



UNAM IZTACALA

# Universidad Nacional Autónoma de México

## Facultad de Estudios Superiores Iztacala

### Evaluación De Un Taller De Adherencia a La Dieta En La Importancia Atribuida a Factores Disposicionales Por Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo II

ACTIVIDAD DE INVESTIGACIÓN-REPORTE  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A

**María de Lourdes Guevara Enciso.**

**Directora:** Mtra. Antonia Rentería Rodríguez.

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

Lic. Juan Carlos García Rodríguez.



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.

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO 1. LA DIABETES	
1.1 Obesidad.....	9
1.2 Tratamiento.....	12
CAPÍTULO 2. PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y EL ESTUDIO DE LA DIABETES	
2.1 El modelo de creencias de salud.....	21
2.2 El modelo transteórico o etapas de cambio.....	23
2.3 El modelo de acción razonada.....	25
2.4 El modelo de autoeficacia.....	26
CAPÍTULO 3. EL MODELO PSICOLÓGICO DE LA SALUD BIOLÓGICA	
3.1 Componentes del modelo.....	36
3.2 El modelo y la prevención.....	39
CAPÍTULO 4. EVALUACIÓN DE UN TALLER DE ADHERENCIA A LA DIETA EN LA IMPORTANCIA ATRIBUIDA A FACTORES DISPOSICIONALES POR PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2	
4.1 Método.....	43
4.2 Procedimiento.....	45
4.3 Resultados.....	46
DISCUSIÓN.....	50
CONCLUSIONES.....	53
BIBLIOGRAFÍA.....	54

## AGRADECIMIENTOS

*Al proyecto PAPIIT IT302911 “Evaluación de la efectividad de un programa de intervención para la disminución de los niveles de glucosa en sangre, reducción de peso y cambios en los hábitos alimenticios en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II”.*

*A mis padres. Qué con su amor y paciencia me han apoyado durante toda mi vida para concluir las metas que me propongo.*

*A Daniel, por el amor y apoyo que me ha demostrado.*

*A la Dra. María de Lourdes Rodríguez Campuzano, por la confianza, comprensión y apoyo que me brindó para desarrollar y concluir esta investigación.*

*A la Mtra. Antonia Rentería Rodríguez, por brindarme su confianza.*

*Al Lic. Juan Carlos García Rodríguez, por su apoyo.*

*A David, por la amistad sincera que me ha brindado.*

*A todas las personas que participaron para hacer posible esta investigación.*

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (2005) señala que la Diabetes es una enfermedad crónica degenerativa que en la actualidad presenta un número elevado de personas, calcula que en el mundo hay aproximadamente 347 millones de personas con diabetes. Torres y Piña (2010) estiman que en los periodos 2000-2004 la tasa de morbilidad en México por cada 100 mil habitantes se incrementó a más del 70%.

La Organización Mundial de la Salud prevé que la tasa de morbilidad se multiplique por dos entre 2005 y 2030 en todo el mundo. La Diabetes está asociada a varios problemas, entre ellos un costo elevado para las instituciones del sector salud, sin dejar de mencionar lo que esto representa para la familia y para la persona diabética. El tratamiento general para la persona diabética consiste en mantener una dieta saludable, realizar ejercicio constante, revisión en los niveles de glucosa en sangre, entre otros (García, Salcedo & López, 2006).

Investigaciones recientes demuestran que la mayoría de las personas no se adhiere a la dieta o al tratamiento, siendo éste un factor fundamental para el control de la enfermedad y la prevención (Ortiz, Ortiz & Gatica, 2010).

Por otro lado la Psicología de la Salud ha diseñado programas de intervención interdisciplinaria para la prevención y el tratamiento de la enfermedad, basados en diferentes modelos psicológicos, lo cual no han arrojado resultados satisfactorios (Torres & Piña, 2010).

Cabe mencionar que falta mucho por investigar en este campo y que de los resultados que se tengan sobre el tema dependerá el desarrollo de programas de prevención eficaces. Es por ello que en este trabajo, se parte del modelo psicológico de la salud propuesto por Ribes (1990) basado en la teoría Interconductual formulada por Kantor (1978).

El Modelo Psicológico de la Salud Biológica desarrollado por Ribes en 1990, cuya metodología es el Análisis Contingencial, es como se mencionó, el que fundamenta teóricamente el trabajo que se presenta.

Con estas bases se desarrolló un programa de intervención para pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, con el objetivo de reducir sus niveles de

glucosa en sangre y su peso corporal, alterando hábitos alimenticios, mediante el entrenamiento en diversas habilidades.

Este programa se sometió a evaluación en un estudio preliminar, en el que se aplicó a una muestra de 99 pacientes diabéticos. Los resultados obtenidos fueron favorables, aunque las experiencias vividas obligaron a reformular algunos materiales, así como ciertas estrategias de intervención. Así, partiendo de estos cambios, como estaba inicialmente previsto, se llevó a cabo un segundo estudio. Aquí se presenta una investigación correspondiente a este segundo estudio, cuyo propósito fue evaluar los posibles cambios en el grado de importancia que atribuyen los pacientes a ciertos factores disposicionales, en el rompimiento de su dieta, como efecto de la aplicación del programa de intervención.

## LA DIABETES

La Diabetes es la enfermedad crónica degenerativa con mayor impacto de mortalidad en todo el mundo, sin dejar a un lado el factor sociosanitario, debido a las consecuencias de las complicaciones que ésta presenta. De acuerdo a García, Salcedo y López (2006) la diabetes afecta aproximadamente a 140 millones de personas y probablemente afectará a 300 millones dentro de dos décadas. Asimismo datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud muestran que hay más de 347 millones de personas con diabetes; sin embargo, prevé que la tasa de morbilidad se multiplique por dos entre 2005 y 2030 en todo el mundo. Por otro lado la Federación Internacional de Diabetes, demostró que en el año 2011 había aproximadamente 366 millones de personas diabéticas y señala que para el 2030, aumentará la cifra hasta alcanzar los 552 millones. De 183 millones de personas diabéticas, el 50% están sin diagnosticar.

Desde 1940, en México la diabetes ya se encontraba dentro de las primeras causas de mortalidad; sin embargo, se consideraba una enfermedad poco frecuente. Diez años después ocupó el noveno lugar. A partir del 2000 es la primera causa de muerte en mujeres, y la segunda en hombres (Olaiz, et.al. 2007).

Datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000, hacen alusión al grave problema de salud que representa la Diabetes en México, ya que un elevado porcentaje de personas que padecen la enfermedad tienen limitado al acceso al tratamiento, debido a varios factores sociales o económicos. (Olaiz, et.al. 2007).

Chiquete, Nuño y Panduro (2001) mencionan que el término Diabetes es un vocablo de origen Griego (dia-a través); (betes-pasar). Concepto atribuido por Areteo de Capadocia (5.II d.c.). Él distinguió la Diabetes de orina dulce (Mellitus) vocablo latino que significa miel y la que no tiene sabor (Insipidus).

El cuerpo humano necesita energía para llevar a cabo actividades de la vida diaria, esta energía la obtenemos de todos los alimentos que ingerimos; por medio de la digestión, los alimentos se degradan para obtener glucosa, y así utilizarla como energía.



La Asociación Mexicana de Diabetes (2010) describe a la Diabetes como una enfermedad crónica degenerativa que surge cuando el páncreas no produce insulina (órgano que tiene la función de producir insulina), o la que produce no la utiliza eficazmente el organismo. ¿Qué es la insulina? La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre, ésta es generada por las células beta que se encuentran en los islotes de Langerhans. Chiquete, Nuño y Panduro (op.cit.) mencionan que M. L. Lane diferenció dos tipos de células presentes en los islotes: las células alfa y beta, estas células son necesarias para el control metabólico de los carbohidratos.

Por otro lado La Organización Mundial de la Salud (2005) describe la clasificación de la Diabetes en tres grupos:

- Diabetes Mellitus tipo I

También llamada insulino dependiente, se caracteriza por la destrucción de células beta, de tipo inmunitario (células necesarias para el control metabólico de los carbohidratos) que origina la pérdida de la secreción de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona, cabe mencionar que la administración depende de cada paciente.

Los síntomas que presentan son: excreción excesiva de orina, también llamada (poliuria), sed (polidipsia), hambre constante (polifagia) y pérdida de peso.

- Diabetes Mellitus Tipo II

También llamada no insulino dependiente, caracterizada por la resistencia insulínica y deficiencia de la misma. De acuerdo a La Asociación Mexicana de Diabetes, la enfermedad se origina cuando el hígado produce glucosa en exceso y los tejidos disminuyen el aprovechamiento de la insulina, provocando niveles muy altos de glucosa en la sangre.

Los síntomas que presenta, son similares a la Diabetes tipo I.

- Diabetes Gestacional

Es caracterizada cuando se detecta por vez primera durante el embarazo, presentando un estado hiperglucémico. Suele diagnosticarse mediante pruebas prenatales y no porque el paciente refiera síntomas.

Bosch, Alfonso y Bermejo (2002) mencionan que un 90% de las personas diabéticas presentan Diabetes tipo II, ya que es el final de un proceso el cual fue iniciado años antes del diagnóstico clínico aunado a factores de riesgo como: edad, obesidad, y la historia familiar.

La Diabetes Mellitus tipo II constituye un grupo heterogéneo de carácter crónico el cual se caracteriza por la alteración del metabolismo en el aumento de los niveles de glucosa en la sangre asociada a complicaciones que afectan el riñón, la retina y las arterias. Se puede presentar en cualquier persona con o sin antecedentes. Es importante detectar la presencia de algún síntoma ya que éste puede ser una señal para prevenir la enfermedad. No sólo es la presencia de algún síntoma, sino que también se recomienda la aplicación de una prueba denominada Hemoglobina Glucosilada HBA1C, que permite rastrear los niveles de glucosa en sangre en los tres meses anteriores a su realización. Asimismo, La Asociación Mexicana de Diabetes menciona la descripción de la prueba.

Prueba de glucosa en ayuno:

Normal: Menor a 100mg/dl

Intolerancia a la glucosa: Igual o mayor de 110mg/dl, pero menor a 126mg/dl.

Personas con Diabetes: Igual o mayor a 126mg/dl.

Prueba de glucosa casual:

Normal: Menor a 140mg/dl

Personas con Diabetes: Igual o mayor a 200mg/dl con síntomas.

Esta prueba se realiza cuando se tiene la sospecha de padecer diabetes dado que los síntomas son muy claros. Si los resultados de la prueba se encuentran entre 140 y 200mg/dl, ya se puede hablar de intolerancia a la glucosa comúnmente llamada "prediabetes", esto significa que la persona está en riesgo de padecerla. Si el resultado es mayor de 200mg/dl se diagnostica a la persona con Diabetes.

Ramos, Batista, Gómez y Zamora (2006) describen que personas genéticamente predispuestas a la obesidad que presentan sedentarismo tienen un mayor riesgo de desarrollar resistencia a la insulina, lo cual es un estado que precede a la Diabetes tipo II. La evidencia a la resistencia de insulina se

encuentra en la obesidad abdominal, en la hipertensión arterial, en la elevación ligera de triglicéridos, en la disminución o elevación de colesterol o en la hiperglucemia.

La mayoría de las personas con Diabetes Mellitus tipo II acumulan la grasa en el abdomen y un alto porcentaje sufre hipertensión arterial, concentraciones anormales de colesterol, triglicéridos y ácido úrico antes de la aparición de la hiperglucemia. Las causas de la hiperglucemia son una deficiencia en la producción de insulina o resistencia de las células. Cuando los receptores de insulina no funcionan, hay una resistencia a la acción de insulina y el páncreas produce más insulina generando una sobre-estimulación. La función principal que hace que se manifieste la resistencia a la insulina es la obesidad o el sobrepeso.

Al presentar hiperglucemia, se produce la pérdida de glucosa con la orina (glucosuria) elevadas concentraciones de glucosa en la orina producen diuresis osmótica, que es responsable de la aparición de la poliuria. La eliminación de grandes cantidades de glucosa por medio de la orina, es un signo clave para determinar la existencia de la Diabetes Mellitus. Si la persona diabética orina frecuentemente o elimina grandes cantidades de agua, presentará un estado de sed (polidipsia) y un aumento de la ingesta de líquidos (Olaiz et al. 2007).

Al desarrollar la enfermedad se presenta una serie de complicaciones responsable de alteraciones en el organismo. Según Arce, Catalina y Mallo (2000) son los siguientes:

#### Retinopatía diabética.

Responsable de alteraciones oculares, como lesiones en los vasos de la retina, presentando síntomas, como:

- Visión borrosa (ver luces o manchas)
- Sombras o áreas sin visión.
- Pérdida absoluta de la visión.

#### Nefropatía diabética.

Responsable de fracaso renal, diálisis y trasplante renal. Entre los síntomas se encuentra:

- Náusea

- Espuma en orina
- Extremidades hinchadas

Neuropatía diabética.

A nivel general se presentan alteraciones de la sensibilidad y parálisis musculares.

Entre los síntomas están:

Neuropatía periférica: punzadas o sensación de entumecimiento en el área de las piernas, pérdida de sensibilidad ante cambios de temperatura, adelgazamiento en piernas.

Neuropatía visceral: Incontinencia, estreñimiento, diarrea periódica, mareos, sudoración excesiva, e impotencia sexual.

Otra de las complicaciones es, el pie diabético. Se presenta en personas diabéticas que son susceptibles a peligros ya que pierden mayor sensibilidad en las extremidades debido a una mala circulación, provocando alguna lesión que puede ser difícil de cicatrizar, si no se tienen los cuidados pertinentes, puede llegar a la amputación.

