión pueden verse truncados por variables psicológicas de tipo *histórico* (situaciones vinculadas con estrés, motivación y competencias conductuales) y del *presente* (comportamientos asociados a la enfermedad), así como por otras de naturaleza biológica y social. Por lo que, el objetivo de su estudio fue identificar cuáles de esas variables se asociarían con tres comportamientos de adhesión en personas con diagnóstico de diabetes tipo 2. El estudio fue de corte transversal, y se realizó en la ciudad de Hermosillo, México. Los participantes fueron derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y dos asociaciones civiles para personas con diabetes de la localidad. La muestra fue de 334 personas con diabetes tipo 2, con edad de 22 a 70 años.

Se consideraron tres comportamientos de adhesión a la terapéutica: ejercicio físico, dieta y consumo de medicamentos en el transcurso de la última semana, mismos que se midieron en un formato tipo Likert.

Fueron dos las variables a ser consideradas, una psicológica y otra social: situaciones vinculadas con estrés y apoyo social, respectivamente. Las

situaciones relacionadas con estrés que se tuvieron en cuenta correspondían con el tratamiento médico y con la forma en que cada persona con diabetes evaluaba su interacción con el personal de salud como con otras personas significativas de su entorno social: toma de decisiones, tolerancia a la ambigüedad y tolerancia a la frustración. La medición se realizó con base en la escala de Piña, Valencia, Mungaray & Corrales (2006),

Por su parte, el apoyo social se midió con el Duke- UNC-11, previamente adaptado y validado en México en personas con VIH (Piña, Corrales & Rivera, 2007) Consta de 11 preguntas que se midieron en un formato tipo Likert con cinco opciones de respuesta. En los resultados se encontró que, en cuanto a los comportamientos de adhesión el 31.1% reportó que todos los días tenían adherencia a algún tipo de ejercicio físico; el 37.1% tenía una adherencia a su dieta, y el 89.8% mantenía adherencia al consumo de medicamentos.

Vinaccia y Orozco (2005) realizaron una revisión teórica que tuvo como objetivo, estudiar el impacto de las variables psicosociales sobre la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Partiendo del concepto de salud como un comportamiento asociado al estilo de vida y sus aspectos multidimensionales. Considerando que el comportamiento y el estilo de vida son factores determinantes en la salud de una persona, a la par el modo de responder ante la enfermedad se puede convertir en algo favorable o adverso para el bienestar físico y/o mental.

De esta manera, consideraron que los factores circunstanciales de la propia persona para la valoración de su calidad de vida, pueden agruparse en 3 categorías: física-biológica (sintomatología general, discapacidad funcional, sueño, etc.). Emocionales (tristeza, miedo, inseguridad). Sociales (situaciones familiares, relaciones laborales, recreación). Esta valoración es un proceso individual, influido y moderado por otras personas, pero indiscutiblemente personal; porque el individuo la realiza de acuerdo a su propia jerarquía de valores. Son diversos los aspectos fundamentales a considerar en la evaluación de la calidad de vida, variables como: las emocionales, la familia, el ambiente social, lugar de residencia, las dimensiones físicas entre otras.

Los autores concluyen con la propuesta de que un modelo biopsicosocial y cultural podría permitir una comprensión más coherente de la enfermedad crónica multifactorial, pudiendo colocarla en un espacio dinámico que es cambiante a través del tiempo, según se modifiquen las interacciones funcionales entre sus diferentes componentes.

A la diabetes suelen acompañarla diversos trastornos, entre ellos está la hipertensión arterial. Espinosa, García y Sanz (2011) consideran que el estrés no es la única variable que puede interferir en los niveles de presión arterial, sino también las respuestas asociadas al estrés se deben considerar. Las reacciones con el tiempo aumentan la presión arterial. Diversas investigaciones proponen una relación entre factores considerados como afectos negativos (aislamiento social, rasgos de personalidad, ansiedad y depresión) y la hipertensión arterial (HTA) los cuales podrían estar vinculados por sus efectos, en el estado de ánimo; probablemente el estado afectivo de una persona medido junto con los factores psicosociales (apoyo social, sedentarismo, consumo de sustancias) los niveles de presión arterial, el tiempo que dura la exposición al estrés y el mantenimiento de las respuestas individuales asociadas al estrés (transacción entre el estresor y la respuesta) son valiosos indicadores.

Los factores considerados que propician un bajo control de la hipertensión arterial son:

“1. Factores relacionados con los pacientes, por ejemplo, factores sociodemográficos y socioeconómicos, creencias asociadas a la salud, factores clínicos o los efectos secundarios causados por los fármacos antihipertensivos

2. Factores psicológicos relacionados con el bajo control de la PA: rasgo de impulsividad, mayores niveles de expresión externa de la ira, mayor tendencia a experimentar tristeza, culpabilidad y desesperanza entre otras situaciones estresantes

3. Factores específicos relacionados con el personal sanitario, por ejemplo, las actitudes relacionadas con el adecuado control de la HTA, la

relación con el paciente o la falta de seguimiento de las recomendaciones de las guías clínicas” (Espinosa, García y Sanz, 2011, p.4).

Además de los mecanismos psicofisiológicos que evidencian una relación directa del estrés con la HTA, también está el efecto interactivo del estrés con hábitos y conductas de riesgo, como el consumo de tabaco y alcohol, la obesidad, el sedentarismo y otros. Por ejemplo, el estrés parece actuar con el tabaco, las situaciones estresantes suelen ser un desencadenante común de su consumo y causa, en muchos casos de recaída. Mac Dougall et al. (en Espinosa, García & Sanz, 2011) mostraron que ante situaciones de alto estrés, el volumen de nicotina inhalado del cigarro es mayor que en condiciones de bajo estrés, por otro lado, el consumo de alcohol que suele asociarse con problemas cardiovasculares también puede ser causa de estrés, puesto que algunas personas al verse rebasadas por las situaciones que su medio les demanda recurren al alcohol para enfrentarlas.

Con respecto a factores psicológicos que puedan relacionarse con un bajo control de la HTA, Espinosa, García y Sanz (2011) mencionan que en España un estudio mostró que los pacientes que tenían problemas para controlar sus niveles de presión arterial con el tratamiento farmacológico presentaban más dificultad en controlar sus deseos e impulsividad, esto quiere decir que el puntaje fue más alto en el rasgo de impulsividad. De igual modo estos pacientes mostraron la ira de manera más agresiva, además de que expresaron sentir mayor tristeza y desesperanza lo cual los llevó a vivir mayores situaciones de estrés. Los autores concluyen manifestando que los factores psicológicos pueden afectar al control de los niveles de presión arterial y los resultados del tratamiento farmacológico de dos maneras:

La primera, los factores psicológicos podrían complicar la adherencia al tratamiento farmacológico. La segunda, estos factores psicológicos podrían relacionarse con lo que ocasiona la hipertensión arterial.

De acuerdo a lo actualmente revisado, lo que se ha estudiado en lo psicológico para la falta de adherencia a la dieta y al tratamiento, se le ha dado mayor atención al apoyo social y familiar del diabético para una mejor comprensión de las situaciones a modificar y de las condiciones que conlleva la

enfermedad tanto para el que la padece como para la propia familia (obviamente centrándose mayormente en las necesidades del paciente); a aspectos sociales y prácticas culturales; cuestiones económicas; variables emocionales diversas que obstaculizan el grado de motivación y afrontamiento ante la enfermedad y las modificaciones en el modo de vida que conlleva la nueva condición; las creencias del paciente sobre la salud y enfermedad que le permiten adaptarse o no a los nuevos requerimientos para el mantenimiento y/o recuperación de la salud.

De la información compilada, la mayor parte de las investigaciones ponen especial atención en el estrés como variable que agudiza o desencadena las complicaciones en la diabetes; además de la ira, frustración, baja autoestima y otras emociones denominadas como negativas para la salud del diabético. Sin embargo, no se ha profundizado lo suficiente en aspectos como: circunstancias sociales, objetos, acontecimientos físicos, lugares, tendencias, gustos, entre otras que resultan escasas, o prácticamente nulas en la literatura.

2.2 Técnicas en autocontrol y solución de problemas

Lograr la adherencia terapéutica en los pacientes diabéticos es un reto. En la actualidad la mayoría de las intervenciones se basan en paquetes técnicos como: psicoeducación, prescripción de plan alimentario-actividad física, automonitoreo, control de estímulos, conductas alternativas, reestructuración cognitiva (Beck, 2009), apoyo social y habilidades para mantenimiento de los cambios (Facchini, 2003; Novakofski & Karduck, 2005; Riveros, Cortázar, Alcázar & Sánchez, 2005). En este apartado revisaremos dos de las técnicas empleadas como herramientas complementarias para alcanzar y mantener la adherencia, con este propósito: autocontrol y solución de problemas, ambas se emplearon en el estudio que aquí se reporta.

La capacidad que tienen los seres humanos de relacionarse entre sí se conforma por una serie de habilidades que debe tener para mantener, construir y fortalecer las relaciones con sus semejantes y con el ambiente que les rodea. Sin embargo, el individuo puede tener déficit en una o varias de las conductas que le permiten por un lado mantener su salud y por el otro mantener sus relaciones laborales, familiares etc.

Los procedimientos que más se utilizan para tales fines son: las instrucciones verbales, el uso de modelos, el ensayo conductual, la retroalimentación y el reforzamiento; que pueden aplicarse como programas educativos para entrenar a un grupo de personas, o de manera individual especificando los aspectos en los que el individuo tiene mayor dificultad y que impiden su bienestar (Ortego, López, Alvarez & Aparicio, 2011).

García y Suárez (2007) mencionan que la diabetología asume que un tratamiento eficaz depende en gran medida de la educación y entrenamiento de quien la padece aunque el proceso educativo no se dé de forma sistemática, y el que la padece carezca de habilidades para su cuidado que por otro lado también implica su enseñanza. Es por eso que todo contacto con el paciente lleva implícita la educación. Educar al paciente es facultarlo con conocimientos y habilidades primordiales para enfrentar las vicisitudes del tratamiento, y promover en él las motivaciones de seguridad y responsabilidad para controlarse diariamente sin afectar su bienestar general. Considerando esto, a continuación se explican las técnicas que se emplearon en el presente trabajo, y que permitieron comprender y complementar el abordaje de la adherencia. El uso de estas técnicas fue importante para alterar los factores disposicionales, ya explicados en el capítulo anterior, que interfieren con el cumplimiento de una dieta adecuada para su enfermedad.

Autocontrol

La técnica se empleó con el fin de que los pacientes identificaran y modificaran las circunstancias ambientales en las cuales había mayor probabilidad para que consumieran alimentos que no debían o tuvieran una conducta totalmente carente de control frente a la comida, situación que reiterativamente los condujo a un descontrol glucémico, al aumento de peso y a continuos episodios de hipo e hiperglucemias.

Thoresen y Mahoney (1974) definen el autocontrol como la manera en que se manifiesta una persona cuando en ausencia de imposiciones externas inmediatas, lleva a cabo una conducta cuya probabilidad es menor que otras conductas disponibles en su repertorio. Esta definición no hace referencia a la

conflictividad de las respuestas controladas. Las variables que ponen en marcha las estrategias de autocontrol son las consecuencias aversivas que a corto o largo plazo tienen las respuestas objeto de control, a pesar de sus inmediatos efectos positivos.

En este sentido, el autocontrol según Kazdin (1989), se refiere al conjunto de procedimientos que el individuo puede utilizar para modificar su propia conducta. El individuo es responsable de su conducta puesto que él es el único que puede detectar esos acontecimientos privados, y administrar las consecuencias para su control y modificación.

Una gran dificultad a considerar, de acuerdo a Kazdin (1989), es que los procesos privados o encubiertos no son sencillos de detectar. El autocontrol se define por respuestas que parecen ir en contra de la consecución de contingencias inmediatas. En este tratamiento los componentes más importantes abarcan:

Control de estímulos

Se refiere a la identificación que el individuo debe hacer de los estímulos que se encuentren asociados a determinada conducta. Eventualmente, la conducta es controlada por el estímulo con el que se ha ido asociando sistemáticamente.