La Asociación Mexicana de Diabetes (2010) hace alusión a que estas complicaciones se presentan varios años después de haber sido diagnosticado con Diabetes, éstas se presentan en cualquier tipo de Diabetes. Sin embargo, existe un factor hereditario que hace susceptible a la persona diabética ante ciertas complicaciones que son consecuencia de:

- Un deficiente control de la glucosa en sangre
- Alcoholismo
- Tabaquismo
- Colesterol alto
- Hipertensión arterial
- Triglicéridos altos
- Factores inmunológicos

Por otro lado tenemos dos tipos de complicaciones que se presentan en la Diabetes tipo I y II.

En la Diabetes tipo I se encuentra la (cetoacidosis) estado en la cual no hay insulina suficiente en la sangre, ya que la glucosa no entra en las células y se acumula en la sangre; y por ende las células no pueden utilizar la glucosa y obtener energía, de modo tal que esta energía la obtienen de otro grupo de alimentos que son las grasas, dejando residuos cetónicos que acidifican la sangre; el organismo elimina estos residuos por la orina y por el pulmón, presentando síntomas como: sed, necesidad frecuente de orinar y deshidratación. Si no se inicia un tratamiento adecuado puede llegar a un (coma diabético).

En la diabetes tipo II, se puede presentar el coma diabético, también llamado (coma hiperosmolar) éste se presenta cuando la glucosa es muy alta, algunos de los síntomas son: cansancio, sed intensa, orinar frecuentemente (poliuria) y somnolencia.

La Asociación Mexicana de Diabetes menciona algunos factores de riesgo, no controlables y controlables.

Factores de riesgo no controlables:

- Raza
- Factor hereditario (antecedente familiar con Diabetes Mellitus).
- Nacer con más de 4 kilos o con un bajo peso.

Factores de riesgo controlables:

- Sobrepeso
- Obesidad
- Sedentarismo
- Tabaquismo
- Dislipidemias (patologías a nivel cardiovascular que afectan el corazón y a los vasos sanguíneos).

Las complicaciones y síntomas antes mencionados no siempre se presentan, pero cabe señalar que si en algún momento se tiene la sospecha, es necesario

que de inmediato se acuda con el médico, ya que así se tiene un mejor diagnóstico y se puede prevenir la enfermedad o bien se puede tratar de forma oportuna.

La Organización mundial de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) establecen que el punto central del desarrollo de la obesidad, es la presencia de un desequilibrio energético en el organismo, debido a que se consume más energía de la que se gasta. Aunado a ello, aquellas personas que padecen obesidad son aquellas que presentan el factor principal desencadenante de la Diabetes Mellitus Tipo II. (García et al. 2008).

Padilla, Aráuz y Rosello (1997) señalan que los profesionales en la salud encuentran dificultades para que los pacientes diabéticos se adhieran a la dieta. Asimismo reportan que sólo el 25% y 50% se adhiere a las recomendaciones prescritas. Es por ello que la dieta es la clave fundamental para el tratamiento.

### 1.1 Obesidad

La obesidad es una enfermedad crónica y estigmatizada. Se define como el exceso de grasa también llamado tejido adiposo; la distribución del exceso de grasa y sus consecuencias varían entre los individuos con obesidad (Kaufer & Erez, 2008).

González, Sandoval, Román y Panduro (2001) definen la obesidad como una enfermedad crónica que se caracteriza por un aumento del peso corporal debido a la acumulación excesiva de grasa. Se diagnostica mediante el índice de masa corporal (IMC), el cual relaciona el peso corporal con la estatura:

$IMC = \text{Peso Corporal en Kg} / \text{estatura en m}^2$ .

Para el valor del IMC, existen algunas limitaciones, entre ellas a personas con masa muscular abundante, se les puede diagnosticar incorrectamente como personas obesas, al igual que en personas con estatura baja a las que también se les diagnostica sobrepeso de forma equivocada.

La Norma Oficial Mexicana para el manejo integral de la obesidad, define el sobrepeso con un IMC de 25.1 a 26.9 y la obesidad con un IMC >27 para adultos y en personas de estatura baja -mujeres <1.50m, en

hombres < 1.60m-; el sobrepeso con un IMC de 23.1 a 24.9 y la obesidad con un IMC > 25.

Es por ello que la Organización Mundial de la Salud (2005) señala que el aumento de peso, la obesidad, o el sedentarismo: son factores relacionados con el desarrollo de alguna enfermedad crónica, entre ellas la Diabetes. Se estima que hay más de 300 millones de obesos y alrededor de 700 millones con sobrepeso en todo el mundo.

La obesidad y el síndrome metabólico están influidos por factores genéticos, sociales, culturales, económicos, entre otros. La Organización Panamericana de la Salud (2008) señalan que el síndrome metabólico se presenta en personas aparentemente sanas y con peso normal, con un nivel alto de resistencia a la insulina de la distribución estándar y por consiguiente con niveles séricos de insulina y de triglicéridos más altos y de colesterol más bajo. Presentan cifras altas de presión arterial sistólica y diastólica y ocasionalmente desarrollan alteraciones en la regulación de la glucemia. La obesidad abdominal es un factor principal del síndrome metabólico ya que los productos secretados en la grasa visceral ayudan a aumentar la resistencia a la insulina.

El síndrome metabólico, agrupa varios factores de riesgo cardiovascular, el principal es la resistencia a la acción de la insulina, aunado a esto, la obesidad es uno de los factores de riesgo desencadenantes más importantes de la diabetes, además de otras alteraciones metabólicas que lo caracterizan tales como: intolerancia a la glucosa, dislipidemia e hipertensión. (García et al. 2008).

Por otro lado González, Sandoval, Román y Panduro (2001) señalan algunos factores de riesgo de la obesidad.

- Consumo de alimentos con alta densidad energética.
- Aumento del tamaño en las raciones.
- Disminución de la actividad física
- Edad
- Factores Genéticos

Kaufer y Erez (2008) indican que en México las tasas estandarizadas de mortalidad para la diabetes, hipertensión arterial e infarto agudo al miocardio;

han aumentado con el incremento de la obesidad; por ende desempeñan un papel importante en estas enfermedades. La obesidad es un predictor de la Diabetes Mellitus tipo II, debido al aumento de peso que empieza durante la infancia, en personas con susceptibilidad genética y que desarrollan obesidad de tipo abdominal.

Sin embargo, en la obesidad abdominal aumenta el nivel de colesterol, lo que resulta también en riesgo de aterosclerosis. Aunado a ello, se ha establecido que la obesidad tipo ginecoide es aquella en donde el tejido adiposo está en la región glútea y femoral; la obesidad de tipo androide es aquella que acumula mayor cantidad de tejido adiposo en la región abdominal, por lo tanto es la causa a la resistencia de la insulina por ende implica un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, hipertensión y diabetes.

González, Sandoval, Román y Panduro (op.cit.) indican que la asociación entre la obesidad y la Diabetes Mellitus tipo II, se origina cuando la obesidad visceral genera un estado de hiperinsulinemia e hiperglicemia, en estado de alimentación y en ayuno. La hiperinsulinemia se da porque las células beta del páncreas tratan de compensar la resistencia a la insulina sintetizando una mayor cantidad de la hormona hasta que se agotan y finalmente se presenta la Diabetes Mellitus tipo II.

Kaufer y Erez (2008) indican que el tratamiento para la obesidad consiste principalmente en tener como objetivo, no sólo la reducción de peso, sino, más bien en lograr un compromiso permanente y modificar su estilo de vida. No obstante, el tratamiento debe estar a cargo de un equipo de salud, integrado por el médico, el nutriólogo y el psicólogo.

Por otra parte, el plan de alimentación debe ser individual con una dieta equilibrada, combinada con un programa de cambio de conducta referente a la actividad física y por ende a los hábitos alimentarios. Cabe destacar que el tratamiento para la obesidad no sólo consiste en llevar a cabo un plan de alimentación; existen varios métodos, entre ellos están, el tratamiento psicológico, el farmacológico y el tratamiento quirúrgico.

Para la pérdida de peso Escobar y Tébar (2009) indican que las dietas bajas en carbohidratos y con restricción en grasas y proteínas pueden ser efectivas para controlar el perfil lipídico y la función renal. Algunas recomendaciones consisten en limitar el consumo de grasas saturadas,



consumir fibra en la dieta o alimentos que contengan grano entero. Considerando que la mayoría de las personas diabéticas tipo II presentan sobrepeso y resistencia a la insulina, es recomendable enfatizar la importancia de llevar una dieta saludable que reduzca el contenido calórico, el consumo de grasas saturadas, de ácidos grasos trans, de colesterol y de sodio; es importante señalar que el tratamiento nutricional es individualizado.

Finalmente, integrar hábitos nutricionales con actividad física aeróbica de moderada intensidad, además de ejercicios de resistencia, permite conseguir una reducción de peso, mejorar el control glucémico y evitar factores de riesgo cardiovasculares.

## 1.2 Tratamiento

Actualmente las enfermedades crónico-degenerativas tienen un impacto a nivel mundial, ya que se han convertido en uno de los problemas de salud pública más importantes debido a costos elevados en tratamientos y prevención. Los estilos de vida actuales han provocado una incidencia mundialmente elevada de Diabetes tipo II.

A nivel mundial la Diabetes es la primera causa de ceguera, insuficiencia renal terminal, y amputaciones no traumáticas. Un tratamiento no controlable condiciona al paciente al sufrimiento debido a las complicaciones que presenta la enfermedad, modificando su calidad de vida.

Por otro lado Socarrás, Bolet, Licea y Puig (2002) describen algunos aspectos relacionados en el tratamiento dietético, entre los cuales están: el cálculo de los requerimientos energéticos y nutrimentales, especificaciones de la dieta de acuerdo al tipo de diabetes, regulación óptima en el metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas; considerando que estos aspectos deben ser de carácter individual.

La dieta es la piedra angular del tratamiento, mantener un peso adecuado es importante para prevenir la hiperglucemia y reducir el riesgo de aterosclerosis. (Córdova et al. 2008). Asimismo Socarrás, Bolet, Licea y Puig (2002) demuestran que la dieta debe ser de forma individual de acuerdo al sexo, edad, el estado fisiológico, el nivel cultural, la procedencia, el nivel socioeconómico, el tipo de diabetes, el grado de actividad física, el tipo de trabajo, los valores de glucemia y el horario en que se administró la insulina.

Por otro lado Córdova et al. (2008) mencionan que llevar a cabo un proceso educativo para el tratamiento es importante y complejo, tanto para el médico como para el paciente, debido a que la mayoría de las instituciones no están preparadas para brindar estos servicios. Se requiere la participación de médicos, nutriólogos y psicólogos.

La dieta debe estar acompañada del tratamiento farmacológico. Córdova, Barriguete, Lara (op. cit.) indican que el tratamiento debe ser individualizado, considerando los siguientes aspectos:

- El grado de hiperglucemia del paciente.
- Propiedades de los hipoglucemiantes orales.
- Contraindicaciones
- Riesgo de hipoglucemia

El tratamiento farmacológico, consiste en la intervención de metformina y acarbosa con glucosa alterada; sin embargo, se debe aplicar con cuidado; debido a que la metformina produce pérdida de peso sin elevar el riesgo de hipoglucemia. La Norma Oficial Mexicana menciona que el uso de metformina y sulfonilureas depende del índice de masa corporal. Por otro lado el tratamiento con sulfonilureas en pacientes adultos presenta riesgo de hipoglucemia, dado que la metformina es más efectiva para el control glucémico, que el tratamiento con sulfonilureas. Antes de iniciar un tratamiento con hipoglucemiantes es recomendable realizar una evaluación de la función renal y comorbilidad de manera individualizada.

La Organización Panamericana de la Salud (2008) señala el tratamiento no farmacológico como tratamiento integral para controlar los problemas metabólicos en personas con Diabetes tipo II, por ende la reducción de peso debe ser el primer objetivo para el control de la enfermedad. Este tratamiento consta de tres aspectos principales:

- Plan de alimentación
- Ejercicio físico
- Hábitos saludables.

Como se mencionó anteriormente el plan de alimentación o una dieta balanceada es el pilar del tratamiento para la Diabetes, éste debe ser

adaptado a las condiciones del paciente de acuerdo a edad, sexo, estado metabólico, actividad física, situación económica, entre otros. Es recomendable que los alimentos se distribuyan de la siguiente manera: desayuno, colación, almuerzo, colación, comida y cena; la distribución de los alimentos reduce los picos glucémicos. Por otro lado entre los alimentos a evitar también está la sal, si existe hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca e insuficiencia renal. El alcohol es una de las bebidas que se recomienda evitar, ya que su exceso produce hipoglucemia. Respecto a los jugos se recomienda consumir la fruta completa y evitar aquellas bebidas energéticas con alto contenido en azúcar. Es preferible consumir alimentos altos en fibra.

Por otro lado se encuentra el ejercicio físico que se ha definido como aquel movimiento corporal que origina contracciones en los músculos y genera gasto calórico. Se recomienda realizar actividad física tres veces por semana con una duración de 30 minutos, la actividad va a depender de cada paciente. Y por último están los hábitos saludables, entre los cuales está el de fumar, que debe evitarse porque aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades macrovasculares.

Un factor fundamental del tratamiento de la Diabetes es: la educación diabetológica; debe hacer énfasis en el control de los factores de riesgo, que desencadenan la enfermedad. A continuación se mencionan algunos objetivos para el proceso educativo:

- Mejorar el control metabólico.
- Prevenir complicaciones.
- Cambiar la actitud del paciente hacia su enfermedad.
- Mejorar la calidad de vida.
- Adherencia al tratamiento, considerando costo-efectividad, costo beneficio y reducción de costos.
- Prevenir la enfermedad en el núcleo familiar.

En el siguiente capítulo se abordará lo que ha hecho la psicología de la salud respecto a la educación diabetológica.

La Diabetes representa un grave problema a nivel mundial, como se ha mencionado anteriormente hay factores de riesgo desencadenantes de la enfermedad, algunos modificables, lo cual indica que es posible la prevención y el control de la misma. El principal factor de riesgo es la obesidad, ya que un porcentaje mayor de la población lo presenta. Es por ello el interés que tienen varias disciplinas de la salud para prevenir el sobrepeso y obesidad y por ende la Diabetes.

La adherencia a la dieta es la piedra angular para el tratamiento y prevención de la Diabetes. Es por ello el énfasis que se hace en el siguiente capítulo en relación con este tema.

# PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y EL ESTUDIO DE LA DIABETES

La Psicología de la Salud surge en agosto de 1975, en ese mismo año se discutió una propuesta para organizar a un grupo de psicólogos interesados en la investigación en salud y formar parte de la sección dentro de la división 18 (Psychologists in Public Service). Debido al crecimiento de esta sección; en 1978 se convirtió en la División 38 (Health Psychology) de la APA, encabezados por Stephen M. Weiss, Joseph D. Matarazzo y George C. Stone. Matarazzo fue elegido como presidente. En 1979 presenta su discurso presidencial en la División en la reunión del APA en Nueva York.

Siendo Matarazzo el primer presidente de la División 38 (Health Psychology) de la APA, define a la Psicología de la Salud, como un conjunto de contribuciones profesionales para la promoción y prevención de la salud, y al tratamiento y mantenimiento de la enfermedad; además de identificar los correlatos etiológicos y diagnósticos, y el análisis de las relaciones en el sistema sanitario (Hernández & Grau 2005).

Autores como Gatchell (en Hernández & Grau 2005) definen a la Psicología de la Salud como disciplina relativa en las áreas de la Medicina Conductual y Salud Conductual. Por otro lado Blomm (en Hernández & Grau op.cit.) la define como el estudio científico de la conducta, pensamientos y creencias que están relacionadas con la salud y enfermedad. Taylor (en Hernández & Grau op.cit.) menciona que la Psicología de la Salud se dedica al conocimiento del cómo las personas permanecen sanas, por qué enferman y cómo responden cuando enferman.

Estas definiciones describen muy general la función de la Psicología de la Salud, sin embargo no podemos decir cuál es la adecuada, ya que existe un número de definiciones de varios autores; asimismo es importante mencionar cuál es su objeto de estudio y cuáles han sido sus aportaciones, en este caso, en la Diabetes.

Al hablar de la Psicología de la Salud hay que partir del conocimiento del proceso salud-enfermedad. Piña (en Hernández & Grau, op.cit.) define a la salud, como una condición de vulnerabilidad en el organismo al interactuar con el ambiente, modulado por el ejercicio de competencias conductuales que el

individuo desarrolla. Asimismo para Santacreu (en Hernández & Grau, op.cit.) la salud es el resultado de respuestas a corto y largo plazo, que son adaptativas en las relaciones del organismo y su ambiente.

Olvera y Soria (2008) así como Brannon y Feist (2001) definen a la enfermedad crónica como un trastorno orgánico funcional, por lo que el paciente modifica su estilo de vida. Los síntomas no son constantes, en ocasiones el individuo los puede presentar y sentirse muy mal, y en otras sentirse bien, pero esto indica que no está totalmente sano. Asimismo los autores mencionan que las enfermedades crónicas están influenciadas por factores emocionales y comportamentales. Aunado a ello Hernández y Grau (op.cit.) mencionan que el estrés, los estilos de vida y las variables ambientales son importantes en la determinación de la salud y la enfermedad.

Considerando las definiciones antes descritas, la Psicología de la Salud ha propuesto teorías y modelos útiles para demostrar aspectos que el individuo tiene respecto a su salud, por medio del diagnóstico e intervención para adherirse a la dieta o tratamiento. Alonso (2004) menciona que un modelo o teoría brindan evidencias y evaluaciones que facilitan la comprensión de un problema de salud, modificando el comportamiento del individuo, así como las características del contexto.

Retomando la información anterior es importante describir las aportaciones que la Psicología de la Salud ha hecho respecto en la adherencia a la dieta para el tratamiento y prevención de la Diabetes.

Estudiar la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas, en este caso en la Diabetes, es de suma importancia, ya que existen varios motivos por lo cual debe ser analizada. Ortiz y Ortiz (2007) mencionan que alguno de esos motivos es, que la mayor parte de las indicaciones terapéuticas no pueden ser supervisadas al pie de la letra por un agente externo al paciente. Asimismo Ortiz y Ortega (2011) señalan que la deficiente adherencia al tratamiento por parte de los pacientes tiene consecuencias adversas para la salud del paciente, podrá ver exacerbada su enfermedad, presentar complicaciones progresivas, tener una evolución más elevada de su enfermedad entre otras.

La adherencia al tratamiento es una de las investigaciones que predominan en el ámbito médico y psicológico, La Organización Mundial de la

Salud (2005) ha estimado que los países desarrollados sólo la mitad de los enfermos crónicos sigue su tratamiento.

Ehrenzweig (2007) menciona que el término adherencia fue definido por Sackett (1976) cómo aquella conducta del paciente en relación a tomar medicamentos, seguir alguna dieta o modificar su estilo de vida; con la prescripción médica o sanitaria.

Durán, Rivera y Franco (2001) definen apego al tratamiento en personas diabéticas como aquellas conductas que coinciden con la prescripción médica, en términos de tomar los medicamentos, seguir las dietas o modificar su estilo de vida. Asimismo Froján y Rubio (2004) señalan que la adhesión terapéutica es difícil de definir y coinciden con Méndez y Beléndez (1995) quienes definen la adhesión como: la realización de las conductas de autocuidado implicadas en los componentes del tratamiento de la Diabetes, ya sea la administración de insulina, hipoglucemiantes, dieta y ejercicio.

De acuerdo a Ortiz, Ortiz y Gatica (2010) el estudio de la adherencia a los tratamientos en enfermedades crónicas es importante ya que se estima que en la actualidad las cifras de no adherencia están entre el 50%. Es por ello la importancia de buscar estrategias terapéuticas que puedan ayudar a disminuir este porcentaje.

Al no tener adherencia al tratamiento las personas diabéticas presentan efectos dañinos a corto plazo (hiperglucemia) y a largo plazo (complicaciones micro o macro vasculares).

¿Por qué la no adherencia al tratamiento a la Diabetes Mellitus constituye un problema de salud pública? Se mencionan varios factores, los cuales están vinculados a la enfermedad y a su tratamiento y los que mayor atención tienen son los asociados al paciente. Factores asociados al tratamiento son: la administración de insulina, el autoanálisis glucémico, la dieta y el ejercicio físico.

La Federación Internacional de Diabetes promueve educación diabética, ya que la diabetes exige una atención adecuada para su autocontrol. En la actualidad a nivel mundial hay una escasez de personal sanitario, es por ello que fomentan la educación diabética. Es importante que el paciente reciba esta educación para realizar con eficacia el control glucémico. Escobar y Tébar (2009) mencionan que el tratamiento consiste en:

- Educación sobre estilos de vida saludables
- Evaluación de complicaciones micro y macrovasculares.
- Normalización de la glucemia.
- Reducción de factores de riesgo cardiovasculares
- Reducir el consumo de fármacos.

Los pacientes con Diabetes Mellitus deben recibir educación diabetológica a partir del momento de su diagnóstico, incluyendo temas psicosociales, conocimiento de la enfermedad, manejo médico de la enfermedad, recursos (económicos, sociales, y emocionales).

Cuando la adherencia al tratamiento médico no es apropiada, según Escobar y Tébar (2009) es de suma importancia indagar sobre problemas, como: trastornos alimentarios y alteraciones cognitivas. Es por ello que estos factores deben manejarse adecuadamente de manera que el nivel de azúcar en sangre no quede por debajo de lo normal (hipoglucemia) o excesivamente alto (hiperglucemia).

La Diabetes es un ejemplo claro de enfermedad metabólica, ya que su dinámica y evolución están en función directa de la conducta. Por ello, Ortiz (2004) considera que la evaluación de la adherencia debe centrarse en la adquisición de conductas de autocuidado.

Anteriormente se ha mencionado que la Diabetes es una enfermedad crónica que puede permanecer asintomática por un largo tiempo; sin embargo, es recomendable seguir al pie de la letra el tratamiento antes de que el paciente presente complicaciones graves, debido a que es una enfermedad que requiere de un tratamiento durante toda la vida del paciente.

La Federación Internacional de Diabetes señala que para prevenir complicaciones a largo plazo, es recomendable promover entornos saludables, fomentar una alimentación sana, aumentar la actividad física. Además hace hincapié en el compromiso que los gobiernos han establecido para reducir en la mayoría de los alimentos la sal, el azúcar y las grasas saturadas. Asimismo se promueven otras soluciones. La primera consiste en facilitar los medicamentos, identificar, tratar y monitorizar a las personas diabéticas; y principalmente proporcionar educación para el autocontrol. La segunda en promover que la alimentación sana esté al alcance de todos; y finalmente se propone crear un



soporte legal y un marco político para detener la discriminación a personas que padecen la enfermedad.

De acuerdo a Escobar y Tébar (op.cit.) el tratamiento nutricional consiste en recomendaciones dietéticas hechas por especialistas, las cuales deben ser adaptadas a las posibilidades económicas. Por otro lado Moreno, Monereo y Álvarez (2004) enfatizan la importancia de llevar a cabo actividad física para combatir el sobrepeso y mantener un control metabólico adecuado.

Independientemente de recibir educación diabetológica y un tratamiento nutricional; la mayoría de las personas con Diabetes mellitus tipo II, incluyen en su vida diaria Metformina, fármaco para pacientes obesos que no presenten contraindicación, éste es capaz de normalizar los niveles de glucemia sin aumentar los niveles de insulina y sin provocar aumento de peso, este fármaco puede inducir la normogluceemia.

Escobar y Tébar (op.cit.) mencionan que la Asociación Americana de Diabetes (ADA) y la Sociedad Europea de Diabetes (ESAD) señalan que la Metformina debe ser iniciada al mismo tiempo que los cambios en el estilo de vida al momento de su diagnóstico. Respecto a este tratamiento farmacológico. Durán, Rivera y Franco (2001) consideran un control adecuado de la Diabetes Mellitus cuando el valor de hemoglobina glucosilada (HbA1c) se encuentra entre el 8% y 12%.

Frojan y Rubio (2004) hacen hincapié en llevar a cabo un tratamiento que involucre a la psicología, ya que para lograr mejorías se deben hacer cambios importantes en la vida cotidiana, además de que se requiere de la colaboración de la familia, sin marginar la adquisición de conocimientos específicos de la enfermedad.

Durán, Rivera y Franco (op.cit.) consideran otros factores que intervienen en el apego al tratamiento, entre ellos relacionados al paciente, tales como: información de la enfermedad, el médico tratante, el lugar donde se prescribe el tratamiento y los medicamentos. Los mismos autores mencionan la importancia de enfatizar al paciente la aceptación de la enfermedad e identificar problemas afectivos y de ansiedad, ya que el manejo adecuado de la enfermedad se asocia con una mejoría en la calidad de vida y en el apego al tratamiento.

García, Salcedo y López (2006) hacen alusión al actual modelo biomédico que hay en México, ya que ha dirigido sus esfuerzos hacia el desarrollo de

programas integrales con disciplinas como: educación física y nutrición; aunque la mayoría de las veces sin tomar en cuenta, de una manera profesional, el punto de vista del paciente.

Cabe señalar que los profesionales de la salud necesitan estar informados sobre las peticiones de los pacientes, ya que es posible que su manera de percibir la enfermedad no coincida con la de ellos. Para lograr un programa integral de la diabetes Torres y Piña (2010) mencionan que es necesario trabajar de forma multidisciplinaria.

La adherencia, entonces es el objetivo de las distintas disciplinas involucradas. Se sabe que múltiples factores impiden la adhesión al tratamiento, algunos de ellos son la falta de habilidades del paciente y de la familia para el manejo de la enfermedad, así como una deficiente interacción con el personal sanitario.

En nuestra disciplina la encargada de dar cuenta de la adherencia terapéutica ha sido la Psicología de la Salud. En este campo hay varias teorías y modelos para la prevención y promoción de la salud, la mayoría corresponden a una aproximación cognitiva, entre los más comunes, están:

### 2.1 El modelo de creencias de salud.

Psicólogos sociales como Rosenstock, Hochbaum y Leventhal (en Ehrenzweig, 2007) desarrollaron el modelo de creencias en salud (MCS). Este modelo postula como un factor explicativo para que las personas emitan conductas de cuidado de la de salud a sus creencias. Dicen que las creencias en salud moldean a la conducta y que éstas se aprenden mediante la socialización.

Ortiz y Ortega (2011) señalan que la finalidad del modelo es analizar las representaciones de la conducta de salud que el individuo tiene en respuesta a la amenaza de la enfermedad. Analiza dos aspectos, estos son: Percepción de la amenaza de la enfermedad y evaluación de las conductas para contrarrestar la amenaza. En el primer aspecto enfatiza la percepción de la susceptibilidad, severidad, beneficios percibidos, costos o barreras y por último claves para la acción. Por otro lado Rosenstock, Strecher y Becker (1988) menciona que una persona no llevará a cabo una conducta de salud, ya sea prevención, participación, cumplimiento o rehabilitación, si no cuenta con motivación respecto a su salud. Si la persona considera grave o amenazante a la

enfermedad o se concibe como susceptible de enfermar y está totalmente convencida de la eficacia de intervención, es probable que lleve a cabo las conductas de salud. Asimismo Ortiz y Ortiz (2007) mencionan que la probabilidad que una persona adopte una conducta de salud, dependerá de:

- La información que tenga sobre su salud.
- Autopercepción o vulnerabilidad ante la enfermedad.
- Percepción de amenaza.
- Convencimiento de la intervención o tratamiento.
- Percibir poca dificultad para iniciar con la modificación de conductas de salud.