Están encaminados a planificar el medio social y físico en el que se desenvuelve la persona, modificando ciertos aspectos que alterarán la probabilidad de la respuesta controlada. La técnica fue introducida en un principio por Ferster, Nurnberger y Levitt (en Kazdín, 1989), para manejar problemas de obesidad, posteriormente se ha aplicado exitosamente a otro tipo de problemas, entre ellos, problemas sexuales, control de conductas adictivas, incremento de la conducta de estudio, problemas maritales, insomnio.

Autoobservación

Una persona puede mejorar el control sobre su propia conducta observándola, aunque no siempre todas las acciones pueden ser registradas. La autoobservación ayuda y guía a los individuos a establecer en qué medida realizan alguna conducta y a actuar para modificar patrones conductuales no deseados. En esta parte el individuo se encarga de recopilar datos sobre alguna conducta que

desea cambiar. No siempre se utiliza sola, la auto-observación suele acompañarse con otros procedimientos de autocontrol.

Autoreforzo y/o autoadministración de consecuencias

Se refiere a las consecuencias que el propio individuo puede proporcionarse. Se enseña al individuo a administrarse las consecuencias por su conducta en lugar de recibirlas de alguien más. Se ha enfatizado más el empleo del autoreforzo en vez del autocastigo. La frecuencia de la conducta a alterar deberá presentar un aumento, de esta manera se hace constatar el reforzamiento.

Cuando el propio individuo es quien aplica el reforzamiento, se plantea el uso de reforzadores de tipo:

- Material: dinero, comida.
- Actividades gratificantes: ir al cine.
- Reforzamiento simbólico: expresiones positivas.
- Retirada de un estímulo aversivo o reforzamiento negativo

Es importante determinar qué criterios conductuales y qué cantidad de reforzo se obtendrá por la conducta realizada. Los efectos de la autoadministración se ven incrementados al permitir que sea el propio individuo quién decida los criterios de reforzamiento que se aplicará. Sin embargo, esto puede llevar a que el individuo con el paso del tiempo sea más permisivo, relaje los criterios y se administre los refuerzos sin haber alcanzado el nivel de cumplimiento establecido. Para aplicar el autocastigo el individuo decidirá qué conducta será objeto de castigo, bajo qué condiciones, y el tipo de castigo que se administrará.

Los procedimientos utilizados pueden ser

- Físico (golpe con una goma).
- Simbólico (expresiones verbales de autocrítica o desaprobación).
- Retirada de estímulos positivos (no tomar postre).

Según Kanfer (en Kazdin, 1989) el autocastigo debe ser una técnica para utilizarse como último recurso, y siempre en combinación con otras técnicas (autoreforzamiento, control estimular y entrenamiento en habilidades alternativas).

Entrenamiento en respuestas alternativas

Se busca sustituir a las respuestas que se desea eliminar por otras más funcionales y convenientes para el individuo. Se puede considerar al autocontrol igual a restricción (no hacer determinadas cosas); sin embargo, las estrategias de autocontrol no suponen siempre no hacer, sino poner en marcha conductas que alteren la frecuencia de ocurrencia de otras, disminuyéndolas o aumentándolas. La manifestación de autocontrol es el resultado del conocimiento que el sujeto tiene acerca de las relaciones funcionales que controlan su comportamiento, por lo que el aumento de dicho conocimiento llevaría a un incremento del autocontrol (Thoresen & Mahoney, 1974)

Pantoja, Domínguez, García, Reguera, Pérez y Mandujano (2011) realizaron un estudio con pacientes que presentaban diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, ambas enfermedades crónicas que suelen ir acompañadas en quien las padece. La investigación se realizó con base en el programa Alimentación Sana Autocontrolada (ASA) de Pantoja-Magallón (2009), el cual está fundamentado en la técnica de autocontrol conductual y dirigido al cambio de hábitos alimenticios en pacientes diabéticos e hipertensos. El programa se elaboró considerando que las personas que tienen habilidades de autocontrol tienen mayor éxito en el control de su enfermedad siguiendo mejor el régimen dietético, por lo que una intervención enfocada a mejorar la percepción de autoeficacia y la habilidad de regular la propia conducta, aumenta la posibilidad de una mejor adherencia al tratamiento. El objetivo del trabajo fue analizar el efecto del Programa Alimentación Sana Autocontrolada (ASA) sobre los conocimientos en recomendaciones alimenticias con pacientes diabéticos e hipertensos, conocimientos sobre el autocontrol y sobre indicadores de salud (índice de masa corporal, glucosa y presión arterial). Hicieron un estudio pre-test post-test con 17 pacientes con diabetes y/o hipertensión arterial, con edades entre los 46 y 70 años, todos miembros del Grupo de Ayuda Mutua (GAM) para Pacientes

Diabéticos e Hipertensos “Bienestar Dr. Chavira”, del Centro de Salud Santa Isabel, en la ciudad de Hermosillo, Sonora. El Programa estuvo compuesto por 19 sesiones, de las cuales 15 se dieron de manera grupal y 4 de manera individual. Abarcaron la motivación para el cambio de hábitos, recomendaciones dietéticas, autocontrol alimenticio, solución de problemas y planeación de compra. A lo largo de todo el proceso se abarcó la educación como facilitadora para el cambio. Las tareas individuales consistieron en el llenado de auto-registros diarios del consumo de alimentos, formatos sobre el manejo de contingencias y práctica en la vida cotidiana de las recomendaciones dietéticas vistas en las sesiones. Se evaluó con un cuestionario de ocho preguntas abiertas sobre los alimentos recomendados y no recomendados. Para la evaluación de conocimientos sobre el procedimiento de autocontrol se utilizaron casos que hacían referencia a excesos en el consumo de alimentos no adecuados y otros sobre déficits en el consumo de alimentos indicados, posteriormente se preguntaba de manera abierta al participante acerca de lo que la persona del caso expuesto debería hacer. Con las respuestas de los participantes se identificaba si la persona manejaba el procedimiento. Los resultados mostraron aumentos estadísticamente significativos en los conocimientos sobre dieta, conocimientos sobre el autocontrol y una disminución significativa en el IMC, glucosa y presión sistólica. Según los autores, estos resultados refirieron también una evaluación favorable del Programa ASA, como vehículo para la educación diabetológica, en donde hasta el momento ha sido escasa la integración de técnicas para el manejo conductual.

León, Oliva y Rivera (2011) realizaron un estudio que tenía como objetivo evaluar el impacto de la técnica de autocontrol en el exceso de peso en una muestra de 18 estudiantes de la licenciatura en Pedagogía de la Universidad Veracruzana, con una media de edad de 33 años. Por medio de un estudio cuasi experimental con pretest-postest, utilizando tres instrumentos: un cuestionario, un registro cognitivo conductual en el que se incorporaban datos relacionados con la calidad y cantidad de alimento consumido, factores emocionales, ambientales y sociales. Otro instrumento fue el “Inventario de autoestima de Rosenberg”.

Las razones que consideraban los participantes habían contribuido al exceso de peso fueron: comer sin hambre; el tener que comer todo lo que había en el plato; desorden alimenticio, lo que llevaba a experimentar hambre de manera continua; y en menor porcentaje consideraban que era la falta de actividad física; un caso reportó empezar a comer y no poder detenerse. Aun después del tratamiento la preocupación continuó siendo un factor para consumir alimento, seguido por la tristeza y el enojo. Posterior al programa, las emociones, sentimientos y sensaciones ya no inducían a comer compulsivamente. De manera general la mejoría en los hábitos alimenticios no solo fue en relación a la cantidad y calidad de lo que consumían, sino que además impactó en la manera de comer, ya que se establecieron horarios para llevar a cabo sus comidas; y comer más despacio

Los resultados mostraron que la técnica de autocontrol fue efectiva ya que los participantes fueron capaces de identificar los factores que se encontraban asociados a su padecimiento, llevando a cabo las modificaciones pertinentes mejorando así su salud física, formas de canalizar las emociones, y en algunos casos se observó una disminución de peso.

Los hallazgos encontrados, al igual que en estudios previos, refirieron el impacto positivo de la técnica de autocontrol, que permite al sujeto mismo ser su propio control.

El objetivo de los programas de autocontrol no es la eliminación del problema en sí, sino que el individuo integre técnicas y una metodología de manejo de situaciones que le permita el abordaje de otros aspectos problemáticos. Sólo cuando el sujeto sea capaz de utilizar las técnicas aprendidas para sí mismo, se puede hablar de autocontrol.

Solución de problemas

Fue de gran importancia mostrar a los participantes, que existen múltiples maneras de hacer frente a los acontecimientos considerados como problemáticos en su relación con la comida o con las personas que se relacionan, en diversas ocasiones desconocen cómo plantearse o buscar dichas soluciones. Esta técnica, pretende enseñar al individuo diversas y variadas maneras de responder ante

adversidades, en vez de centrarse en conductas manifiestas específicas y que posiblemente no han tenido los resultados que el individuo espera a corto o largo plazo.

John Dewey (en Kazdin, 1989) describe la estrategia para solucionar problemas que consta de 5 pasos:

1. Reconocimiento del problema
2. Definición o especificación del mismo
3. Planteamiento de soluciones posibles
4. De entre ellas, selección de la solución óptima.
5. Puesta en práctica de esta solución

En el primer punto se le da al cliente una serie de orientaciones que le permitirán reconocer las circunstancias problemáticas y sus reacciones ante ellas.

Segundo punto, el problema global se descompone en unidades para abordarlas por separado y así facilitar su abordaje y la especificación de lo que de alguna manera afecta al individuo.

En tercer lugar, se le pide al individuo plantear todas las alternativas posibles que se le ocurran que puedan conducir a la solución.

En cuarto lugar, el individuo debe decidir de entre esas posibles soluciones, tomando en cuenta las ventajas y desventajas de cada una de ellas.

En quinto y último lugar, el individuo debe llevar a la práctica la alternativa de solución que eligió como idónea y verificar si era o no la mejor opción para solucionar. Si el resultado no es satisfactorio, el individuo puede volver a alguna de las etapas y encontrar una nueva solución. En este punto la ayuda por parte del psicólogo se vuelve ocasional después de un período de entrenamiento.

Riveros, Ceballos, Laguna y Sánchez (2005) realizaron un estudio que tuvo por objetivo evaluar los efectos de una serie de intervenciones cognitivo-conductual sobre la calidad de vida, adherencia terapéutica e índices de bienestar de pacientes hipertensos. Realizaron dos estudios relacionados.

En el primero se exploraron las propiedades de un instrumento diseñado para evaluar la calidad de vida con relación a la salud (Inventario de Calidad de Vida y Salud). Contó con la participación de 118 pacientes la mayoría mujeres,

diagnosticados con diabetes mellitus II, hipertensión, diabetes mellitus e hipertensión, cirrosis hepática, insuficiencia renal y enfermedades crónicas gástricas. El promedio de edad fue de 51 años. El instrumento una vez validado y aplicado, evaluó las siguientes áreas: percepción de salud y bienestar, relaciones interpersonales, funciones cognitivas, indicador general de calidad de vida, síntomas.

En el segundo estudio se realizó un ensayo clínico con 20 pacientes diagnosticados con hipertensión arterial, de los cuales, 7 padecían diabetes tipo II. La media de edad fue de 54 años, la mayoría mujeres. Se utilizó el ya mencionado, Inventario de Calidad de Vida y Salud, la Escala de Ansiedad de Beck y autorregistros conductuales de adherencia. Los elementos que compusieron la intervención fueron: detección de pensamientos disfuncionales, reestructuración cognitiva, solución de problemas, autorregulación, moldeamiento y modelamiento. Los resultados arrojaron que el instrumento mostró ser confiable para evaluar cambios antes y después de la intervención. Hallaron que la calidad de vida mejoró significativamente después de la intervención, lo que condujo a un adecuado manejo y constante aplicación por parte de los pacientes, de los componentes que incluyo la adherencia terapéutica, sobre todo en solución de problemas.

Tobal, Cano, Casado y Escalona (1994) realizaron un estudio para explicar el origen y mantenimiento de la hipertensión arterial, centrándose en las emociones como factores de riesgo. Se combinaron diversas técnicas como: sesiones informativas, entrenamiento en relajación muscular progresiva, técnicas de respiración, solución de problemas y técnicas de autocontrol. Esta multicausalidad parte de considerar la interacción con los factores genéticos, ambientales y psicofisiológicos como elementos que predisponen al individuo a la enfermedad.

El objetivo principal de este programa fue la reducción y control de la presión sanguínea arterial, por medio de manipular las variables implicadas en el posible origen y mantenimiento de este trastorno.

La muestra se compuso de 20 participantes, de entre 22 y 63 años. Todos los participantes estaban diagnosticados con hipertensión y llevaban tratamiento farmacológico. El programa se dividió en tres fases: evaluación pretratamiento, tratamiento y evaluación postratamiento.

En el pre-test se evaluaron datos sociodemográficos, se usó una batería de evaluación psicológica y se midió la presión arterial. El tratamiento consistió en las sesiones informativas, entrenamiento en técnicas de relajación muscular; entrenamiento en técnicas de respiración, entrenamiento en técnicas de solución de problemas y en autocontrol. De las técnicas utilizadas la atención se centró principalmente en el entrenamiento en solución de problemas y autocontrol. El autocontrol se aplicó de manera constante para hábitos como dietas equilibradas, distribución de horarios de trabajo, abandono de tabaco, de ingesta de alcohol y fomentar del ejercicio físico.

La evaluación postratamiento, incluyó la batería de evaluación psicológica y medida de presión arterial. La batería de evaluación psicológica incluyó: el Inventario de Solución y Afrontamiento de Problemas ISAP (Miguel-Tobal y Casado Morales, 1992), que se aplicó para evaluar la capacidad que muestran los participantes para afrontar y solucionar problemas de la vida cotidiana, así como la forma en que lo hacen; el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad ISRA (Miguel-Tobal y Cano Vindel, 1988); y el Inventario de Expresión de Ira Rasgo-Estado STAXI (Spielberger, 1988, 1991), para medir la intensidad de los sentimientos de ira en un momento determinado.

Con el pos-test se mostró que en la capacidad de solución de problemas, medida con el ISAP, hubo un notable aumento en la confianza en sí mismos para resolver problemas. En cuanto a la ansiedad, medida por el ISRA se obtuvieron descensos en los tres modos de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor) y en el rasgo total de ansiedad. En cuanto a la ira, medida con el STAXI encontraron descensos en rasgo de ira y temperamento de ira. Hallaron también reducciones notables en los niveles de presión arterial.

Riveros, Cortázar, Alcázar y Sánchez (2005) llevaron a cabo un estudio cuasi-experimental, pre-post. El objetivo fue valorar el nivel de calidad de vida de

un grupo de pacientes, y examinar el efecto de una intervención. Contó con 51 participantes de una clínica del IMSS de la Ciudad de México, con un promedio de edad de 54 años (la mayoría mujeres). Fueron 17 hipertensos, 27 diabéticos y 7 diabéticos con hipertensión. Los instrumentos que utilizaron fueron el Inventario de Calidad de Vida y Salud de Riveros, Sanchez y Groves (2004), Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck, Escala de Afrontamiento de Moos (abarca 8 formas de afrontamiento) y un sistema de autorregistro diario sobre adherencia terapéutica y bienestar. En el caso de los diabéticos el registro incluyó niveles de ingestión de alimentos y bebidas azucaradas. En los hipertensos, conductas de riesgo como el consumo de cafeína y cigarros, alimentos grasos, embutidos, etc. Las variables de bienestar incluían sus actividades cotidianas como el desempeño laboral, en el hogar, interacción con otras personas, involucramiento en actividades recreativas; las mismas se incluyeron para diabéticos con hipertensión. Las intervenciones fueron semanales, de 1 hora de duración. Con aproximadamente 16 sesiones.

Los resultados indicaron que con la intervención hubo un decremento en los niveles de glucosa, aumento en la actividad física, se redujeron las conductas de riesgo que interfirieron con la calidad de vida, depresión y ansiedad. Según los resultados, mejoraron significativamente los estilos de afrontamiento, el análisis lógico y la capacidad de solución de problemas.

Suele ser una constante la falta de participación y el poco involucramiento del individuo para realizar mejoras a su salud, por lo que resulta necesario la constante motivación e inclusión, haciéndole saber que su cooperación es indispensable para la puesta en marcha y los resultados que pudiese tener los programas en su salud. Kazdin (1989) menciona que el objetivo concluyente de los programas de autocontrol es que el individuo aprenda a ser su propio supervisor. Según Kanfer (en Kazdin, 1989) los programas de autocontrol y solución de problemas vienen principalmente fundamentados por las siguientes razones:

1. La existencia de diversas conductas que sólo resultan accesibles al propio sujeto.

2. El planteamiento de una intervención que muestre el cambio como positivo y viable para el sujeto, de modo que se maximice la motivación para el cambio.
3. La intervención, que además de erradicar los conflictos presentes, debe enseñar al sujeto cómo manejar las posibles recaídas o nuevos problemas.

En los estudios anteriormente mencionados, las técnicas de autocontrol y solución de problemas se utilizan como complemento de otras técnicas, más no se les da un estudio o atención especial en casi ninguna investigación. Por lo que, la información de lo que cada técnica puede enriquecer y aportar en las intervenciones es limitada.

MODELO PSICOLÓGICO DE LA SALUD BIOLÓGICA

El concepto de Salud carece de una definición concreta que la conciba como en los últimos años se ha promovido: como proceso y como estado, donde se conjugan factores biológicos, psicológicos y sociales. En la que se evite sobre valorar uno de estos aspectos por encima de los otros haciendo que se convierta en un concepto biologicista propio de las disciplinas biomédicas, o por el contrario sociologizarlo (Piña, 2008).

Para que la psicología abordara los tópicos de la salud, aparecieron nuevas interdisciplinas o subcampos de conocimientos bajo nombres como “salud conductual”, “oncología conductual”, “psicología de la salud” e “inmunología conductual” y otros, que tuvieron como propósito destacar la importancia de factores comportamentales del individuo en la prevención y rehabilitación de los problemas de salud, resaltaron conceptos de modo plural y no siempre bien delimitados (Ribes, 1990).

De acuerdo con Rondón (2011), la Diabetes Mellitus, como una enfermedad donde el elemento biológico juega el rol principal tanto en su incidencia como en su mantenimiento y agudización, no desconoce que los factores psicológicos y sociales pueden hacer más fácil su curso o detener su avance.

Para dar cuenta de la salud, desde una perspectiva psicológica que tome en consideración dimensiones ajenas a la disciplina, tales como la biológica y la social, es que surge un modelo proveniente auténticamente de la psicología, que toma al comportamiento como el eje vinculador de ambas dimensiones: la biológica y la social.

Ribes (1990), con base en el Modelo Interconductual propuesto por Kantor en 1953, desarrolló el Modelo Psicológico de la Salud Biológica. El modelo funge como guía para la intervención práctica en la prevención, curación y rehabilitación de enfermedades, a su vez también, identifica, a diferencia de otros modelos, la relación de los diversos elementos psicológicos que se involucran en forma de un proceso y sus resultantes. El proceso psicológico de salud/enfermedad empieza en la historia de cada persona afectando gradualmente el estado biológico, así

como competencias presentes. Esta relación entre factores psicológicos y biológicos lleva a la etapa de resultantes (Rodríguez y García, 2011).

García, Moreno, Rodríguez y Díaz-González (2007) mencionan que el Modelo Psicológico de la Salud Biológica considera que la salud o la enfermedad es el resultado de la manera en que el comportamiento media los efectos del ambiente sobre el organismo. El comportamiento como elemento regulador del proceso de salud-enfermedad, otorga las características biológicas particulares al organismo y las características socioculturales que las contextualizan.

El Modelo Psicológico de la Salud Biológica está compuesto por seis elementos, que se clasifican en dos etapas: la primera se refiere al proceso y se articula en tres categorías que son: la historia interactiva del individuo que a su vez, se compone de los estilos interactivos y de la historia de competencias, las competencias presentes –factores psicológicos- y la modulación biológica por las contingencias, este último es un factor biológico y se refiere a la manera en que la acción regula la reactividad biológica. La relación entre estos elementos de proceso afecta los elementos que se identifican en la etapa de resultantes. En una primera instancia el proceso de salud influye en la presentación de lo que Ribes llama conductas instrumentales preventivas o de riesgo, que afectan la vulnerabilidad biológica; la relación entre estos elementos tiene como resultado final la aparición o mantenimiento de una patología biológica; o, por el contrario, un estado de salud. El último componente de esta etapa de resultantes son las conductas asociadas a enfermedad (García, Moreno, Rodríguez y Díaz-González, 2007). A continuación se hará una descripción detallada de este modelo que fundamenta la presente investigación.

Proceso

Ribes (1990) dice 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).

La historia interactiva del individuo

La historia interactiva se encuentra integrada por dos elementos, los estilos interactivos, y la disponibilidad de competencias funcionales. De acuerdo con Ribes (1990) los estilos interactivos son las maneras consistentes e idiosincrásicas en las que una persona responde ante cierto tipo de situaciones o arreglos contingenciales característicos. Estas maneras consistentes y únicas de comportarse tienen que ver con lo que, desde otras aproximaciones, se conoce como personalidad. Los estilos interactivos son uno de los factores que afecta, de origen, la salud de una persona, dado que estos modos constituyen tendencias y, dada su consistencia, pueden afectar el estado de salud. Ribes propuso una taxonomía preliminar para identificar estilos interactivos con base en la caracterización funcional de las situaciones y afirma que seis, de estos doce, estilos están relacionados con enfermedad (Ribes, 1990).

La historia de competencias se refiere al desarrollo de diversas capacidades en la persona, a lo largo de su vida.

Competencias funcionales presentes

La historia interactiva tiene influencia en lo que Ribes denomina, Competencias funcionales presentes, que se refieren a la posesión de competencias por parte de una persona. El término competencia es de tipo disposicional, no refiere ocurrencias sino colecciones de ocurrencias. Esto significa que no equivale a habilidades, sino que, designaría un conjunto de habilidades en potencia; de ahí que para hablar de competencias se tienen que identificar, en el presente, un conjunto de habilidades que nos indican que una persona es capaz de realizar determinada acción, o tarea en donde tenga que producir algún resultado, satisfacer alguna demanda o resolver cierto problema. Cuando se estudian competencias se parte de la identificación de indicadores presentes, generalmente, comportamientos que indican habilidad y a partir de ahí se considera la historia interactiva de la persona, centrada en el desarrollo del conjunto de habilidades que componen la competencia de estudio, para lo cual se requiere identificar: a) las contingencias de la situación; b) los elementos

característicos que definen el contexto de interacción y/o condiciones biológicas transitorias en el individuo; y c) el comportamiento del individuo.

Modulación de los estados biológicos por contingencia

Los factores psicológicos antes descritos afectan históricamente el modo en que las condiciones orgánicas del individuo pueden verse afectadas.

Resultantes

La segunda fase del Modelo psicológico de la salud es la de resultantes. En esta parte se muestran las consecuencias del proceso; en las que sobresalen las conductas de riesgo o preventivas (conductas instrumentales) que aumentan la vulnerabilidad biológica. Finalmente en los resultantes se manifiesta la patología incipiente, crónica o aguda o, contrario a esto, un estado de salud. Al manifestarse una patología se identifica un factor psicológico adicional que se denomina como las Conductas Asociadas a Enfermedad, las cuales veremos más adelante.