También señalan que el Modelo de Creencias de Salud se usó primero para la prevención en estudios como: la realización de pruebas de rayos X para tuberculosis, vacunas para polio e influenza y la prueba de Papanicolau. Para 1984, se estudiaron conductas de tabaquismo, consumo de alcohol, dietas y chequeo de presión sanguínea; además del uso de la mamografía, y el autoexamen de mama. Posteriormente se analizaban aquellas conductas del enfermo que incluían adherencia a los tratamientos para hipertensos, diabéticos tipo insulín dependientes y no insulín dependientes, además de enfermedades renales, obesidad y asma.

De acuerdo con Ortiz y Ortiz (2007) las contribuciones que presenta el modelo han sido positivas, entre ellas están:

- Conceptuar y sistematizar las creencias como relevantes, para interpretar las conductas referentes a la salud y a la enfermedad.
- Demostrar que existe una fuerte relación entre la percepción de adquirir alguna enfermedad y las conductas preventivas.

Ehrenzweig (2007) menciona al modelo diseñado para predecir conductas protectoras/preventivas, éste solo se centra en aspectos ligados con la enfermedad, esto es, con la percepción de amenaza, por lo cual ha sido menos utilizado para adhesión en enfermedades crónicas, esto es, por considerar solamente este factor.

## 2.2 El modelo transteórico o etapas de cambio.

El modelo transteórico del cambio del comportamiento en salud propuesto por James O. Prochaska en 1979 se consolidó en los años 90, como una propuesta en el área de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Este modelo fue el producto del análisis comparativo de veintinueve teorías relevantes, para explicar cambios en el comportamiento dependientes de drogas. Flores (2007) menciona que la función del modelo está en términos de prevención secundaria ya que invita a pensar más en la disminución de comportamientos excesivos y no al incremento de comportamientos deficitarios, por ejemplo, hacer ejercicio, usar condón, entre otros.

El modelo se fundamenta en la premisa de que el cambio comportamental es un proceso dividido en niveles de motivación y de intención de cambio; este cambio se explica a través de una serie de etapas (Gustavo & Cabrera 2000).

De acuerdo a Flores (op.cit.) las etapas son: etapas del cambio, procesos del cambio y variables psicosociales intermediarias. La primera representa cuando ocurren los cambios, en la segunda se describe aquellas actividades iniciadas o experimentadas por otra persona para modificar el afecto, la conducta, las cogniciones o las relaciones interpersonales, finalmente la última etapa representa las tentaciones, la autoeficacia y los balances decisionales.

El modelo permite planear una intervención adecuada con base en una secuencia de etapas, procesos y principios abiertos al cambio. La secuencia de estas etapas se fundamenta en la prospección temporal a plazos, que el paciente se fija para iniciar el proceso de cambio; estos plazos se fijaron mediante el análisis del proceso que sigue la reducción del tabaquismo (Flores, op.cit.).

De acuerdo a Flores (op.cit.) los estadios de cambio de este modelo son los siguientes:

- Precontemplación:

Este estadio describe que los individuos no piensan en cambiar, creen no tener problemas. Gustavo y Cabrera (2000) mencionan que es la etapa en la cual las personas no tienen la intención de cambiar en los siguientes seis meses.

Las personas que se encuentran en esta etapa carecen de conocimiento sobre la conducta específica a modificar. El trabajo que se debe realizar va

encaminado a concientizar a la persona en cuanto al problema y a modificar la conducta por las consecuencias que puede presentar; para algunas personas el conocimiento de las consecuencias las tienen presentes, pero las justifican de manera errónea.

- Contemplación

Los individuos piensan en algún cambio en los próximos seis meses, consideran la posibilidad de cambiar, presentan contradicción sobre continuar con la conducta de riesgo o dejarla. Las personas que se encuentran en este estadio consideran el cambio pero no asumen un compromiso.

- Determinación o preparación

En esta etapa los individuos toman una decisión de cambio con un compromiso de hacerlo, tienen un plan para actuar en alguna actividad de cambio, estas personas

pueden empezar una intervención (Gustavo & Cabrera, op.cit.).

También se combina intención y criterios de conducta; las personas que se encuentran en esta etapa pueden presentar algunos cambios de conducta, sin embargo no han adoptado una acción efectiva frente al problema.

- Actuación o acción

En esta etapa las personas realizan cambios regularmente en un período de tiempo de uno a seis meses, observan los pros de cambiar, las personas que se encuentran en esta etapa son ideales para las intervenciones. En esta etapa se involucra el compromiso.

- Mantenimiento

Se caracteriza por la estabilización de cambio en un período de aproximadamente seis meses después del cambio. En esta etapa las personas aumentan su autoconfianza para mantener su cambio y trabajan en la prevención y recaída (Gustavo & Cabrera, op.cit.). Se debe de implementar estrategias que permitan desarrollar el autocontrol y la autoconfianza.

- Finalización o terminación

El individuo consigue estabilizar los cambios conductuales, lo cual indica la no existencia de tentaciones, sin la necesidad de utilizar procesos de cambio; además existe un grado de autoconfianza. Los procesos de cambio se refieren a la actividad que modifica la conducta, las cogniciones, o las relaciones interpersonales.

Los procesos de cambio como: cualquier actividad que la persona realiza para modificar, sus pensamientos, sentimientos o conductas. Estos procesos se dividen en procesos experienciales y conductuales. Los procesos experienciales se refieren al aumento de conciencia, liberación social, alivio por dramatización, auto-reevaluación y re-evaluación social. Los procesos conductuales, se refieren a control de estímulos, manejo de contingencias y contracondicionamiento. El autor indica que los procesos experienciales se utilicen en las primeras etapas del modelo y los conductuales durante la etapa de acción y mantenimiento. (Flores, op.cit.)

### 2.3 El modelo de acción razonada.

La Teoría de la Acción Razonada desarrollada por Fishbein y Ajzen (en Reyes, 2007) trata de la relación entre creencias, actitudes, intenciones y comportamiento. Esta teoría menciona que las personas toman decisiones que afectan su conducta a partir de un análisis razonado de la información disponible. Este modelo define las creencias como la probabilidad subjetiva de una relación entre el objeto, concepto, valor o atributo. Las creencias son la base para la formación de una actitud. Ortiz y Ortiz (op.cit.) mencionan que la teoría relaciona creencias, actitudes, intenciones y conductas. La característica principal de la teoría de la Acción Razonada es postular a la intención como predictor de la conducta. Asimismo la intención es predicha por la actitud, o sea que el individuo se involucre e investigue conductas saludables con el objetivo de realizarlas. En otras palabras, Flores (op.cit.) menciona que la conducta está bajo el control de la intención, y que ésta depende de las actitudes conductuales y de las normas subjetivas que están bajo un completo control de la persona, pero por otro lado requieren habilidades especiales que no siempre tiene la persona, para ello se propuso otro factor, por lo cual nombró a esta

teoría como Teoría de la Acción Planeada, este tercer factor es el control conductual percibido.

Reyes (op.cit.) plantea tres tipos de creencias en la Teoría de la Acción Razonada.

- Creencias descriptivas, se obtienen de la observación directa de un objeto.
- Creencias inferenciales, son aquellas que se obtienen de las creencias descriptivas, se basan en relaciones probabilísticas entre las creencias.
- Creencias informativas, se obtienen de la información del otro en relación a un objeto.

Como se ha mencionado, la teoría de la acción razonada estudia la actitud a partir de la intención que tiene el individuo para realizar o no una conducta. La intención es una función de dos determinantes, una consiste en una evaluación que realiza el individuo de la conducta y la otra en una evaluación social o norma subjetiva. Asimismo en esta teoría se considera que la intención es un predictor, un juicio probabilístico en que puede estimarse la intención hacia la conducta.

#### 2.4 El modelo de autoeficacia.

La teoría social cognitiva incluye a la teoría de la autoeficacia propuesta por Bandura (en Flores, 2007) para explicar el cambio conductual. El concepto de autoeficacia se define, como el proceso principal para ejecutar una conducta, siempre y cuando la persona posea las habilidades adecuadas. Asimismo define la autoeficacia, como la convicción que tiene la persona para ejecutar una conducta con el resultado esperado.

Olivari y Urra (2007) señalan que las personas con un bajo sentido de autoeficacia, son aquellas que presentan depresión y ansiedad; mientras que las que presentan un alto sentido de eficacia, toman decisiones más fácilmente, además de que mantienen un mayor compromiso y son más persistentes. Asimismo, tienen más probabilidad de evaluar su salud como mejor, iniciar

cuidados preventivos y recuperarse más rápido de alguna enfermedad que las personas con baja autoeficacia.

Los modelos y teorías antes mencionadas han abordado las variables que consideran importantes para la explicación y el manejo de la adherencia terapéutica en personas con Diabetes, a continuación se revisarán algunos estudios.

Uno de los aspectos que se ha considerado teóricamente relevante en la explicación y manejo de la adherencia es el llamado estrés. Méndez y Beléndez (1994) mencionan que hay factores emocionales que afectan el control metabólico y que el estrés es uno de ellos. Éste afecta de manera directa en la movilización de las hormonas regulatorias y de manera indirecta en las conductas de adherencia al tratamiento. Asimismo mencionan que la primera situación estresante es la complejidad de llevar a cabo el tratamiento. Ortiz (2006) menciona que la diabetes se asocia con el estrés, desde los inicios y durante la enfermedad, debido a que se considera estresante padecer una enfermedad crónica.

Hunter, Hamera, O'Connel y Heimal (en Méndez y Beléndez 1994) realizaron un estudio, con 100 pacientes diabéticos, en el cual 92 de ellos reportaron sentir estrés con el régimen del tratamiento, y considerarse diferentes de las personas que los rodean.

El contexto social es un generador de estrés en las personas diabéticas, debido a presiones, como el beber y comer, aunado a la necesidad de ser aceptados por las personas que los rodean. Méndez y Beléndez (op.cit.) recomiendan un entrenamiento en habilidades sociales. Por ello, Gross et al. (en op.cit.) evaluaron un programa de intervención en habilidades sociales en adolescentes diabéticos. El entrenamiento consistió en ejercicios de modelamiento y *role playing* con *feedback* y reforzamiento. Se les enseñaron respuestas verbales que implicaban explicar lo qué es la Diabetes, las restricciones de la dieta, rehusar comidas inapropiadas y admitir tener diabetes. Los resultados mostraron un incremento en el porcentaje de contacto ocular y de verbalizaciones apropiadas durante la interacción en cualquier situación.

Por otro lado, Méndez y Beléndez (op.cit.) diseñaron una intervención basada en la técnica de inoculación de estrés. Este programa se aplicó a un grupo de 10 diabéticos insulino dependientes, como grupo experimental y se



incluyó otro grupo control con diez participantes. El programa se aplicó en 12 sesiones y se dividió en tres fases, la primera, fue una fase educativa, la cual consistió en proporcionar información sobre las reacciones de estrés además de las consecuencias que éste tiene en la estabilidad glucémica. En la segunda fase se realizó el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, entrenamiento en relajación muscular y un entrenamiento en autoinstrucciones. La tercera fase fue de aplicación, en ésta los participantes realizaban tareas en casa para practicar lo aprendido. Los resultados mostraron puntuaciones bajas de ansiedad, evaluada con el Inventario de ansiedad-rasgo-estado de Spieldberger, aunque los valores de glucosa no disminuyeron significativamente en ninguno de los grupos.

Con los avances médicos y tecnológicos de los últimos años no se consigue un buen control metabólico debido a una pobre adherencia al tratamiento. Menéndez et al. (1999) mencionan que el conocimiento de las consecuencias de los comportamientos es fundamental para la adhesión; sin embargo, no garantiza un tratamiento eficaz de la enfermedad. Realizaron una intervención dirigida al manejo de estresores en jóvenes insulino-dependientes, con una muestra de 4 varones y 6 mujeres con una edad aproximada de 23 años. La primera sesión consistió en la exposición general del programa, considerando los siguientes puntos:

- ❖ Presentación de lo que es la Diabetes.
  
- ❖ Intervención individual en cada participante considerando los siguientes puntos:
  - Valoración de la comprensión.
  - Discusión de las implicaciones sobre la enfermedad.
  - Delimitación de objetivos terapéuticos que fomenten la adherencia al tratamiento, procedentes de su experiencia.
  - Valoración de las habilidades y dificultades para cada miembro
  - Generalización del programa a su hábitat cotidiano.
  - Entrega de hoja de registro por sesión.
  - Realización de una sesión con los familiares.

❖ Las técnicas psicológicas fueron las siguientes:

- Toma de decisiones.
- Resolución de problemas.
- Inoculación al estrés.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Alimentación, adherencia a la dieta.
- Relajación.
- Intervención familiar.

La evaluación pre y post, fue por medio de los siguientes cuestionarios.