Conductas instrumentales y la salud

Esta categoría alude a acciones concretas relacionadas con la salud o con la enfermedad. Las conductas instrumentales del individuo también afectan la vulnerabilidad biológica y en conjunto con este elemento son los antecedentes inmediatos a la aparición de alguna enfermedad. Acciones tales como lavarse las manos antes de comer, limpiar el lugar en el que se habita, ponerse vacunas, utilizar condón en las relaciones sexuales; son conductas instrumentales preventivas; mientras que conductas tales como correr en superficies duras, comer alimentos con un alto contenido de grasa, manejar a altas velocidades o en estado de ebriedad, fumar, entre otras; constituyen conductas instrumentales de riesgo. Estas conductas se clasifican en directas e indirectas. Las directas son aquellas en las que la persona tiene contacto directo con el agente patógeno (comer un alimento en mal estado, por ejemplo). Las indirectas se refieren a aquellas que sin contacto directo con agentes dañinos mantienen vulnerable al organismo ante la acción del patógeno, son a mediano o largo plazo. Aquí el comportamiento genera gradualmente un daño en el organismo, tal es el caso de conductas tales como fumar, ser sedentario, tener malos hábitos alimenticios, exponerse a sustancias tóxicas, entre otros.

La vulnerabilidad biológica

Respecto a la vulnerabilidad biológica, Ribes (1990) menciona que este término se refiere a las condiciones orgánicas que aumentan la probabilidad de que aparezca alguna enfermedad particular en el individuo. La vulnerabilidad biológica puede estar relacionada con factores estrictamente biológicos (genéticos, predisposiciones biológicas, factores congénitos), aunque el proceso psicológico de la salud también afecta las condiciones biológicas de un organismo, como cuando alguien se ha dedicado a correr en superficies duras, vulnerando sus huesos y articulaciones, lo cual hace más probable la aparición de enfermedades específicas en estos tejidos.

Conductas Asociadas a Enfermedad

Como anteriormente se mencionó, en la fase de resultantes del Modelo se identifican las conductas que se asocian a la enfermedad. Las conductas de riesgo y prevención dan pauta para reconocer el comportamiento del individuo ante la enfermedad. Tanto el individuo puede aumentar el riesgo de enfermedad, como también puede disminuir la severidad o evitarlo, teniendo la información, educación y los hábitos pertinentes.

Ribes (1990) señala que en el caso de las conductas asociadas a enfermedad existe una correlación con la patología, y ésta puede darse de tres distintas maneras. Primero, el efecto de una alteración biológica puede presentar conductas que mantengan dependencia con la patología; ejemplo, la ausencia de apetito tras una fuerte infección estomacal o suspensión en las labores de la vida diaria de quien padece migraña. Segundo, las intervenciones que se realizan para modificar el curso de la patología y que pueden conducir a situaciones de irritabilidad o efectos secundarios en la salud debido a la misma intervención; ejemplo vómitos y ansiedad como consecuencia de la abstinencia por drogas (alcohol, cocaína, etc.). Tercero, las conductas que guardan una relación directa con la patología, reacciones psicológicas ante la enfermedad; por ejemplo el enojo, tristeza, incertidumbre, desesperanza, etc.

Estos comportamientos además de obstaculizar el proceso de la terapia biomédica, también generan procesos psicológicos adicionales que en conjunto

acrecientan la vulnerabilidad orgánica de la ya existente patología, y pueden generar nuevas condiciones patógenas.

Patología biológica

En el terreno de la psicología, la patología biológica es el resultado final de un proceso cuyas resultantes interceptan con la dimensión biológica. La relación inmediata anterior que permite explicar la aparición de una patología es la que se da entre conductas instrumentales de riesgo y alta vulnerabilidad biológica. Así, pese a que la enfermedad pertenece al orden biomédico, no se puede deslindar de lo psicológico; de esta manera la función del psicólogo, según Ribes, está dirigida a:

1. Las conductas que se involucran en el seguimiento y adherencia terapéutica.
2. El comportamiento que se requiere para la rehabilitación de enfermedades crónicas o de impedimento físico.
3. El comportamiento asociado a la patología que puede tener autonomía funcional que deriva en problemas terapéuticos.

El Modelo Psicológico de la Salud no solamente identifica los elementos pertinentes a la salud, desde un nivel de abstracción psicológico, sino que orienta la actividad profesional en el sentido de ubicar el campo de interés y la función profesional que el psicólogo debe ejercer. Así, para el caso de la diabetes tipo 2 Rodríguez y García (2011) mencionan que posterior al diagnóstico de diabetes la intervención del psicólogo se ubicaría en la categoría de resultantes, haciendo prevención secundaria o terciaria, dado que la enfermedad ya existe y se trata de evitar complicaciones, así como de lograr conductas de adherencia. Para ello se debe intervenir en la alteración de aquellas conductas instrumentales que aumentan el riesgo que conlleva la diabetes, específicamente en conductas indirectas. En este tipo de prevención lo pertinente es dotar al paciente de competencias genéricas de cuidado de la salud y de establecer conductas instrumentales preventivas (directas o indirectas).

Para establecer competencias de cuidado de la salud hay que tomar en consideración los niveles de aptitud que Ribes (1990, en Rodríguez y García, 2011) identifica. Menciona que hay cuatro formas de competencias disponibles que promueven conductas instrumentales preventivas. Estos distintos niveles de competencia corresponden con lo que, en términos generales, se entiende como *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 cómo reconocer la oportunidad de hacerlo y no hacerlo.*
5. *Saber hacer otras cosas en dicha circunstancia, o saber hacer lo mismo de diferente manera”* (p.8).

El modelo Psicológico de la Salud Biológica ha sido base para la realización de investigaciones en salud, por ejemplo, se han llevado a cabo diversas investigaciones en relación con la prevención del VIH (Rodríguez, Robles, Moreno, & Díaz-González, 2000; García, Moreno, Rodríguez y Díaz-González, 2007). Entre otras, se han evaluado algunos factores relacionados con las competencias funcionales para la prevención del VIH/sida (Díaz-González, Rodríguez, Moreno y Robles, 2003). Siguiendo la misma línea Piña en el 2004, evaluó los eventos disposicionales que probabilizan la práctica de conductas de riesgo para el contagio del VIH/sida. El modelo ha demostrado su utilidad y su valor heurístico en este tema.

Factores disposicionales

En la parte de resultantes del Modelo de la Salud se estudian y analizan las situaciones que llevarán a implementar una prevención secundaria y/o terciaria. En cuanto a la diabetes el tipo de prevención radica en entrenar a los participantes para que adquieran competencias para controlar las situaciones que interfieren con la adherencia a su tratamiento, entre otras cosas, alterar las conductas instrumentales de riesgo, por ejemplo, los malos hábitos alimenticios.

Para conocer lo que genera y/o rodea las conductas (poca o escasa adherencia, descontrol en la alimentación) se tienen que considerar más y diversos aspectos para su estudio a profundidad, tener un amplio panorama para lograr modificarlas con éxito. Bajo el Modelo de la Salud, estas conductas se estudian considerando las categorías del Análisis Contingencial en su dimensión microcontingencial

En esta dimensión se incluye el rubro de las *situaciones*, que estudia el contexto en el que la persona se relaciona con objetos, circunstancias, personas, o eventos del ambiente. Aterrizando lo anterior al caso de la diabetes, es vital considerar la circunstancia social en que el paciente come, los lugares en los que lo hace, el tipo de alimentación culturalmente establecida para esa persona, los gustos y las preferencias que se asocian al modo de comer, los diversos estados de ánimo y las condiciones biológicas o conmociones emocionales en relación a su ingesta alimenticia, así como sus hábitos o prácticas alimentarias. En la categoría de *Morfologías de Conducta* se identifica el tipo de alimento y la cantidad que se consume al comer, si hay horarios establecidos para cada comida del día, su forma de comer (porciones grandes o pequeñas, ingesta rápida o lenta, come parado o sentado, haciendo otras cosas a la vez, etc.) En la categoría de *Personas* se identifica el rol funcional de personas significativas para el diabético, y la relación que guardan con respecto a su conducta al comer. Para finalizar, la categoría de *Efectos* abarca las consecuencias de esta conducta, es decir, los efectos de su forma de comer sobre otras personas y sobre el propio diabético.

Las *situaciones* de la dimensión Microcontingencial, no se refiere a variables, sino a categorías de tipo disposicional. Rodríguez (2011) menciona que los factores disposicionales son aquellos que condicionan la probabilidad de una interacción particular. Un factor disposicional no es una ocurrencia, sino una colección de ocurrencias simultáneas o sucesivas (Ribes 1990)

Ryle (1949) explica que la palabra disposicional no refiere episodios sino, en términos generales, tendencias. “*Cuando decimos que una vaca es rumiante, o que un hombre es fumador de cigarros, no decimos que la vaca está rumiando*

ahora, o que el hombre está ahora fumando un cigarro. Ser rumiante es tender a rumiar de tanto en tanto y ser fumador de cigarrillos es tener el hábito de fumar cigarrillos” (p. 104).

Los enunciados disposicionales describen que una cosa, un animal o una persona dada posee cierta capacidad, tendencia o inclinación, o está sujeta a cierta propensión. “... *son autorizaciones de inferencias que nos autorizan a predecir, explicar y modificar tales acciones, reacciones y estados” (Ryle, 1949, p. 110).*

Ribes (1990) afirma que los factores disposicionales modulan la probabilidad de un comportamiento, es decir, probabilizan interacciones, ya sea facilitándolas o interfiriendo con ellas.

El este sentido, para el caso del diabético, el contexto situacional puede estar influenciado o aumentar la probabilidad de que el paciente coma de modo menos saludable de acuerdo a los siguientes elementos:

Circunstancia social

La circunstancia social de interacción se conforma por convenciones sociales, tales como: la familiar, pareja, reuniones entre otras. Estas circunstancias sociales han sido identificadas en los pacientes como importantes factores influyentes cuando no hay un adecuado control alimenticio. Por ejemplo, en una fiesta aumenta la probabilidad del consumo desmedido de alimentos ya que no es lo mismo que comer en casa. El riesgo aumenta si a esto le añadimos que el paciente comúnmente no tiene control de los alimentos que consume (carbohidratos, grasas, azúcar, etc.). Lo mismo puede suceder en una circunstancia social laboral en la que hay un breve tiempo para realizar la comida y entonces ésta se hace de manera escasa o poco nutritiva (comida rápida).

Lugar o lugares

El lugar también puede fungir como disposicional. Estar en una iglesia puede propiciar que el tono de voz sea más bajo y el comportamiento más reservado, mientras que en un café con los amigos el comportamiento puede ser totalmente opuesto. Algo parecido sucede, cuando se viaja a algún lugar donde la comida es diferente a lo que habitualmente comemos en donde vivimos y ello hace más

probable que comamos lo que no nos conviene, igualmente cuando estamos en un restaurante.

Objetos o acontecimientos físicos

Los objetos físicos como alimentos, accesorios de uso cotidiano y/o acontecimientos físicos tales como la lluvia, ventarrones o el frío pueden desempeñar funciones disposicionales. Un día completamente lluvioso puede probabilizar que una persona desee quedarse todo el día en su cama. Para el caso de la alimentación, la comida, si tiene una presentación atractiva y apetitosa, por ejemplo, hace más probable nuestra conducta de comer, inclusive si es desfavorable a la salud.

Conducta socialmente esperada

De la cultura, circunstancias sociales y de un grupo de personas como la familia, existen demandas hacia el comportamiento del individuo, las cuales se deben identificar. La base para considerar a una persona como problemática o poco agradable para la otredad, es que no cubre las demandas que una persona o grupo de personas esperan de su comportamiento en determinado contexto. Por ejemplo, cuando se le ofrece algún alimento o comida completa a alguien, se espera que éste lo acepte y lo coma. O como, cuando se le regala un pastel a alguien que cumple años, se espera que comparta y consuma de ese pastel. Entonces, eso aumenta la probabilidad de que la persona coma de más, o de que coma lo que no debe, por ejemplo.

Capacidad en el ejercicio de las conductas socialmente esperadas

El individuo a lo largo de su historia ha ido adquiriendo ciertas competencias. La carencia de alguna de ellas hace menos probable o interfiere con las interacciones que se esperan del individuo. Por ejemplo, un diabético que durante la mayor parte de su vida tuvo malos hábitos alimenticios y actualmente es capaz de controlar su consumo de alimentos; sin embargo, no es capaz de negarse y mantener sus nuevos hábitos alimenticios cuando siente presión por parte de los demás para consumir alimentos, que sabe no debería consumir.

Inclinaciones

Esta categoría hace referencia a los gustos y preferencias del individuo. En el caso de la diabetes, las inclinaciones pueden hacer menos probable que el paciente cumpla con su dieta. Un ejemplo, el gusto por el refresco de cola hace más probable su consumo e interfiere con una dieta saludable.

Propensiones

Estas apuntan a estados temporales y de breve duración, como los estados de ánimo (aburrido, iracundo, etc.); conmociones emocionales o condiciones biológicas (diabetes, gripe, dolor gástrico). Un ejemplo es cuando una persona se siente preocupada, y entonces rompe su dieta y empieza a comer más dulce y carbohidratos (papas fritas, malteadas, galletas etc.); o por el contrario, deja totalmente de comer.

Tendencias

Abarca las costumbres, los hábitos y diversas formas de conducta, que durante la vida del individuo se han relacionado a eventos específicos y que por lo tanto, bajo ciertas circunstancias adquieren alta probabilidad de ocurrencia. Por ejemplo, fumar un cigarrillo siempre después de cada comida, o buscar algo dulce que comer después de la comida, tal vez un pan o un helado,

Desde la perspectiva del Modelo Psicológico de la Salud Biológica y en correspondencia con el Análisis Contingencial, el contexto disposicional de la conducta de comer es muy amplio y es un elemento que también debe investigarse para una mejor comprensión y manejo de los comportamientos de adherencia; sin embargo, la mayor parte de la investigación se ha centrado en indagar la influencia de aspectos como, ciertas condiciones biológicas (enfermedad cardiovascular, obesidad, sedentarismo, etc), algunos estados de ánimo como la ansiedad o depresión, o incluso conmociones emocionales como el estrés, a los que se han considerado como „emociones“, en su estudio se han mostrado como variables y no como factores de tipo disposicional. Al tomar en cuenta los factores dispocionales, se puede apreciar que no hay necesidad de buscar aisladamente qué puede ser o qué hace que no haya una adecuada adherencia, la respuesta puede en muchos casos estar en todas aquellas

situaciones que rodean al individuo en su diario vivir, y que dan cuenta de los obstáculos a modificar. Es importante mencionar que en algunos estudios se han evaluado factores de tipo disposicional considerándolos variables y además, variables causales de la falta de adherencia. Conceptualmente es importante entender la diferencia entre ocurrencias y disposiciones. Los factores mencionados (como la circunstancia social) no son ocurrencias, su función consiste en hacer más probable o menos probable que una persona siga su dieta. Así, un análisis personalizado debería permitir identificar este tipo de factores disposicionales situacionales, además de variables relacionadas con la conducta de comer, y así se puede entender mejor, para cada diabético, su comportamiento de adherencia. El Análisis contingencial permite dar cuenta de elementos que han sido marginados o ignorados en el estudio de la adherencia, ninguna aproximación considera a los factores de tipo disposicional.

El Modelo interconductual, que fundamenta al Modelo psicológico de la Salud Biológica rompe con la lógica mecanicista y causalista de otras aproximaciones (Ribes, 1982; Ribes & López, 1990 b). No es propósito de este trabajo explicar el modelo, basta decir que sus categorías no se limitan a la lógica de las variables, sino que se incluyen un conjunto de categorías de tipo disposicional. Estas categorías pueden ser de importancia o hasta pieza clave para comprender la falta de adherencia a una dieta saludable y benéfica, y por supuesto, con una mayor comprensión del fenómeno de adherencia, habrá mejores programas preventivos. La adherencia, como comportamiento asociado a patología biológica, es un fenómeno complejo, por un lado, se vincula con la alteración de conductas instrumentales de riesgo que deben eliminarse, y con la implementación de conductas instrumentales preventivas, que implican un saber hacer; ello se relaciona con la posesión de competencias tales como la información. Esta labor preventiva se dificulta en tanto las conductas instrumentales de riesgo a tratar (comer de forma inadecuada) son indirectas, esto es, tienen efectos dañinos sobre el organismo a mediano o largo plazo y en lo inmediato tienen efectos placenteros. Teóricamente, la manera de eliminar dichas conductas podría ser estableciendo un comportamiento extrasituacional. El

paciente en cuanto esté dotado con la información y las herramientas necesarias, dejará de responder a los estímulos presentes al comer. Lo anteriormente mencionado, es complejo, ya que la mera información como conocimiento no es suficiente, se necesita llevar a cabo planes de acción, lo cual implica, entrenar la habilidad de identificar y modificar el papel disposicional de los factores de contexto que interfieren con su adherencia. Comprender los factores que desempeñan un papel disposicional, puede ofrecer mejores resultados, si se toman en cuenta al planear programas de prevención.

REPORTE DE INVESTIGACIÓN

En este capítulo se presenta la investigación y los resultados que justifican el presente trabajo cuyo objetivo fue, evaluar el efecto de la aplicación de técnicas de autocontrol y solución de problemas en la importancia referida para factores disposicionales en el rompimiento de la dieta.

Método

Participantes.

Se contó con una muestra intencional voluntaria que originalmente fue de 112 pacientes con diabetes tipo 2. De estos 112 pacientes el 20% fueron hombres y el 80% fueron mujeres, con una edad mínima de 34 años y máxima de 86 años, siendo el promedio de edad de 60.32 años. La escolaridad promedio fue de secundaria. El 90% de los pacientes tomaba algún medicamento para el control de su enfermedad, sobre todo en los episodios de hiperglucemia. En cuanto al tiempo en que habían sido diagnosticados con diabetes tipo 2, el 55% fueron pacientes con diagnóstico mayor a 5 años, el 25% pacientes con diagnóstico de 2 a 3 años, y el 20% menor a 1 año. Esta muestra fue captada en diversos Centros de salud pública del D.F. y zona metropolitana. Aquí se presentan resultados de 63 pacientes debido a la gran mortandad experimentada.

Tipo de estudio: El estudio fue descriptivo de tipo transversal pre-test post-test (Landerero y González, 2011)

Instrumentos y variables: Se utilizó el Cuestionario de Factores Importantes para Romper la Dieta, que previamente había sido confiabilizado ($\alpha = .935$) y del cual se había obtenido validez de constructo con una evaluación de tres jueces expertos. El instrumento se divide en dos partes. La primera parte corresponde a los datos sociodemográficos (*Nombre, edad, sexo, ocupación, nivel de escolaridad, cuándo le diagnosticaron diabetes*). La segunda parte, incluye las instrucciones para responder el cuestionario, posteriormente el instrumento se compone de 31 reactivos que se responden en una escala tipo likert, que va desde *Nunca he vivido una situación semejante a Muy importante*. Estos 31 reactivos abarcan 7 distintos factores disposicionales. Los primeros 6 reactivos

corresponden al factor Circunstancia Social (*Estar solo (a). Estar trabajando. Estar en una reunión. Estar en una fiesta familiar. Estar en una fiesta de amigos. Estar con mi pareja.* Los siguientes 7 reactivos corresponden al factor Lugar (*Estar en la cocina de mi casa. Estar en mi lugar de trabajo. Estar en mi cuarto. Estar en la calle. Estar en un lugar en el que se vende comida. Estar en casa ajena. Estar en un medio de transporte*). 2 reactivos son los que componen el factor Conducta Socialmente Esperada (*Que otros estén comiendo enfrente de mí. Que me ofrezcan comida*). Los siguientes 2 reactivos pertenecen al factor Objetos o Acontecimientos Físicos (*Que haya alimentos ricos para comer a mi disposición. Que esté viendo la tele*). El factor de Inclinationes, se compone de 5 reactivos (*Que la comida que hay me guste mucho. Que tenga mucha hambre. Que no haya comido en muchas horas. Que esté bebiendo bebidas alcohólicas o que haya bebido. Que tenga antojo de algún alimento*). El factor de Propensiones se compone de 6 reactivos (*Que esté nervioso. Que esté deprimido. Que esté triste. Que esté enojado. Que esté aburrido. Que esté preocupado*). Los últimos 3 reactivos corresponden al factor de Tendencias (*Que estoy acostumbrado a comer mucho. Que estoy acostumbrado a comerlo que me gusta. Que estoy acostumbrado a comer a toda hora*).

- Variable dependiente: Importancia atribuida a factores disposicionales específicos en el rompimiento de la dieta recomendada.
- Variable independiente: Aplicación de un programa de intervención con dos técnicas conductuales expresamente usadas para entrenar a los pacientes en el manejo de factores disposicionales: autocontrol y solución de problemas.

Procedimiento

Una vez que se aprobaba la aplicación del programa en los centros de salud, se invitaba a los pacientes diabéticos, con carteles, trípticos, o a través de trabajadoras sociales, a participar en un programa psicológico para apegarse a una dieta saludable.

En cada centro se formaron grupos independientes de pacientes diabéticos y a cada uno de ellos se les aplicó el programa en tiempos distintos.

Pre-test: A los pacientes se les explicaron los objetivos del programa, se solicitó su consentimiento y en esta fase se les aplicó el Instrumento para evaluar la importancia de factores disposicionales en el rompimiento de su dieta. Se explicó la forma de llenar el instrumento, los investigadores estuvieron presentes todo el tiempo para resolver dudas. Esta fase se llevó a cabo en una sola sesión de aproximadamente dos horas.

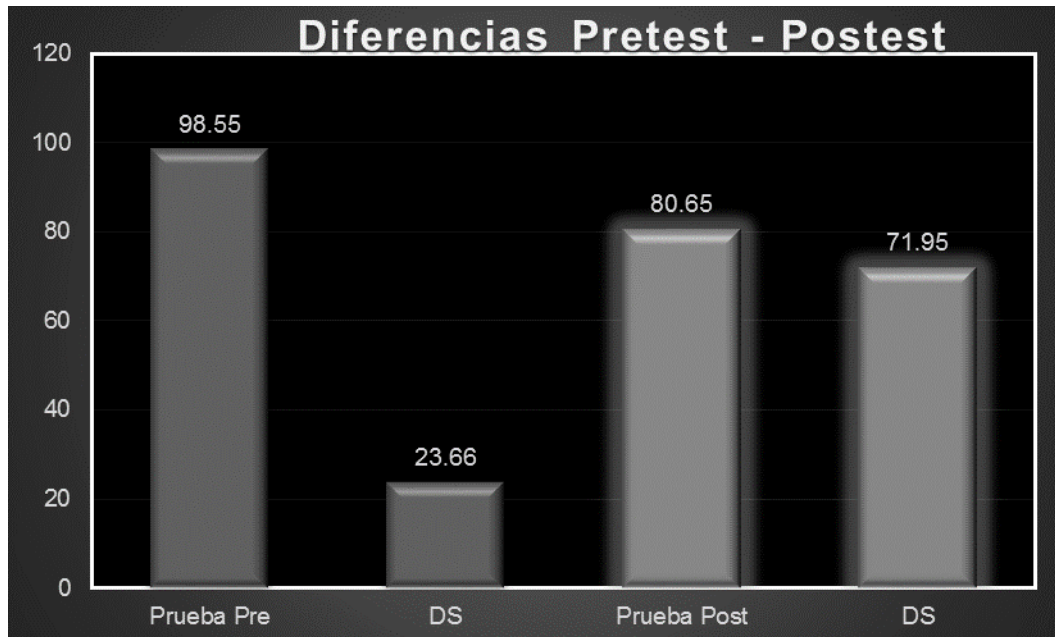
Fase experimental: En esta fase se creó un club de diabetes. Los propios pacientes nombraron a sus representantes y en esta modalidad, que implica una participación activa por parte de los pacientes, se les entrenó en el manejo de técnicas de autocontrol, así como de solución de problemas, entre otras técnicas y sesiones informativas.

Post-test: Por último, en la tercera fase se aplicó nuevamente el instrumento inicialmente aplicado, siguiendo el mismo procedimiento.