- Entrevista semiestructurada sobre la evolución de la enfermedad, impacto en su vida, entorno familiar y datos específicos sobre adhesión al tratamiento. Integrada con 80 preguntas elaborada por el equipo de investigación y adaptada a la población.
- Cuestionario de autocuidado, integrado por 10 ítems que valora el seguimiento del tratamiento.
- Cuestionario de qué es la Diabetes, integrado por 30 ítems, con opción de respuesta “sí” “no”. Este cuestionario evalúa los siguientes aspectos:
  - ❖ Adaptabilidad al estilo de vida.
  - ❖ Auto-representación de la enfermedad.
  - ❖ Respuestas de asertividad en situaciones de toma de decisiones y expresión de sentimientos y opiniones.
  - ❖ Repertorio y frecuencia de refuerzos.
- Cuestionario de calidad de vida-bienestar, dividido en 4 subescalas: depresión con 6 ítems, ansiedad con 6 ítems, bienestar positivo con 6 ítems y energía con 4 ítems.

Los resultados de los cuestionarios no mostraron diferencias claras. Se observó una disminución de los niveles de HbA1c, que se acentuaron a los 6 meses de finalizada la intervención. Un año después de la intervención, 7 de los 10 pacientes obtuvieron niveles de glucosa que se pueden considerar buenos. Finalmente los autores mencionan que la intervención mejoró el control metabólico y se mantuvo al menos 6 meses después de la intervención, además se evitaron complicaciones agudas de la enfermedad y por ende se logró una mejoría de la calidad de vida.

Por otro lado Peyrot y MacMurry (1986) propusieron dos hipótesis, sobre las relaciones causales que existen entre el estrés y el control glucémico. La primera hipótesis consiste en que el estrés puede afectar directamente al control glucémico, mediante la activación de una mayor producción de hormonas contra-regulatorias. En la segunda hipótesis el estrés puede afectar de manera indirecta al control glucémico, mediante la interrupción de las conductas de autocuidado. Se han realizado varios estudios que aplican técnicas para el entrenamiento en conductas de autocuidado y entrenamiento en habilidades de afrontamiento a la enfermedad. Para ello intervenciones psicológicas de tipo cognitivo-conductual, han encontrado que algunas variables psicológicas individuales, cómo la percepción de autoeficacia, tener una perspectiva optimista y un estilo de afrontamiento activo se relacionan para mejorar el control metabólico, además de tener una mayor satisfacción con el tratamiento. De acuerdo a Ortiz y Ortiz (en Granados y Escalante 2010) a mayor autoeficacia, mayores son las conductas de adherencia terapéutica. Por otro lado en el modelo transteórico, cuando los pacientes se encuentran en la etapa de acción y mantenimiento; siguiendo un régimen alimentario y hábitos de salud o que hayan presentado cambios por más de 6 meses, no presentarán problemas psicológicos. Con relación al modelo de Información-Motivación-Habilidades-Conductuales, la información por sí sola no es suficiente para alterar la conducta de salud. Fisher, et. al., La Rosa, Samuel-Hodge e.t al. (en Oviedo y Reild, 2007) mencionan que la autoestima baja, el locus de control externo, los estilos de afrontamiento y la espiritualidad: son variables que se han asociado con conductas de autocuidado de la diabetes.

Glasgow, McCaul y Schafer (1986) mencionan algunos determinantes de los comportamientos para el autocuidado, entre los cuales están: el nivel de

estrés, el de ansiedad, conocimientos de la enfermedad, el locus de control, la actitud hacia el autocuidado, el ambiente social y las variables demográficas. Asimismo Meichenbaum y Turk (1991) se basaron en la categorización de Hayes (1976) para identificar las siguientes variables determinantes en la conducta de adhesión:

- Características del paciente.
- Características del tipo de tratamiento.
- Rasgos de la enfermedad.
- Relación entre el profesional de salud y el paciente.
- Contexto clínico.

Por otro lado Oviedo y Reild (2007) señalan que en México hay pocos estudios que evalúan la calidad de vida y su relación con los indicadores del control metabólico de pacientes con diabetes. Asimismo, Menéndez et al. (1999) reportaron que hay una relación significativa entre la disfunción familiar y el descontrol diabético; en el descontrol diabético, consideran mediciones de glucemia, colesterol, triglicéridos, y tensión arterial.

Como se ha mencionado, la piedra angular del control metabólico es la adherencia a una dieta saludable, siendo éste uno de los aspectos que menor tasa de adherencia presenta. Granados y Escalante (2010) señalan que las características personales y los factores psicosociales modulan la adherencia, por ejemplo: la edad, el género, los rasgos de personalidad, las creencias, las actitudes, el locus de control, el apoyo social y la interacción entre médico-paciente además del grado de comprensión de la información que se le transmite sobre el tratamiento.

Schlundt et. al. (1994) realizaron un estudio con el objetivo de identificar ejemplos de situaciones problemáticas que impiden la adherencia a la dieta. Se llevó a cabo con 20 adolescentes insulino dependientes, con edades aproximadas de 13 a 19 años, se analizaron 57 situaciones por medio de un sistema de codificación para determinar la presencia o ausencia de estímulos. Las situaciones encontradas se clasificaron en 10 categorías homogéneas:

- Tener tentaciones: sentimientos de frustración porque la dieta hace la vida tan dura que se considera la posibilidad de ignorarla por completo.
- Comer a causa de emociones negativas: se come como respuesta a la depresión, estrés o la frustración.
- Enfrentarse a comidas prohibidas: enfrentamiento a la tentación de comer un alimento prohibido que está inmediatamente disponible.
- Conflictos interpersonales con los iguales: sentimientos de malestar después de un conflicto interpersonal con los iguales que provocan la necesidad de comer.
- Prioridades en competencia: seguir un plan alimenticio implica dejar otras cosas de valor o tiene repercusiones sociales negativas.
- Comer en el colegio: situaciones de comidas que aparecen durante la jornada escolar.
- Actos sociales y vacaciones: enfrentamiento a una diversidad de alimentos inapropiados en las comidas durante las vacaciones o actos sociales.
- Antojos: experimentación de un fuerte deseo o un antojo de comer un alimento prohibido.
- Picar alimentos en casa por aburrimiento o soledad: comer a horas inadecuadas y picar alimentos prohibidos sin presión social.
- Presión social para comer: otras personas insisten en que se coman alimentos inadecuados.

Asimismo, Schlundt et al. (1994) realizaron otro estudio con el mismo objetivo; se llevó a cabo con 26 adultos, 12 insulino dependientes y 14 no insulino dependientes. Los autores identificaron situaciones similares a las del estudio anterior, más dos situaciones nuevas: la planificación y el apoyo familiar. A continuación se describen las situaciones.

- Comer fuera de casa: comer en restaurantes hace la adhesión a la dieta muy difícil.
- Tener prisa: la falta de tiempo complica el comer bien o tratar las reacciones glucémicas.

- Planificación: la vida ajetreada dificulta la planificación de qué y cuándo comer.
- Apoyo familiar: determinados comportamientos de la familia no apoyan nada.
- Apoyo por parte de los amigos: algunos comportamientos de los amigos no son de apoyo.

De acuerdo a Gonzáles (2011) el apoyo familiar que le otorgan al enfermo le sirve como vínculo que influye en la conducta, y por tanto en la adherencia al tratamiento.

La depresión es otro factor que se ha señalado que influye en la adhesión en el paciente diabético. Pineda et al. (2004) mencionan que con cierta frecuencia se presenta depresión cuando se le informa al paciente el diagnóstico, también por los cambios de hábitos y por las complicaciones que implica la enfermedad. Según la literatura, los pacientes con enfermedades orgánicas, en este caso la diabetes, presentan una mayor prevalencia de trastornos depresivos, presentando una serie de síntomas afectivos, cognitivos y somáticos; investigaciones indican que éstos síntomas afectan funciones de relación social y ocupacional. Aunado a ello, se ha determinado que las características de la personalidad influyen en el control de la glucemia; ansiedad, depresión, rabia, hostilidad, autoconciencia, y vulnerabilidad, se han asociado con los peores controles de la glucemia, también se ha observado una mayor propensión de emociones negativas, tendencia a las preocupaciones, experiencias de enojo, frustración, culpa, tristeza, desesperación y un inadecuado manejo del estrés. De la misma manera investigaciones han demostrado que existe una relación entre eventos estresantes y un peor control de la glucemia (Pineda, Bermúdez & Cano, 2004).

Los modelos terapéuticos revisados han encontrado variables que afectan el cumplimiento de la dieta como: pensamientos, estrés, ansiedad, conocimientos de la enfermedad, locus de control, habilidades de autocuidado, diversas creencias, entre otras; a las que consideran como variables internas, cayendo en lo que Ryle (2005) denomina *error categorial*. En la literatura la

aproximación que impera es cognitiva. Desde esta perspectiva las causas del comportamiento son “internas”, llámense pensamientos, creencias, actitudes; de los cuales dependen, en una primera instancia, las emociones, y posteriormente, el comportamiento. De ahí que al explicar las conductas de adherencia o no adherencia a la dieta, las investigaciones se centran en este tipo de “variables”, lo que tiene diversas implicaciones. En una primera instancia, las posturas dualistas cometen errores categoriales y ello tiene una serie de repercusiones que han sido tratados en otros escritos (Ribes, 1982; Ribes 1990 & Ryle, 2005). Una de las implicaciones es que al ponderar lo “cognitivo” se margina la relación de la persona con su ambiente, esto lleva a descuidar el papel que juegan las situaciones del ambiente que dan contexto a los comportamientos de adherencia. Otra implicación es centrar el peso explicativo en la variable “interna” o el “proceso” que da origen conceptual a cada modelo, brindando así una explicación causal.

Los comportamientos de adherencia o no adherencia son complejos. Su explicación debe considerar todos aquellos factores participantes de la relación entre un individuo y la comida, esto incluye o debería incluir, una serie de factores que van desde lo que la persona come, pasando por sus experiencias con la comida, sus conocimientos sobre salud, sus habilidades de autocontrol, hasta los elementos del contexto en el que come, como la presencia de objetos, de acontecimientos físicos específicos, sus competencias o incompetencias, condiciones biológicas específicas cuando come, sus gustos y preferencias, sus estados de ánimo o conmociones emocionales, o sus hábitos; éstos, desde la perspectiva que aquí se maneja, son factores disposicionales, es decir, pueden hacer más probable que la gente coma de manera adecuada o menos probable que lo haga, y por ello vale la pena investigar su función en la adherencia a la dieta. El trabajo que aquí se presenta se basa en el Modelo psicológico de la salud biológica Ribes (1990) y tuvo como objetivo evaluar algunos factores disposicionales situacionales relacionados con la adherencia a la dieta.

## EL MODELO PSICOLÓGICO DE LA SALUD BIOLÓGICA

Ribes (1990) desde una aproximación interconductual, y atendiendo a la necesidad de conectar el conocimiento básico con el campo aplicado, creó un modelo que funciona como guía para la intervención profesional del psicólogo en el campo de la salud, basado en el modelo de campo propuesto por Kantor (1978) y la taxonomía de Ribes y López (1985). El Modelo Psicológico de la Salud Biológica tiene como objetivo guiar e intervenir en prácticas de prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades, delimitando la dimensión psicológica de los problemas de la salud y la enfermedad. El modelo considera y relaciona dos ámbitos: el médico-biológico y el sociocultural. El primer ámbito hace referencia a las condiciones propias del organismo, el segundo enfatiza la correlación entre las condiciones propias del organismo con las prácticas de vida determinadas por el medio físico, -hay indicios de que las prácticas socioculturales son auspiciadoras de alteraciones de la salud biológica- como pueden ser las costumbres, alimentación, contaminación, entre otras.

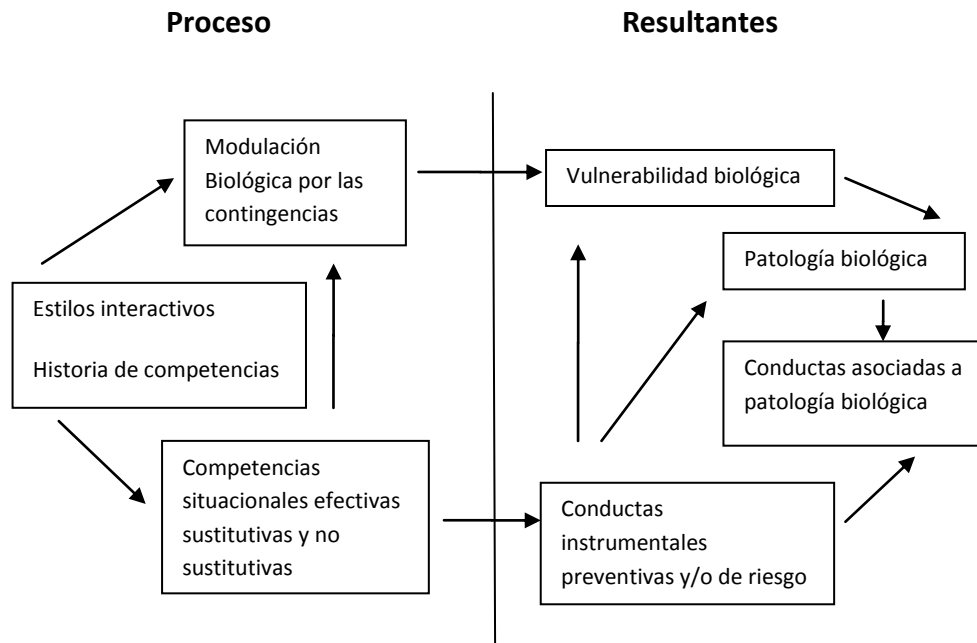
Para Ribes (op.cit.) la salud, como categoría, es ajena a la psicología, aunque eso no significa que el psicólogo no tiene un qué hacer en ese campo. Como todo problema social, la salud tiene una dimensión psicológica y esa dimensión es el comportamiento. Lo que hace o deja de hacer una persona puede afectar su salud.

Ribes (op. cit.) plantea que la dimensión psicológica de la salud está compuesta de un proceso que se origina en la historia de cada persona y que este proceso conduce a una fase de resultantes. En el proceso se identifican elementos psicológicos que se relacionan entre ellos, así como con aspectos no psicológicos. La relación entre los factores de proceso afecta otras relaciones y el resultado final es el estado de salud o enfermedad de una persona.

El esquema que presentamos a continuación describe estas dos etapas.



**Figura 1.** Modelo Psicológico de la Salud Biológica  
(Tomado de Ribes1990).



### 3.1 Componentes del modelo

#### *Etapa de Proceso*

Comprende la interacción de tres factores: historia interactiva del individuo, competencias funcionales al interactuar y la modulación de los estados biológicos. La modulación de los estados biológicos es el punto de referencia de la interacción.

#### *La historia interactiva del individuo*

La historia es la disposición que tiene el individuo para interactuar en una situación presente con base en las formas y modos de interacción previa. Asimismo la historia no es un factor que determina las conductas que debe llevar a cabo el individuo, ya que sólo facilita o interfiere en la emisión de algunas conductas pertinentes en una situación. La historia comprende dos elementos: Estilos interactivos y disponibilidad de competencias funcionales.

*Los estilos interactivos*, es lo que comúnmente se ha estudiado en las teorías de la personalidad. Esta categoría se refiere al modo consistente e idiosincrásico de responder de una persona en una situación más o menos

delimitada. Por supuesto, para identificar un estilo, se debe analizar en situaciones que no imponen criterios de logro. Los estilos se construyen en la historia de una persona y pueden hacer más probable o menos probable ciertos cambios biológicos, como también facilitar la adquisición de competencias, o por el contrario, interferir con ello.

*La historia de competencias funcionales*, es la capacidad conductual que tiene el individuo. La competencia funcional es la capacidad que un individuo presenta para relacionarse con una situación caracterizada por contener criterios de logro. La capacidad siempre es para algo, ya sea para resolver un problema, dar respuestas correctas, ajustarse a una demanda. La historia de competencias se refiere a la historia de las distintas capacidades de una persona. Esta categoría es disposicional. Nuevamente, la historia de competencias no puede considerarse como una variable u ocurrencia, sino que designa un conjunto de habilidades que ya han ocurrido, que, por decirlo de alguna manera, forman parte del repertorio de un individuo.

La historia de competencias afecta dos factores: La modulación biológica por las contingencias y las competencias funcionales presentes.

#### *Competencias funcionales presentes*

Éstas se refieren a la funcionalidad del comportamiento adquirido en interacciones pasadas. Las competencias funcionales presentes hacen alusión a las capacidades específicas que podrían afectar una relación particular. Como en el caso anterior, hay que decir que el concepto de competencia es de tipo disposicional. Ribes habla de una colección de ocurrencias que puede hacer más probable o menos probable que algo suceda y habla de colección de ocurrencias porque este término no se refiere a una habilidad concreta, sino a un conjunto de habilidades que se han desplegado en diversos momentos y situaciones. Las competencias o incompetencias tienen un papel probabilístico. Se identifican en la historia y para ello se estudia el comportamiento del individuo cuando se encuentra en una situación con criterios de logro, considerando los requerimientos que dicha situación establece. También se deben identificar los resultados, efectos o consecuencias del comportamiento que se presenta en la situación. El logro definiría la presencia de competencias.

Las competencias pueden ejercer 4 niveles de aptitud funcional:

- a) Interacciones situacionales no instrumentales: el individuo actúa y se ajusta sin alterar las demandas de la situación.
- b) Interacciones situacionales instrumentales: a diferencia del nivel de aptitud anterior, el individuo altera la situación, a través de su comportamiento.
- c) Interacciones extrasituacionales: el individuo actúa frente a los elementos y contingencias presentes como si tuvieran las propiedades de otros elementos o contingencias.
- d) Interacciones transituacionales: son las más complejas, ya que representan un nivel de competencia que implica la abstracción de las condiciones con las que se enfrenta el individuo, asimismo el individuo responde ante una situación determinada al margen de las condiciones presentes efectivas o de su experiencia con otras situaciones equivalentes.

#### *La modulación de los estados biológicos.*

La historia interactiva no solamente afecta las competencias funcionales presentes, sino la modulación de los estados biológicos. Las funciones biológicas pueden ser afectadas por el contacto funcional de agentes del ambiente, dependiendo de la manera en que el individuo interactúa frente a una situación.

#### *Etapas de Resultantes*

En esta etapa del modelo se describen los factores que son resultado del proceso psicológico. En una primera instancia, se afectan las conductas instrumentales, que a su vez afectan el grado de vulnerabilidad biológica del organismo, esto conduce a un estado de enfermedad, o bien a un estado de salud, y cuando se presenta enfermedad, el último elemento psicológico de esta etapa es el llamado conductas asociadas a enfermedad.

### *La vulnerabilidad biológica.*

Es la interacción de condiciones orgánicas que aumentan el riesgo de desarrollar alguna enfermedad crónica o aguda por aquellos factores que desencadenan o contagian de manera directa al individuo. Las condiciones que afectan la interacción son carencias o prácticas inadecuadas, por ejemplo: la desnutrición, también están aquellas condiciones genéticas y congénitas.

### 3.2 El modelo y la prevención.

#### *Conductas instrumentales preventivas o de riesgo.*

Son acciones efectivas para prevenir o aumentar los riesgos de contraer alguna enfermedad, ya sea de manera directa o indirecta. Las conductas instrumentales se clasifican en: conductas preventivas o de riesgo, a su vez las conductas instrumentales de riesgo pueden ser directas o indirectas. Las conductas instrumentales son la actualización de las competencias funcionales presentes. Si, por ejemplo, una persona emite la conducta instrumental preventiva de lavarse las manos antes de comer, también la de comer de forma saludable, así como de hacer ejercicio cotidianamente, entre otras, podemos afirmar que posee la competencia de cuidar su salud. Es en este sentido, que una colección de ocurrencias que cumplen un criterio de logro, definen la posesión de una competencia.

Ahora, las conductas instrumentales de riesgo directas son aquellas que producen el contacto directo con el agente patógeno, por ejemplo, con un parásito que provoca una enfermedad gastro-intestinal, o con el virus del VIH/ Sida.

Por otra parte, las conductas instrumentales de riesgo indirectas son aquellas que, sin implicar contacto con agentes patógenos, aumentan la vulnerabilidad del organismo, pueden consistir en conductas que generan daños gradualmente en el organismo, ejemplo de ello, son: alimentación inadecuada, automedicación, sedentarismo, exposición cotidiana a agentes tóxicos, entre otras. A diferencia de las conductas instrumentales de riesgo directas, éstas no presentan efectos nocivos inmediatos sino demorados, a veces incluso, tardan años en aparecer, por consiguiente, estas conductas resultan las más difíciles de cambiar.

Por otro lado las conductas instrumentales que están encaminadas al mantenimiento de la salud son las preventivas; sin embargo, es fundamental analizar las conductas instrumentales preventivas con base en los efectos relativos que tienen respecto de las conductas de riesgo, y los factores situacionales que auspician la ocurrencia y la oportunidad de su ejercicio. Ribes (op.cit.) hace alusión a 5 formas de saber, que son análogas a los cinco niveles de aptitud funcional en que pueden ejercerse las competencias funcionales, y que resultan fundamentales para dotar al individuo conductas instrumentales preventivas y rehabilitación:

- Saber qué tiene que hacerse, en qué circunstancias tiene que hacerse, cómo decirlo y cómo reconocerlo,
- Saber cómo hacerlo, haberlo hecho antes.
- Saber por qué tiene que hacerse o no, y reconocer sus efectos.
- Saber cómo reconocer la oportunidad de hacerlo y no hacerlo.
- Saber hacer otras cosas en dicha situación, o saber hacer lo mismo de otra manera.

#### *Patología biológica y conductas asociadas.*

La práctica de conductas instrumentales de riesgo y un alto grado de vulnerabilidad biológica, originan una patología biológica. Para el tratamiento de una patología no es suficiente llevar a cabo solo el tratamiento biomédico, sino también cambiar aquellos aspectos relacionados al comportamiento del individuo. Ribes (1990) menciona tres aspectos que no deben descuidarse.

- Factores vinculados al seguimiento y adherencia a un tratamiento efectivo.
- El comportamiento requerido de la rehabilitación.
- Aparición de comportamientos asociados a la patología biológica.

Las conductas instrumentales y la vulnerabilidad biológica confluyen en la aparición de una patología biológica, para ello el modelo psicológico de la

salud, propone cuatro combinaciones que inciden en las condiciones patológicas del individuo.

- Conductas que son instrumentales de alto riesgo y alta vulnerabilidad biológica desarrollarán una condición patológica.
- Conductas instrumentales de alto riesgo y baja vulnerabilidad biológica, probabilizan la aparición de una condición biológica.
- Conductas que son instrumentales de bajo riesgo y alta vulnerabilidad biológica, al igual que en el punto anterior, probabilizan la aparición de una patología.
- Conductas que son instrumentales de bajo riesgo y baja vulnerabilidad biológica, resultarán en una baja probabilidad de desarrollar una condición patológica.

Para conseguir un estado de salud, desde la disciplina psicológica, se requiere dotar o instruir al individuo de los recursos prácticos para disminuir los factores ambientales que inciden en la vulnerabilidad biológica, asimismo entrenarlo para evitar circunstancias dañinas y agentes patógenos, además se le debe capacitar de manera eficaz para interactuar en situaciones de su vida cotidiana de modo tal que sus reacciones biológicas no afecten su sistema inmunitario.

En el caso de la Diabetes las competencias implican conocimientos y habilidades para la prevención y rehabilitación. Éstas tienen que ver con la posesión de conocimientos que deben incorporarse en la forma de acciones preventivas en su vida cotidiana. Los pacientes deben identificar, entre otras, situaciones que implican riesgo y manejarlas; para ello requieren de práctica en ciertas habilidades tales como seleccionar alimentos adecuados en porciones apropiadas, disponer de conductas alternativas en lugares o circunstancias en las que no pueden elegir; igualmente el diabético tiene que saber las razones por las que se debe adherir a la dieta o al tratamiento. Uno de los “saberes” planteados por Ribes (op.cit.) implica que el paciente debe ser capaz de identificar aquellos factores disposicionales que interfieren con su dieta, y al identificarlos debe desplegar habilidades que le permitan ajustarse a ella aún

en este contexto; es decir, el paciente debe alterar la función disposicional de estos factores de contexto y controlar su conducta de comer. Es por ello que se juzga pertinente evaluar la importancia atribuida a dichos factores disposicionales situacionales (Rodríguez & García 2011).

# EVALUACIÓN DE UN TALLER DE ADHERENCIA A LA DIETA EN LA IMPORTANCIA ATRIBUIDA A FACTORES DISPOSICIONALES POR PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.

Existe un antecedente al estudio que aquí se presenta. Se realizó una investigación preliminar con el objetivo de evaluar el efecto de técnicas conductuales para alterar la importancia atribuida a factores dispocionales situacionales, para el rompimiento de la dieta, con una muestra intencional voluntaria de 112 pacientes diabéticos, de los cuales permanecieron 63. Este estudio fue pre-test post-test y la variable de interés, es decir, la importancia que atribuían los participantes a diversos factores dispocionales en el rompimiento de su dieta, se evaluó con un instrumento específicamente construido para ello y previamente confiabilizado. En la fase de intervención se aplicaron técnicas conductuales como autocontrol y solución de problemas. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el pre-test y post-test lo que indicó un efecto positivo del programa de intervención en esta variable, dado que los pacientes reportaron una menor importancia de estos factores en el post-test.

Una vez concluido el primer estudio, se realizó el que aquí se presenta, cuyo objetivo fue el mismo que el del estudio previo, es decir, evaluar el grado de importancia atribuida a ciertos factores dispocionales en el rompimiento de la dieta en pacientes con Diabetes tipo II, una vez llevados a cabo ciertos cambios en el procedimiento de intervención. Esta vez también se consideró evaluar posibles diferencias de género.

## 4.1 Método

### Participantes.

La muestra empleada fue intencional voluntaria de 113 participantes, de entre 37 y 84 años de edad, con una edad promedio de 55.41. Con un total de 95 mujeres y 18 hombres. El promedio de escolaridad de la muestra fue de primaria. Respecto al tiempo de diagnóstico con diabetes tipo II, el 50% de los



participantes tenía un diagnóstico mayor de 10 años, el 25% de 1 a 10 años y el otro 25% menos de 6 meses.

Tipo de estudio.

Descriptivo de tipo transversal pre-test post-test (Hernández, Fernández y Baptista, 2006)

Variables e Instrumentos.

Variable Dependiente: Importancia atribuida a factores disposicionales situacionales.

Variable Independiente: Programa de intervención con dos técnicas, autocontrol y solución de problemas.

Variable de Comparación: género.

El instrumento utilizado fue el que se desarrolló para evaluar factores disposicionales relacionados con la adherencia a la dieta en pacientes diabéticos (Rodríguez, Díaz-González & García, 2013). La elaboración del instrumento, se deriva de la aproximación interconductual, específicamente del Modelo Psicológico de la Salud Biológica (Ribes, 1990) y del Análisis Contingencial (Rodríguez, 2011). Para su diseño se tomó en cuenta la categoría *Situaciones* del sistema microcontingencial y especialmente aquellos factores situacionales que podrían hacer probable el rompimiento de la dieta.