4.1 Resultados

Para el análisis de resultados se utilizó el Paquete Estadístico SPSS versión 20. Dado que el objetivo de este estudio es, evaluar el efecto de las técnicas de autocontrol y solución de problemas en la importancia referida para factores disposicionales que intervienen para el rompimiento de la dieta; se aplicó la prueba t de student para muestras dependientes, con la finalidad de encontrar diferencias entre el pretest y el posttest. En la figura 1, se muestran las medias en general, obtenidas en cada fase de la investigación. Se observa una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes obtenidos en el pre-test ($\bar{x}=98.55$) y los obtenidos en el post-test ($\bar{x}=80.65$), estos datos sugieren una disminución en la importancia atribuida a algunos factores disposicionales como efecto de la intervención ($t_{(62)}=5.954$, $p=.000$).

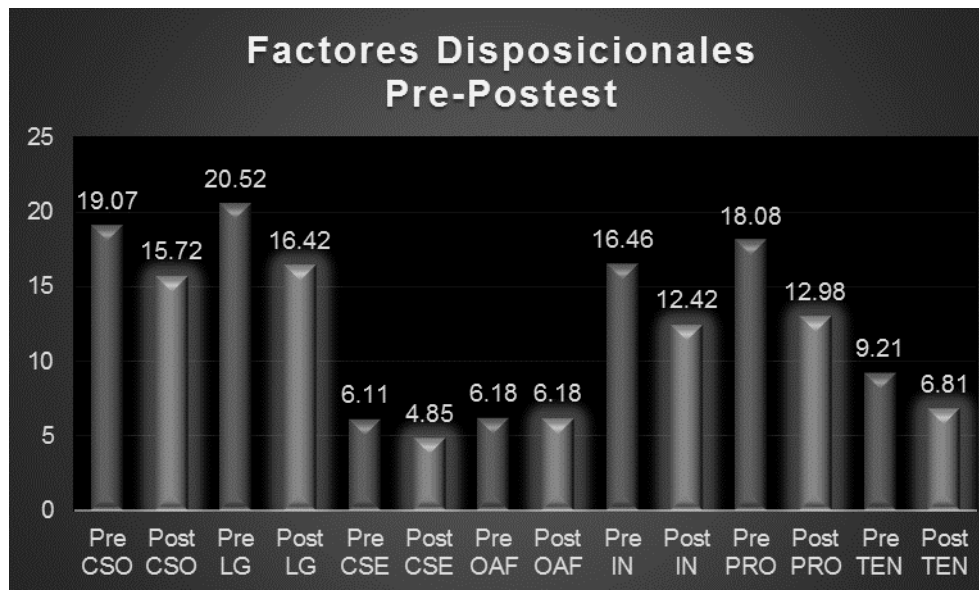
Figura 1. Puntajes pre-post intervención



Una vez encontrada esta diferencia, se aplicaron pruebas t para cada uno de los 7 factores que se evaluaron en el instrumento, los cuales se muestran en la figura 2. Hay que recordar que los factores disposicionales situacionales fueron los siguientes:

1. Circunstancia social (CSO)
2. Lugar (LG)
3. Conducta Socialmente Esperada (CSE)
4. Objetos o Acontecimientos Físicos (OAF)
5. Inclinationes (IN)
6. Propensiones (P)
7. Tendencias (TEN)

Figura 2. Puntajes pre post para cada factor disposicional



El puntaje obtenido para el factor *Circunstancia Social* ($t_{(50)}= 4.805$, $p=.000$), el resultado pretest ($\bar{x}=19.07$) es mayor que el del postest ($\bar{x}=15.72$), lo cual sugiere que acontecimientos tales como, estar en una reunión con los amigos o la familia, disminuyó en importancia para que el paciente rompiera su dieta. En cuanto al factor *Lugar* ($t_{(56)}=4.984$, $p=.000$), el pre-test muestra un mayor puntaje ($\bar{x}=20.52$) en comparación con el pos-test ($\bar{x}=16.42$) lo que apunta que este factor dejó de ser importante para el rompimiento de la dieta. A *Lugar* nos referimos con, comer en la cocina lo que genera tener más accesibilidad a los alimentos, estar en un restaurante, estar en una casa ajena, entre otros. Con respecto al factor titulado *Conducta Socialmente Esperada* ($t_{(62)}= 3.871$, $p=.000$), hallamos que hubo mayor autocontrol, ante la presión para ceder a la invitación de algún alimento que en ese momento era perjudicial consumir; en el pretest el puntaje fue mayor ($\bar{x}=6.11$) y en el postest disminuyó ($\bar{x}=4.85$). En cuanto al factor *Objetos y Acontecimientos Físicos* no se encontró ninguna diferencia estadísticamente significativa, esto indica que la disposición de alimentos considerados apetecibles para la persona, o ver televisión mientras come, generen incumplimiento en la dieta. El factor de *Inclinaciones* ($t_{(53)}= 7.165$, $p=.000$), mostró en el pretest un mayor puntaje

($\bar{x}=16.46$) a diferencia del posttest ($\bar{x}=12.46$) que fue menor. Con inclinaciones nos referimos a tener hambre por no haber comido en muchas horas, tener antojo en específico de algún alimento, entre otros. El factor denominado *Propensiones* ($t_{(58)}=5.827$, $p=.000$), es el que muestra una mayor diferencia entre el pretest ($\bar{x}=18.08$) y el posttest ($\bar{x}=12.98$), esto sugiere que *Propensiones* tales como algunos estados de ánimo, disminuyeron en importancia para el rompimiento de la dieta. Finalmente el factor de *Tendencias* ($t_{(54)}= 6.373$, $p=.000$), arrojó un mayor puntaje en el pretest ($\bar{x}=9.21$) que en el posttest ($\bar{x}=6.81$); con tendencias nos referimos a comer mucho y/o comer a deshoras.

El programa de intervención se llevó a cabo en centros de salud de zonas socio-económicas distintas y, por ende, había diferencias en términos de la escolaridad de los pacientes. Se hizo entonces un tercer análisis, se obtuvo t para muestras independientes, con el fin de verificar si hubo un efecto distinto de la intervención de acuerdo al nivel de escolaridad de los pacientes. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas, lo que apunta que en este estudio el efecto de la intervención fue independiente del nivel de escolaridad de los pacientes ($t_{(60)}=2.0$, $p=.049$).

4.2 Discusión

Al analizar los resultados y con relación al objetivo, se lograron las expectativas encontrando así datos importantes en cuanto a los factores disposicionales.

Antes, recordemos que Ribes (1990b) describe a las categorías disposicionales como los eventos repetidos en el pasado o colecciones de eventos presentes, que no son ocurrencias. Los factores disposicionales modulan la probabilidad de un comportamiento, es decir, hacen más o menos probable alguna interacción, ya sea facilitándola o interfiriendo con ella.

Del modelo propuesto por Ribes y López en 1985, surgió el análisis contingencial, que es una metodología para el análisis y modificación del comportamiento individual en su ambiente natural.

Dado su uso en el campo aplicado, el análisis contingencial es la metodología ideal para analizar o transformar los diversos factores psicológicos

identificados como relevantes en el modelo de salud. Especialmente, el sistema microcontingencial (uno de los sistemas de esta metodología) contiene las categorías que permiten dar cuenta de factores, tanto de proceso como resultantes. Estas categorías son:

Las morfologías de conducta. Refiere formas concretas de respuesta de una persona o de relacionarse con objetos, acontecimientos, circunstancias o conductas de otros. En el caso de la conducta de comer, la descripción de morfologías incluye, por ejemplo, qué es lo que come una persona, cuánto come y cómo come.

Situaciones. Se refiere a un conjunto de factores de tipo disposicional que dan contexto al comportamiento de interés. Para el caso del comportamiento de comer, la interacción de interés es la que tiene una persona con la comida y la situación en la que ésta come, está formada o puede estar formada por un conjunto de elementos cuya función es disposicional, es decir, que pueden interferir con el seguimiento de la dieta, o por el contrario que pueden hacer más probable que siga su dieta. Tal es el caso de la circunstancia social, el lugar o lugares, los objetos o acontecimientos físicos, la conducta socialmente esperada, la capacidad de la persona en el ejercicio de dichas conductas, las propensiones e inclinaciones y las tendencias; que son los factores que hemos abordado a lo largo de este estudio.

Conducta de otras personas. Está categoría permite identificar la función que ejerce el comportamiento de personas significativas en el comportamiento de la persona a la que se está analizando. Las funciones básicas son las de mediador/mediado, es decir, se plantea que hay comportamientos que determinan la forma en que se adquiere una relación (comportamientos mediadores) y comportamientos que se ajustan (comportamientos mediados). Además se prevén funciones de tipo disposicional. Para el caso del comportamiento de comer, un ejemplo de comportamiento mediador sería cuando una persona determina el tipo y la cantidad de comida a ingerir, lo que ocurre cuando una mamá decide lo que come su hijo.

Efectos. Se refieren a la relación de consecuencia entre lo que hace una persona y los cambios en el ambiente, y el impacto en el comportamiento de otros o en el propio. En el caso del comportamiento de comer de forma poco saludable se consideran, entre otros, los cambios biológicos generados de forma gradual y que son dañinos para el organismo: aumento de peso, elevación de los niveles de glucosa en el caso de pacientes diabéticos, aumento del IMC, entre otros.

Como se comentó, el análisis contingencial apunta al estudio de la relación entre diversos elementos, para, en función de su análisis, otorgar pesos explicativos específicos. Ello lleva a considerar a las situaciones en que los pacientes comen, como un elemento digno de explorar. La literatura prácticamente no se ha ocupado de identificar factores de contexto, y, cuando lo ha hecho, no se ha ocupado de la diversidad de elementos que pueden configurar una situación, o los ha entendido como procesos causales del comportamiento, tal es el caso de ciertos estados emocionales. En este estudio se encontró que los pacientes que conformaron nuestra muestra le daban importancia a algunos de estos factores, e igualmente, se encontró que la intervención tuvo un efecto en la importancia atribuida a ellos. Posterior a la intervención se les atribuyó menor importancia, lo que apunta a que ésta modificó el comportamiento relacionado con comer, es decir, al parecer los pacientes lograron controlar su forma de comer al margen de factores del contexto.

Al analizar cada uno de los factores disposicionales estudiados, se halló que no se reportó como importante para romper la dieta, el que en la situación hubiera ciertos *Objetos y Acontecimientos Físicos* (OAF) como la televisión, por ejemplo; lo cual resulta interesante, dado que comúnmente se puede considerar que estar frente al televisor hace más probable que la gente consuma alimentos poco saludables y en mayores cantidades.

Por otro lado, se podría esperar que el factor de *Circunstancias Sociales* (CSO) que incluye aspectos como estar en el trabajo, en una reunión, con los amigos y la pareja fueran los que mayormente intervienen para incumplir la dieta; sin embargo, a pesar de que este factor también mostró un cambio significativo, no es el que tuvo mayor relevancia en los resultados.

Sin embargo al factor *Lugar* (LG) como la calle, restaurantes o casas ajenas, los pacientes le atribuyeron gran importancia para romper la dieta,

Otro factor importante fueron las *Inclinaciones*. Los pacientes consideraron que alimentos como su platillo favorito, tener mucha hambre por el tiempo sin ingerir alimentos, consumir bebidas alcohólicas o el dominante antojo de un alimento en específico fueron factores que consideraron importantes para no apegarse a su dieta. La importancia atribuida a estos elementos disposicionales se redujo en los resultados post, lo que nos indica que hubo un efecto de la intervención en el manejo de la función disposicional de algunas condiciones biológicas tales como la privación o el efecto del alcohol, así como de algunos gustos y preferencias. Recordemos que se emplearon técnicas de autocontrol para implementar habilidades que permitieran alterar la función disposicional de este tipo de factores.