La primera parte del instrumento incluye seis reactivos que describen datos demográficos (edad, sexo, nivel de escolaridad, ocupación, fecha de diagnóstico de la enfermedad). La segunda parte del instrumento, contiene 31 reactivos que ilustran distintos factores disposicionales de tipo situacional, y se responden con alguna de las cinco opciones de respuesta tipo Likert, “Nunca he vivido una situación semejante” “Nada importante” “Poco importante” “Importante” “Muy importante” y “Totalmente importante”. Los reactivos se elaboraron de la siguiente manera: seis reactivos para la categoría de *circunstancia social* por ejemplo: estar trabajando o estar en una fiesta familiar; siete para *lugar*: estar en la cocina o estar en la calle; dos para *conducta socialmente esperada*: que me ofrezcan comida o que otros estén comiendo enfrente de mí; dos para *objetos o acontecimientos físicos*: que haya cosas ricas de comer a mi disposición o que esté viendo la televisión; cinco para la categoría de *inclinaciones*: que tenga mucha hambre o que tenga antojo de algún alimento; seis a la de *propensiones*: que esté nervioso o que esté

enojado y por último, tres a la de *tendencias*: estar acostumbrado a comer a toda hora o estar acostumbrado a comer lo que me gusta. Se presenta un ejemplo de los reactivos:

0-Nunca he vivido una situación semejante. 1- Nada importante.						
2- Poco importante. 3-Importante. 4- Muy importante. 5- Totalmente importante.						
<b>Qué tan importante es o ha sido para que rompas la dieta</b>						
<b>23. P1</b>	Que esté nervioso.	0	1	2	3	4

**Figura 2.** Reactivo 4

El reactivo corresponde a la categoría propensiones. La opción de respuesta indica la importancia que le atribuye a este elemento en el rompimiento de la dieta. Es importante mencionar que a mayor importancia reportada, menor el control que tienen sobre dicho factor.

#### 4.2 Procedimiento.

La aplicación del programa psicológico para apegarse a una dieta saludable, se gestionó en diversos centros de salud, una vez aprobado el programa, se realizó difusión por medio de carteles y trípticos. En cada centro de salud se formaron grupos de pacientes diabéticos tipo II. Una vez formado el grupo en cada centro de salud, se explicaron los objetivos del programa de intervención. Se registraron los datos demográficos de cada participante para abrir sus expedientes

##### Fase de Pre-evaluación

En esta fase, con el consentimiento de cada participante, se aplicó el instrumento para evaluar la importancia de factores disposicionales en el rompimiento de su dieta. El investigador explicó la manera de llenar el instrumento y permaneció presente durante la aplicación para resolver dudas. Esto se hizo en una sesión de aproximadamente una hora.

##### Fase de Intervención

La intervención consistió en la aplicación de dos técnicas: autocontrol y solución de problemas. Cada una de ellas implicó dar información, modelar e ir estableciendo gradualmente las habilidades de autocontrol y solución de

problemas vinculadas con la adherencia a su dieta. La intervención se llevó a cabo en la modalidad de club de diabéticos, esto es, se formalizó la organización de los participantes para promover una participación activa. Esta fase tuvo una duración aproximada de 6 sesiones de dos horas cada una.

#### Fase de Post-evaluación.

Se aplicó el instrumento con el mismo procedimiento reportado para la fase de pre-evaluación.

#### 4.3 Resultados.

En primer lugar se obtuvieron los principales estadísticos descriptivos de la variable de este trabajo (ver tabla 1). Debido a la mortalidad experimental sólo se reportan datos de 102 de los 113 participantes. Cabe señalar que los puntajes altos indican que los participantes le atribuyen mayor importancia a los factores disposicionales de contexto y, como se mencionó, esto implica un menor control en su dieta. Tomando esto en consideración, como se puede observar el valor de la media obtenida en el pre-test fue de 100.24 y en el post-test fue de 73.82; estos valores indican que al final del tratamiento el promedio de los participantes le atribuyó una menor importancia a dichos factores.

**Tabla 1.** Estadísticos descriptivos

	<b>PRE-TEST</b>	<b>POST-TEST</b>
<b>Media</b>	100.24	73.82
<b>Mediana</b>	98.00	68.00
<b>Moda</b>	86.00	55.00
<b>Desv. Típ.</b>	14.07	21.38

Principales medidas de tendencia central para la variable importancia atribuida a factores disposicionales.

Posteriormente para saber lo que indican los estadísticos descriptivos equivalen a una diferencia estadísticamente significativa, se aplicó una prueba T de Student para muestras relacionadas. Se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa ( $t=10.696$ ;  $p<.05$ ) entre los puntajes obtenidos en

el pre-test y los obtenidos en el post-test, que permiten pensar que el programa aplicado tuvo un efecto en la variable dependiente.

Como se mencionó, un objetivo adicional de este estudio fue evaluar posibles diferencias de género entre los puntajes del pre-test y los puntajes del post-test. En un primer momento se obtuvieron los principales estadísticos descriptivos considerando la variable género. Los resultados se muestran en la tabla 2.

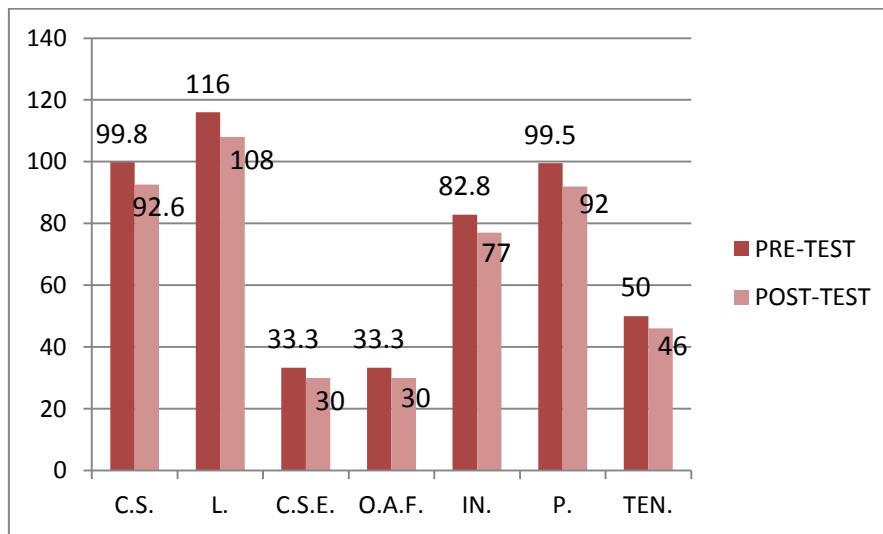
**Tabla 2.** Estadísticos descriptivos por género

	<b>N</b>	<b>MEDIA</b>	<b>DESV. TÍP.</b>
<b>PRE-TEST</b>			
Hombre	18	98.94	10.58
Mujer	95	100.49	14.67
<b>POST-TEST</b>			
Hombre	16	58.56	10.91
Mujer	86	76.66	21.68

Principales estadísticos de grupo para género.

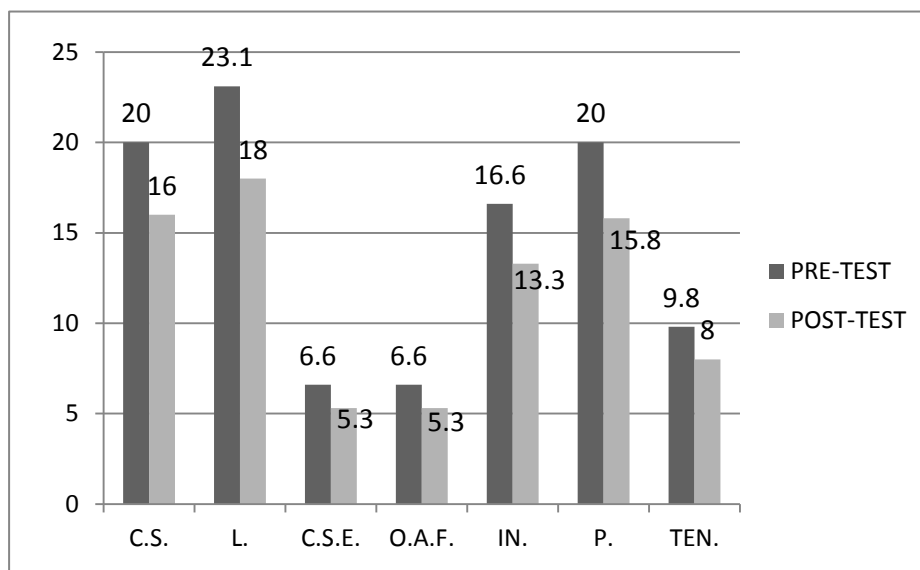
Cómo se puede observar en la tabla, los puntajes promedio obtenidos tanto en el pre-test como en el post-test son distintos para los hombres y para las mujeres, menores para ellos. Se aprecian diferencias en los puntajes del pre-test y los puntajes del post-test, tanto para los hombres como para las mujeres. Para saber entonces si estas diferencias fueron estadísticamente significativas, se aplicó nuevamente una prueba t considerando los dos momentos de la evaluación. En el pre-test hombres en comparación con el pre-test mujeres no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, por otro lado comparando los resultados obtenidos para el post-test entre hombres y mujeres, sí se encontró una diferencia estadísticamente significativa ( $t=3.253$   $p<.05$ ), que indica un efecto diferencial del programa de intervención.

Posteriormente y con el propósito de conocer de forma cualitativa, qué factores son a los que se les atribuyó una mayor importancia en el rompimiento de la dieta, tanto en el pre-test como en el post-test, se llevó a cabo un análisis de los puntajes promedio, considerando las categorías muestreadas.

**Figura 3.** Puntajes obtenidos en Pre-test y Post-test de mujeres.

Puntajes de factores disposicionales de mujeres en pre-test y post-test por categoría disposicional.

Como se puede observar en la figura, en el pre-test las mujeres le atribuyeron mayor importancia al factor *Lugar*, por ejemplo: estar en la calle, estar en la cocina de su casa, estar en un lugar de trabajo; entre otros, seguido de Circunstancia Social y Propensiones. Por otro lado los factores a los que atribuyeron una menor importancia, son los de la categoría *Conducta Socialmente Esperada y Objetos u Acontecimientos Físicos*.

**Figura 4.** Puntajes obtenidos en Pre-test y Post-test de hombres.

Puntajes de factores disposicionales de hombres en pre-test y post-test por categoría disposicional.

Al igual que las mujeres, los hombres le atribuyen mayor importancia al *Lugar*, por ejemplo: estar en la calle o estar en la cocina de su casa; y también, en un mismo plano de importancia ubican a la Circunstancia social y a las propensiones, como estar ansioso o enojado. Por otro lado, le atribuyen menor importancia a factores que se incluyen en la categoría *Conducta socialmente esperada*, por ejemplo: que otros estén comiendo enfrente de mi o que me ofrezcan comida y en la de *Objetos u Acontecimientos Físicos*, por ejemplo: que esté viendo la televisión o que haya cosas ricas de comer a mi disposición

## DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados expuestos y la base teórica que sustenta esta investigación conviene hacer algunas consideraciones. En primer lugar los resultados obtenidos permiten concluir que las técnicas de autocontrol y solución de problemas tuvieron un efecto significativo en el control que lograron los pacientes de los factores disposicionales situacionales. Cabe señalar que los participantes le atribuyeron menor importancia a estos factores para el rompimiento de su dieta en el post-test, hallazgo que permite pensar que adquirieron habilidades, tanto de autocontrol como de solución de problemas.

Con respecto al segundo objetivo se encontraron diferencias de género en los resultados obtenidos en el post-test, lo cual sugiere un mayor efecto de las técnicas empleadas en hombres que en mujeres, en esta muestra de participantes. Este hallazgo apunta a tomar en cuenta el género en los comportamientos de adherencia. Habrá que llevar a cabo más estudios.

Se llevó a cabo un análisis de frecuencias de los puntajes para cada uno de los factores disposicionales evaluados y los resultados son interesantes. A pesar de que la intervención afectó de manera diferente a hombres y mujeres, ambos géneros atribuyeron, tanto en el pre-test, como en el post-test, una mayor importancia al factor *Lugar*, o sea, éste es el elemento de contexto que hace más probable que rompan su dieta, seguido de *Circunstancia Social* y *Propensiones*. En el caso de la Circunstancia Social, hay que señalar que, a pesar de que se le coloca en segundo lugar de importancia, independientemente del género, los modelos psicológicos que estudian adherencia se han ocupado poco de hacer estudios al respecto. Como se indicó, la mayoría de los estudios corresponde a una aproximación cognitiva, en donde las variables de tipo disposicional no tienen cabida como elementos importantes en una relación, especialmente si se trata de disposiciones del ambiente. Algunos autores que manejan aproximaciones psico-sociales como Schlundt et al. (1994) sí plantean que la Circunstancia Social (fiestas, reuniones, eventos sociales, entre otros) es muy importante en términos de las prácticas alimentarias. De hecho, el comer se concibe como parte fundamental de la cultura de cada sociedad. Ahora, con respecto a los reactivos incluidos para la categoría de propensiones, se muestrearon diversos factores, por

ejemplo, estados de ánimo, como sentirse triste; conmociones emocionales, como estar enojado; o estados emocionales, como estar nervioso; que pudieran interferir con el apego a la dieta; y los participantes de este estudio los reportaron como importantes. Aquí hay que mencionar que la literatura sí se ha ocupado de algunos de ellos, se ha estudiado el estrés o la depresión en relación con comportamientos de adherencia (Peyrot & MacMurry, 1986). Sin embargo, a diferencia de la aproximación que fundamenta este trabajo, dichos factores se entienden como procesos y además, en la lógica de las variables, es decir, como parte de una secuencia causal: cognición, emoción, conducta. En esta investigación, los estados de ánimo muestreados se conciben como factores disposicionales de contexto que han adquirido su función, a través de la historia de cada persona. No se entienden como causales del comportamiento, sino con un papel probabilístico. Cabe señalar que la adherencia a la dieta es un fenómeno complejo que se explica considerando varios elementos, entre ellos los que tienen una función disposicional.