El factor en el que se incidió de manera más notable (ver gráfica 2) fue el de *Propensiones*. La mayoría de los pacientes identificó que estar nervioso provocaba que comiera más de lo que debían, al igual que cuando estaban aburridos, el hecho de no tener una actividad o una ocupación en algún momento les abría el apetito, lo que los incitaba a comer desproporcionadamente o a comer alimentos que no debían en ese momento. Muchos de ellos mencionaron que bajo ciertos estados de ánimo, optaban por alimentos dulces sobre todo por aquellos de consistencia suave, como pasteles, pan de dulce y chocolates, etc. Como se puede observar, las técnicas conductuales de autocontrol y solución de problemas, lograron un efecto muy positivo en la importancia atribuida a este factor.

Ligado a lo anterior, diversos autores hacen referencia a la categorización de las emociones tales como: negativas y positivas, dándole mayor importancia a las “emociones positivas”, ya que son consideradas benéficas para mantener óptimos estados de salud; por el contrario las “emociones negativas”, sobre todo estrés, enojo, ansiedad y depresión están ligadas a la aparición o agudización de patologías biológicas, haciendo énfasis en este caso en la diabetes (Pineda, Bermúdez, Cano, Ambard, Mengual, Medina, Leal & Martínez, 2004; García,

Salcedo & López, 2006; Ortiz & Ortiz, 2007; Zavala & Whetsell, 2007; Fabián, García & Cobo, 2010; Ortiz, Ortiz Gatica & Gómez en el 2001; entre otros)

El estado emocional por sí mismo, no es generador de enfermedad. Al entenderse a las emociones como causales de enfermedad o de la agudización de la misma, se limita la explicación del comportamiento.

De acuerdo con Rodríguez (2011) las aproximaciones cognoscitivas plantean que debe haber elementos “internos” que median la relación entre una persona y su ambiente, tales eventos se consideran estructuras compuestas por eventos privados generadores de conducta, que operan independientemente de los principios conductuales. Estas estructuras o procesos se entienden como los responsables del comportamiento. Esto, como se mencionó, implica un error categorial (Ryle, 1949).

Moreno y Róales (2003) señalan que se le da mucho peso a las variables cognitivas como responsables en el comportamientos de salud, restando importancia a los aspectos sociales e individuales, abordándolos como si fueran variables de otro orden. La limitante radica en adjudicar a emociones como depresión, estrés e ira una sobrevaloración para dar explicación a la falta de adherencia a una dieta y al consumo desmedido de alimentos.

El que una persona diabética consuma más alimento del recomendado, o que se alimente de cosas perjudiciales para su nivel de glucosa y por ende de su salud en general, no puede explicarse con base en lo que reportan como emociones. En este estudio, se consideraron factores disposicionales tales como: la circunstancia social en la que la gente come, los lugares en los que lo hace, la presencia de ciertos objetos o acontecimientos físicos, la conducta socialmente esperada, la capacidad para ejercer dicha conducta, inclinaciones, propensiones y tendencias. Se encontró que los pacientes consideran que la mayoría de estos factores interfiere en cierta medida con el seguimiento de su dieta; y la literatura se ha ocupado muy poco de ellos; la inclusión de dichos factores permite entender elementos que tradicionalmente se han estudiado, ya sea como ocurrencias ó como procesos de tipo cognoscitivo; hablamos de capacidades, hábitos, motivos, gustos o estados de ánimo, cometiéndose así el error categorial (Ryle, 1949).

“Tales factores no pertenecen a la categoría de variables, no puede predicarse de ellos observabilidad o inobservabilidad; como tampoco una ubicación espacio temporal (no son internos o externos) simplemente porque no designan ocurrencias” (Rodríguez, 2011, p. 80)

Estos factores cuando son del individuo, están formados por capacidades y tendencias, y cuando aluden a ciertas propiedades del ambiente físico y social, constituyen un contexto situacional (Ryle, 1949).

Uno de los pocos estudios que pudimos encontrar, que aborda algunos factores, que desde nuestra perspectiva, son de contexto, es el de Schlundt, Rea, Kline y Pichart en 1994, quienes reportan una investigación titulada *Situational obstacles to dietary adherence for adults with diabetes*, que tuvo como objetivo desarrollar una taxonomía de situaciones cotidianas que crean obstáculos para la adhesión a la dieta en pacientes con diabetes. La muestra fue de 26 pacientes (12 con diabetes mellitus insulino-dependiente y 14 con diabetes mellitus no insulino-dependiente) que fueron reclutados de una clínica externa de diabetes. Los sujetos fueron entrevistados para identificar las situaciones problemáticas que crean obstáculos para la adherencia dietética. Los resultados identificaron 12 tipos de situaciones problemáticas: las emociones negativas (ira, preocupación, tristeza, etc.), resistiendo la tentación (evitar el consumo de alimentos hipercalóricos), salir a comer (debido a la gran oferta de alimentos que se pueden consumir en la calle, comer fuera de casa se considera un obstáculo para adherirse a la dieta), sentirse privado (constante restricción de alimentos), la presión del tiempo (realizar las comidas en horas específicas), la tentación de la recaída (dejar de lado el plan nutricional y retomar viejos hábitos alimenticios), la planificación (organizar los alimentos en tiempo y forma), las prioridades en competencia, eventos sociales (apegarse a la dieta cuando se asiste por ejemplo a una fiesta), el apoyo familiar (percibir el acompañamiento y apoyo de la familia en la dieta), rechazo de algunos alimentos (negarse a alimentos considerados apetitosos pero nocivos, o incorporar frutas y verduras a la nueva dieta) y apoyo de amigos (sentir presión para consumir alimentos y/o bebidas no recomendables). Estos autores concluyen que esta taxonomía resultante proporciona un esquema para el análisis detallado de

los obstáculos a la adherencia dietética. La capacidad de un individuo para hacer frente a esta serie de obstáculos para la adherencia dietética debe ser evaluada, para que el tratamiento pueda ser individualizado.

De estos 12 tipos de situaciones problemáticas halladas en el anterior estudio, se pueden considerar como factores disposicionales lo que los autores denominan como:

- Las emociones negativas (Propensiones)
- Salir a comer (Lugar o Lugares)
- La tentación de la recaída (Tendencias)
- Eventos sociales (Circunstancias sociales)
- La planificación y rechazo de alimentos (Competencias para llevar a cabo lo socialmente esperado. Se traduce en la capacidad de ejercer la conducta adecuada en términos de la salud).
- Sentirse privado. Este tipo de situación puede referirse a dos cosas distintas. La primera, de ser realmente una privación, alude a una condición biológica, y entonces, los autores se refieren a una *propensión*. La segunda, puede aludir a *pensar que* están privados de algún alimento, en cuyo caso refiere un comportamiento.

El estudio citado incluye en la misma taxonomía otros elementos que no forman parte de lo que, desde nuestra perspectiva, se denomina *Situaciones*, tal es el caso del apoyo familiar y de amigos, que tendría que ser estudiado como funciones de otras personas (puede haber personas cuyo comportamiento sea de tipo disposicional, aunque no formaría parte del contexto). Los autores incluyen en la taxonomía „resistiendo la tentación“ y „presión del tiempo“, que así como se encuentra redactado en los resultados del estudio, alude a lo que la gente piensa o percibe, y entonces no se trata de factores de tipo disposicional. De cualquier manera, aunque estos obstáculos situacionales, no refieren disposiciones situacionales en su totalidad, el estudio citado es uno de los pocos antecedentes encontrados en la literatura que le otorga importancia a los factores del contexto como parte de la explicación del apego o rompimiento de una dieta.

Por otro lado, las técnicas de autocontrol y solución de problemas, contribuyeron positivamente a reducir la importancia atribuida a algunos factores situacionales para el rompimiento de la dieta. Las dos técnicas se seleccionaron considerando que los pacientes debían adquirir comportamientos para identificar y alterar factores del contexto que interferían con su dieta, pudiendo llevar a cabo estos comportamientos fuera de las sesiones del taller, y así incorporándolos como parte de su repertorio conductual.

En el postest se mostró que hubo un mayor autocontrol y eficacia en la solución de problemas. Las personas con más años de diagnóstico manifestaban un mayor cuidado y atención hacia su enfermedad, y un mayor esfuerzo para realizar modificaciones. A otra parte de esta población relativamente joven con diabetes, les benefició que en el Club de diabéticos se pudieran apoyar de los que tenían mayor experiencia con la enfermedad, y de esta manera todos compartían experiencia y vivencias, lo que fomentó el interés en el cuidado de su enfermedad. Algunas de las personas que tenían menos de un año con el diagnóstico de diabetes desertaron del taller, la mayoría de ellos estaban entre los 30 y 48 años y se encontraban en un momento de tratar de entender su enfermedad, considerando sumamente complicado tener que adaptarse a la nueva forma de cuidar su alimentación. Esto resulta preocupante, porque de no optar por una prevención oportuna se repite el ciclo de atenderse hasta que las funciones orgánicas presentan un gran deterioro generando costos tanto para el individuo como para el sistema de salud, situación que si llegará a suceder podría presentarse con un menor impacto y tal vez un menor decadencia de funciones orgánicas y/o de miembros.

Básicamente, el apoyo en los grupos en los que se impartió el taller era generando ideas de acuerdo a la experiencia del paciente con la enfermedad, auxiliados del equipo de médicos, enfermeras y psicólogos,

En este estudio se hicieron pruebas con respecto a la escolaridad como variable de comparación, en la cuales no se encontraron diferencias significativas; sin embargo, se podría continuar investigando esta variable dado que otros autores la han encontrado importante. Por ejemplo Duran, Rivera y Franco (2001)

realizaron un estudio que tuvo como objetivo, establecer la frecuencia de apego al tratamiento farmacológico en pacientes diabéticos tipo 2, relacionarla con el control metabólico e identificar factores que influyen para el no apego. La muestra fue de 150 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Chihuahua. Los factores de riesgo, con una relación estadísticamente significativa para no apegarse al tratamiento fueron la escolaridad de primaria completa o menor.

Cabrera, Martínez, Vega, González y Muñoz (1996) realizaron un estudio con el objetivo de identificar y relacionar las prácticas nutricias con el control metabólico, edad, sexo, escolaridad y tiempo de enfermedad. La muestra fue de 114 casos seleccionados por muestreo aleatorio sistemático de cinco unidades de medicina familiar de Guadalajara. Relacionando el valor de las prácticas nutricionales con la escolaridad, encontraron que los derechohabientes con instrucción básica ofrecen una diferencia estadística entre las prácticas nutricionales, ya que mejora cuando tienen instrucción básica o mayor de secundaria completa a profesional, Los autores de este estudio consideran que, la educación escolarizada y nutricia es un factor que condiciona la aparición de la diabetes debido a su estrecha relación con los hábitos alimentarios y estilos de vida; así, a mayor educación mejores hábitos nutricios, reconociendo que la educación no es determinante para tener buenos hábitos; sin embargo, sí puede influir en mejorarlos.

CONCLUSIONES

En este estudio se pudo evaluar que los comportamientos de adherencia o de no adherencia a una dieta saludable son mucho más complejos y se deben analizar con base en un conjunto de factores, para poderlos comprender y en un mediano plazo intervenir de manera exitosa en su control.

La diabetes mellitus tipo 2 debería ser abordada de forma multidisciplinaria, considerando desde lo médico hasta lo psicológico, esta visión integral puede ayudar a la comprensión de los comportamientos de adherencia y en cierto plazo contribuir con la demora o evitación de complicaciones de la enfermedad, y por qué no, en un nivel de prevención primaria podría hacerse una gran aportación al problema de salud que esta enfermedad representa, con sus consecuentes ventajas en términos sociales, familiares y económicos. El modelo psicológico de la salud biológica, y su metodología, permiten profundizar y abrir preguntas que generen respuestas eficientes que permitan ampliar lo ya conocido, o generar planteamientos de otro orden.

BIBLIOGRAFÍA

- Almeida, G. & Rivas, V. (2008). Estrategias de afrontamiento en adultos con diabetes mellitus Tipo 2. *Semana de divulgación y video científico*. Recuperado de: <http://www.archivos.ujat.mx/dip/divulgacion%20y%20video%20cietifico%202008/DACS/VRivasA%202.pdf>
- Alpizar, M. (2001). *Guía para el manejo integral del paciente diabético*. México: El Manual Moderno.
- Andrade, I S. & Revilla, M.M. (1999). *Diabetes Mellitus: conceptos y nueva clasificación*. Recuperado de: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=74250>
- Arora, N., Allanan, J. & Guadagnoli, E. (2005). Examining the relationship of patients attitudes and beliefs with self-reported level of participation in medical decision-making. *Calité*, 43. Recuperado de: <http://calite.umh.es/data/documentos/publicaciones/07-02-01.pdf>
- Arredondo, A. (2009). Impacto económico de la diabetes en México: Implicaciones para el sistema de salud, los pacientes y la sociedad. *Instituto Nacional de Salud Pública de Mérida*. Recuperado de: http://www.smsp.org.mx/documentos/Impacto%20economico_5Jun.pdf
- Bourges, H. (1990). Costumbres prácticas y hábitos alimentarios. *Cuadernos de nutrición*, 13 (2). Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/316/31601903.pdf>
- Cabrera, C., Martínez, A., Vega, M., González, G. & Muñoz, A. (1996). Prácticas nutricias en pacientes diabéticos tipo II en el primer nivel de atención. *Cuadernos de Salud Pública*, 12, 525-530.

- Cañadel, J. (1980). *Libro de la diabetes*. México: JIMS Editorial.
- 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.
- Colunga, C., García, J., Salazar, J. & Ángel, M. (2008). Diabetes tipo 2 y Depresión en Guadalajara, México. *Revista de Salud Pública*, 10, 137-149.
- Compeán, L., Gallegos, E., González, J. & Gómez, M. (2010). Conductas de autocuidado e indicadores de salud en adultos con diabetes tipo 2. *Rev. Latino-Americana. Enfermagem*, 18 (4), 1-7.
- Compeán, L., Quintero, L.M., Reséndiz, E., Muñoz, A. & Del Ángel, B. (2010). Conductas de autocuidado y marcadores bioquímicos en adultos con diabetes tipo 2. *Facultad de Enfermería C.U.U.A.T.*, 204 (20). Recuperado de:
<http://www.turevista.uat.edu.mx/Volumen%204%20numero%203/adultos-res.htm>
- Díaz-González, E., Rodríguez, M., Robles, S., Moreno, D. & Frías, B. (2003). El análisis contingencial como sistema analítico para la evaluación de competencias funcionales relacionadas con la prevención del VIH/sida. *Psicología y Salud*, 13(2), 149-159.
- Durán, B. R., Rivera, B. & Franco, E. (2001). Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México*, 43 (3), 233-236.

- Espinosa, R., García, M.P. & Sanz, J. (2011). Factores psicosociales implicados en el control de la hipertensión arterial. *Hipertensión Riesgo Vascular*, 10 (1016), 1-6.
- Federación Mexicana de Diabetes A.C. (2012). Recuperado de: http://www.fmdiabetes.org/fmd/pag/diabetes_numeros.php
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Floréz, L. (2004). Psicología de la Salud – Resumen. *PsicoPediaHoy*, 6 (4). Recuperado de: <http://psicopediahoy.com/resumen-psicologia-de-la-salud/>
- Fabián, S., García, S. & Cobo, A. (2010). Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su asociación con el tipo de tratamiento, complicaciones de la diabetes y comorbilidades. *Medicina Interna Mexicana*. 26, (2), 100-108.
- García, J., Salcedo, A. & López, B. (2006). Una aproximación al conocimiento cultural de la diabetes mellitus tipo 2 en el occidente de México. *Universidad de Guadalajara*, 21, 97-108.
- García, R. & Suárez, R. (2007). La educación a personas con diabetes mellitus en la atención primaria de salud. *Revista Cubana Endocrino*, 18, (1). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532007000100005&lng=es&nrm=iso
- García, G. R., Moreno, D., Rodríguez, M. L. & Díaz-González, E. (2007). *Psicología y Salud sexual. Reflexiones críticas a los modelos psicológicos de la salud orientados al VIH/Sida desde la perspectiva interconductual*. México: FESI

García, J.A. (2010). *Propuesta de taller para mejorar la adherencia a la dieta en pacientes con diabetes tipo 2*. Tesis de Licenciatura no publicada, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Gavino, A & López, A. E. (1999). Los comportamientos alimentarios en las etapas de la vida. *Facultad de Psicología, Universitat de Barcelona*, 30 (2), 7-23

Gómez, S.A., Galicia, L., Vargas, E.R., Martínez, L. & Villarreal, E. (2010). Estrategia de afrontamiento de la diabetes como factor de riesgo para el estilo de vida. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48 (5), 539-542.

Kazdin, A.E. (1989). La modificación cognitiva de la conducta y el autocontrol. En *Historia de la modificación de conducta*. España: Descleé de Brower Editores.

La Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus (2010). Recuperado de:

http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010

Landero, L. & González, M. (2011). *Estadística con SPSS y metodología de la investigación*. México: Trillas

Lazarus S. y Folkman, S.(1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Roca Editores.

León, D., Oliva, L. & Rivera, E. (2011). Aplicación del autocontrol para el tratamiento del exceso de peso en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 12(2). Recuperado de

<http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/26030>

- Lerman, I. (1999). *Atención integral del paciente diabético*. México: McGraw hill.
- Lerman, I. (2007). La atención del paciente más allá del primer nivel de atención. *Salud Pública México*, 49(1), 99-103.
- Márquez, B., Anguiano, A., Bacardí, M. & 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.
- Martínez, L., Vega, C., Nava, C. & Anguiano, S. (2010). Revisión de investigaciones sobre las enfermedades del siglo XXI en México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13, 1-17.
- Montoya, E.A. & Osorio, C.Y. (2005). Variables psicológicas relacionadas con hipertensión controlada y no controlada en un grupo de pacientes hipertensos adscritos a la ips punto de salud robledo. *Su salud*. Recuperado de:
http://201.234.78.173:8081/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000032190
- Moreno, E. & Róales, 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 PsychologyTherapy*, 3 (1), 91-109.
- 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.

- Ortego, M., López, S., Álvarez, M.L. & Aparicio, M. (2011). Ciencias psicosociales I. *Universidad de Catabria. Aula virtual*. Recuperado de:
<http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i-1>
- Ortiz, A., Vázquez, V. & Montes, M. (2005). La alimentación en México: enfoques y visión a futuro. *Estudios Sociales. Revista de investigación científica*, 13(25), 7-34. Recuperado de:
http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/title/alimentacion-mexico-enfoques-vision-futuro/id/13145154.html
- Ortiz, P. M. & Ortiz, P. E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista médica de Chile*, 135(5), 647-652. Recuperado de:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000500014&lng=es&tlng=es.
- Ortiz, M., Ortiz, E., Gatica, A. & Gómez, D. (2011). Factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Terapia Psicológica*, 29 (1), 5-11.
- Padilla, E., Ruiz, J. & Rodríguez, A.R. (2009). Asociación: depresión-obesidad. *Salud Pública de México*, 51 (4), 275-276.
- Pantoja, C., Domínguez, M., García, E., Reguera, M., Pérez, M., & Mandujano, M. ((2011). Programa de entrenamiento en habilidades de autocontrol alimenticio en personas diabéticas e hipertensas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14 (1). Recuperado de:
<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol14num1/Vol14No1Art6.pdf>

- Péres, D., Santos, M.A., Zanetti, M. & Ferronato, A. (2007). Dificultades de los pacientes diabéticos para el control de la enfermedad: sentimientos y comportamientos. *Rev Latino-am Enfermagem*, 15 (6) 1-8. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/es_07.pdf
- Peyrot, M. & Rubin, R. (2007). Behavioral and Psychosocial Interventions in Diabetes: A conceptual review. *Diabetes Care*. 30 (10), 2433 - 2440.
- Pineda, N., Bermúdez, V., Cano, C., Ambard, M., Mengual, E., Medina, M., Leal, E. & Martínez, Y. (2004). Aspectos Psicológicos y Personales en el manejo de la Diabetes Mellitus. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 8, 1-8.
- Piña, J. (2008). Variaciones sobre el modelo psicológico de salud biológica de Ribes: justificación y desarrollo. *Universitas Psychologica*, 7(1) 1-13. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=64770103>
- Ribes, E. (1982). *El conductismo: reflexiones críticas*. España: Fontanella
- Ribes, E. & López, F. (1985). *Teoría de la conducta: un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas.
- Ribes, E. (1990a). *Psicología y Salud: Un análisis conceptual*. México: Trillas.
- Ribes, E. (1990b). *Psicología general*. México: Trillas.
- Riveros, A., Ceballos, G., Laguna, R. & Sánchez, J. J. (2005). El manejo psicológico de la hipertensión esencial: efectos de una intervención cognitivo-conductual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37 (3) 493-507.

- Riveros, A., Cortázar, J., Alcázar, L. & 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, M.S. & Moreno, R.D. (2000). Evaluación de prácticas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios. *Revista de la Asociación Mexicana de Psicología Social*, 8, 748-755.
- Rodríguez, M. L., Robles, S., Moreno, D. & Díaz-González, E. (2000). El SIDA desde el Modelo Psicológico de la Salud Biológica. *Psicología y Salud*, 10 (2), 149-161.
- Rodríguez, M. L. (2008). Emociones y salud: Algunas consideraciones. *Revista Psicología Científica.com*, 10(6). Recuperado de: <http://www.psicologiacientifica.com/emociones-y-salud>
- Rodríguez, M. L. & García, J. C. (2011). El Modelo Psicológico de la salud y la diabetes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14 (2), 210-222.
- Rodríguez, M. L. (2011). *Análisis Contingencial*. México: Fes Iztacala, UNAM.
- Rondón, B. (2011). Variables psicosociales implicadas en el mantenimiento y control de la diabetes mellitus: aspectos conceptuales, investigación y hallazgos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14 (2). Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/26030>
- Ryle, G. (1949). *The concept of mind*. Nueva York: Barnes.

- Schlundt, D., Pichert, J., Rea, M.R, Puryear, W., Penha, M. & Kline, S.S. (1994). Situational obstacles to adherence for adolescents with diabetes. *U.S. National Library of Medicine*, 20 (3), 207-211. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7851234>
- Snoek, F. (2002). DAWN study (Diabetes Attitudes, Wishes and Needs). *Diabetes in society*, 47(2). Recuperado de: http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_157_en.pdf
- Sparrow, C. (2008). Respuestas a algunas objeciones y críticas a la terapia cognitivo-conductual. *Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú*, 4, 57-65
- Terrés, A. (2006). Evaluación de tres estudios internacionales multicéntricos prospectivos en el estudio y manejo de la diabetes mellitus. *Medigraphic Artemisa*. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2006/pt062f.pdf>
- Thoresen, C. E. & Mahoney, M. (1974). *Behavioral self control*. Nueva York: Pass.
- Tobal, J.J., Cano, A. Casado, M.I. & Escalona, A. (1994). Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos. *Anales de psicología*, 10 (2), 199-216.
- Torres, A. M. & Piña, J. A. (2010). Asociación entre variables psicológicas y sociales con la adhesión en personas con diabetes tipo 2. *Terapia Psicológica*, 28 (1) 45-53.

Tusié, M. T. (2008). El componente genético de la diabetes tipo 2. *Instituto de Investigaciones Biomédicas, UNAM e Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, D.F.*, 32, 1-8. Recuperado de:http://bq.unam.mx/wikidep/uploads/MensajeBioquimico/Mensaje_Bioq08v32p59_66_Tusie.pdf

Vásquez, M. J., Gómez, D. & Fernández, C. S. (2006). Diabetes Mellitus en población adulta del IMSS. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. *Revista Médica del IMSS*, 44, (1), 13.

Vinaccia, S. & Orozco, L. M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 1 (2) 125-137.

Zavala, M. & Whetsell, M. (2007). La fortaleza de los pacientes con enfermedad crónica. *Revista de la Universidad de La Sabana*, 7, (2), 174-188.