Como se mencionó, dada la aproximación cognitiva que impera en el campo de la salud, no se le ha dado mucha importancia a elementos que forman parte de la situación en la que la gente come y mucho menos se considera el posible papel disposicional de elementos que conforman dicho contexto, por ello, no es de sorprender que haya pocos antecedentes del estudio que aquí se presenta. Hay una investigación realizada por Schlundt et al. (op.cit.) cuyo objetivo fue identificar ejemplos de situaciones problemáticas que impiden la adherencia a la dieta, y si bien, no conciben teóricamente factores con función disposicional, sí evaluaron algunos elementos de este tipo. Encontraron que sus participantes reportaron como factores importantes para su adherencia elementos tales como: sentimientos de frustración, emociones negativas, o conflictos interpersonales, que podrían corresponder a lo que son propensiones; también reportaron como importante a la presión social, que podría tener que ver con lo que aquí se llama Circunstancia Social; o sea, hay semejanza con los hallazgos de este trabajo.

Esta investigación hace una modesta aportación al conocimiento de los comportamientos de adherencia; dado que permitió identificar factores situacionales específicos, para la muestra de este estudio, que hacían más probable que rompieran su dieta. El Modelo Psicológico de la Salud Biológica



identifica los elementos que componen el proceso psicológico de la salud y sus resultantes lo que implica la identificación de los factores disposicionales que conforman el contexto de la conducta de comer de cada persona.

No se puede dejar de mencionar las limitantes de esta investigación; una de ellas fue la mortalidad experimental. Es importante mencionar que la muestra fue intencional voluntaria y en esa medida, por un lado, no es posible generalizar los resultados obtenidos aquí a otras muestras; por otro lado, trabajar con voluntarios también influye en el hecho de que no se pudo contar con una asistencia regular comprometida de los pacientes. Esto ocurre frecuentemente en las investigaciones aplicadas y especialmente en las que, como en este caso, no se contó con recursos para dar algún estímulo económico por asistencia. Por otro lado es importante destacar que los seguimientos resultan más difíciles aún por las razones antes mencionadas, a las que habría que agregar la poca disponibilidad de espacio en los diferentes centros de salud para llevar a cabo esta fase. Sería importante contar con apoyo en estos centros para tener una mejor idea de lo que ocurre con estas intervenciones en el transcurso del tiempo. El diseño que se empleó en este estudio fue Pre-test Post-test y no es propiamente experimental, no se pueden controlar diversas variables; sin embargo, a su favor está el hecho de que permite aproximarse a diversos fenómenos de una manera práctica. Convendría en estudios posteriores tener un mayor control de variables en términos generales.

## CONCLUSIONES

El propósito de esta investigación fue evaluar el grado de importancia que los participantes le atribuyen a ciertos factores disposicionales en el rompimiento de la dieta. Los resultados que arrojó esta investigación fueron satisfactorios ya que los participantes adquirieron habilidades de autocontrol y solución de problemas y por ende le atribuyeron menor importancia a factores disposicionales para el rompimiento de su dieta.

La prevalencia en México de Diabetes es un problema grave, se considera que las intervenciones sean de manera multidisciplinaria, ya que de esta manera se puede prevenir complicaciones. Gracias al modelo psicológico de la salud biológica, se pueden estudiar factores marginados o poco considerados en los comportamientos de adherencia, tal es el caso de los factores disposicionales que conforman el contexto de la conducta de comer de cada persona. Como se puede constatar en la literatura, este tipo de elementos no se toma en cuenta o se estudia con una aproximación causalista en la que solamente caben las llamadas emociones.

Cabe decir que la identificación de factores disposicionales relevantes para el rompimiento de la dieta, es uno de los elementos a considerar en los comportamientos de adherencia. El Modelo que da fundamento a este trabajo prevé distintos elementos y aspectos que hay que ir estudiando para dar cuenta de un fenómeno psicológico de especial relevancia en el terreno de la salud. La psicología tiene mucho que hacer con respecto a la prevención de distintas enfermedades y esta investigación representa una aportación que va en ese sentido.

## BIBLIOGRAFÍA.

- Alonso, G. (2004). Teorías y modelos en la Salud pública del siglo XX. *Colombia Médica*, 35 (3), 164-168. Recuperado el 22/10/2013 en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28300308>
- Arce, V., Catalina, P. & Mallo, F. (2006). *Endocrinología*. Santiago: Editorial V.
- Asociación Mexicana de la Diabetes. (2010). Recuperado el 12/04/2012 en: <http://amdiabetes.org/>
- Bosch, X., Alfonso, F. & Bermejo, J. (2002). Diabetes y enfermedad cardiovascular. Una mirada hacia la nueva epidemia del siglo XXI. *Revista Española de Cardiología*, 55 (5). Recuperado el 12/05/2012 en: <http://www.revespcardiol.org/es/diabetes-enfermedad-cardiovascular-una-mirada/articulo/13031153/>
- Brannon, L. & Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud. En Introducción a la Psicología de salud y Adherencia a la prescripción médica*. España: Editores Spain.
- Chiquete, E., Nuño, P. & Panduro, A. (2001). Perspectiva histórica de la Diabetes Mellitus. Comprendiendo la enfermedad. *Investigación en Salud*, 3 (99), 5-10. Recuperado el 22/05/2012 en: <http://www.redalyc.org/pdf/142/14239902.pdf>
- Córdova, J., Barriguete, J., Lara, A., Barquera, S., Rosas, M., Hernández, M., De León, M. & Aguilar, C. (2008). Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Pública de México*, 50 (5), 419-427. Recuperado el 07/05/2012 en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342008000500015](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000500015)
- Duran, B., Rivera, B. & Franco, E. (2001). Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Instituto*

*Nacional de Salud Pública de México*, 43 (3), 1-5. Recuperado el 04/05/2012 en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10643311&idp=1&cid=407473/>

Ehrenzweig, Y. (2007). Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25 (1), 7-21. Recuperado el 12/06/2013 en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79902503>

Escobar, F. & Tébar, F. (2009). *La Diabetes Mellitus en la práctica clínica*. Madrid: Médica Panamericana.

Federación Internacional de Diabetes. (2010). Recuperado el 12/04/2012 en

<http://www.idf.org/types-diabetes>

Flores, A. (2007). *Psicología de la Salud*. Bogotá: Manual Moderno.

Froján, M. & Rubio, R. (2004). Análisis discriminante de la adhesión al tratamiento en la diabetes mellitus insulino dependiente. *Psicothema*, 16 (4), 548-554. Recuperado el 02/05/2012 en:

<http://www.psicothema.com/pdf/3030.pdf>

García, E., Romero, M., Kaufer, M., Tusié, M., Calzada, R., Vázquez, V., Barquera, S., Caballero, A., Orozco, L., Velázquez, D., Rosas, M., Barrigueta, A., Zacarías, R. & Sotelo, J. (2008). La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. *Salud pública de México*, 50 (6), 530-547. Recuperado el 03/05/2012 en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10611162013>

García, J., Salcedo, A. & López, B. (2006). Una aproximación al conocimiento cultural de la Diabetes Mellitus tipo II en el occidente de México. *Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de Antropología Social*, (21), 97-108. Recuperado el 07/05/2012 en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13902107>

- González, P. (2011). El apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). *Waxapa*, 2 (5), 102-107. Recuperado el 03/05/2012 en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2011/wax115e.pdf>
- González, M., Sandoval, A., Román, S. & Panduro, A. (2001). Obesidad y Diabetes Mellitus tipo 2. *Investigación en Salud*, 3 (1), 54-60. Recuperado el 03/05/2012 en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14230108>
- Glasgow, E., McCaul, D. & Schafer, C. (1986). Barriers to regimen adherence among persons with insulin-dependent diabetes. *Behav Med*, 9 (1), 65-77. Recuperado el 12/10/2013 en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3517352>
- Granados, E. & Escalante, E. (2010). Estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus. *Liberabit*, 16 (2), 203-216. Recuperado el 11/08/2012 en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272010000200010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272010000200010&script=sci_arttext)
- Gustavo, A. & Cabrera, A. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 18 (2), 129-138. Recuperado el 06/06/2012 en: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12018210.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: Editorial McGraw-Hill/Interamericana.
- Hernández, E. & Grau, J. (2005). Psicología de la Salud: Aspectos históricos y conceptuales. 33-84. Recuperado el 05/05/2012 en: <http://instituciones.sld.cu/psicosaludhabana/files/2012/01/PSICOLOG%3%8DA-DE-LA-SALUD-ASPECTOS-HIST%3%93RICOS-Y-CONCEPTUALES.pdf>

- Kantor, J. R. (1978). *Psicología Interconductual*. México: Trillas.
- Kaufer, M. & Erez, B. (2008). *Nutriología médica. Fundación Mexicana para la Salud*. Editorial Médica Panamericana.
- Meichenbaum, D. & Turk, C. (1991). Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos. *Guía práctica para los profesionales de la salud*. Recuperado el 22/05/2012 en <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinica/1991/vol2/libros.htm>
- Méndez, F., & Beléndez, M. (1994). Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: estrategias de intervención. *Anales de Psicología*, 10 (2), 189-198. Recuperado el 22/05/2012 en: [http://www.um.es/analesps/v10/v10\\_2/09-10\\_2.pdf](http://www.um.es/analesps/v10/v10_2/09-10_2.pdf)
- Menéndez, E., Lamana, C., Escalada, M., Iriarte, A., Anda, I. & Arguelles. (1999). Manejo de estresores y adhesión al tratamiento de pacientes jóvenes diabéticos tipo 1 insulino dependientes con mal control metabólico. *Anales Sis San Navarra*, 22 (3). Recuperado el 05/12/2012 en: <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/7358>
- Moreno, B., Monereo, S. & Álvarez, J. (2004). *La obesidad en el tercer milenio*. España: Médica Panamericana.
- Olaiz-Fernández, G., Rojas, R., Aguilar-Salinas, C., Rauda, J. & Villalpando, S. (2007). Diabetes Mellitus en adultos mexicanos: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. *Salud Pública de México*, 49 (3), 331-337. Recuperado el 13/05/2012 en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002049/>
- Olivari, C. & Urra, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y enfermería*, 13 (1), 9-15. Recuperado el 12/09/2013 en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532007000100002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532007000100002&script=sci_arttext)

- Olvera, J. & Soria, M. (2008). La importancia de la Psicología de la Salud y el papel del psicólogo en la adherencia al tratamiento de pacientes infectados con VIH. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 4 (11). Recuperado el 02/12/2013 en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/download/18614/17667>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 12/04/2012 en: <http://www.who.int/governance/eb/constitucion/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2008). Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento, de Diabetes Mellitus tipo 2. Recuperado el 12/04/2012 en: <http://es.scribd.com/doc/140758602/guias-alad-de-diagnostico-control-y-tratamiento-de-diabetes-mellitus-tipo-2>
- Ortiz, G. & Ortega, É. (2011). Capacidad predictiva de la adherencia al tratamiento en los modelos sociocognitivos de creencias en salud. *Psicología y Salud*, 21 (1), 79-90. Recuperado el 12/09/2013 en: <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-21-1/21-1/Godeleva-Rosa-Ortiz-Viveros.pdf>
- Ortiz, M. & Ortiz, E. (2007). Psicología de la Salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Terapia Psicológica*, 135 (5), 647-652. Recuperado el 05/08/2012 en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872007000500014](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000500014)
- Ortiz, M. (2004). Factores Psicológicos y sociales asociados a la adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1. *Psykhé*, 13 (1), 21-31. Recuperado el 05/08/2012 en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96713102>
- Ortiz, M. (2006). Estrés, Estilo de Afrontamiento y Adherencia al tratamiento de Adolescentes Diabéticos, Tipo 1. *Terapia Psicológica*, 24 (2), 139-

147. Recuperado el 05/08/2012 en:  
<http://www.redalyc.org/pdf/785/78524203.pdf>

Ortiz, M., Ortiz, E., Gatica, A. & Gómez, D. (2010). Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. *Terapia Psicológica*, 29 (1), 5-11. Recuperado el 10/08/2012:  
<http://www.redalyc.org/pdf/785/78518428001.pdf>

Oviedo, M. & Reild, L. (2007). Predictores psicológicos individuales de la calidad de vida en diabetes tipo 2. *Revista Mexicana de Psicología*, 24 (1), 31-42. Recuperado el 05/08/2012 en:  
<http://www.redalyc.org/pdf/2430/243020635005.pdf>

Padilla, G., Aráuz, A. & Rosello, M. (1997). Metodología para evaluar la adherencia a la dieta en diabetes mellitus no insulino dependiente. *Revista Costarricense de Ciencias Médicas*, 18 (4). Recuperado el 10/08/2012 en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0253-29481997000400002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0253-29481997000400002&script=sci_arttext)

Peyrot, M. & McMurrey, J. (1986). Psychosocial factors in diabetes control. Adjustment of insulin-treated adults. *Psychosom Med*, 47. Recuperado el 13/12/2013 en:  
<http://care.diabetesjournals.org/content/15/11/1640.full>.

Pineda, N., Bermudez, V., Cano, C., Ambard, M., Mengual, E., Medina, M., Leal, E., Martinez. & Cano, R. (2004). Aspectos Psicológicos y Personales en el manejo de la Diabetes Mellitus, 23 (1). Recuperado el 05/05/2012 en: <http://www.redalyc.org/pdf/559/55923103.pdf>

Ramos, M., Batista, C., Gómez, B. & Zamora, A. (2006). Diabetes, estrés oxidativo y antioxidantes. *Investigación en Salud*, 8 (1), 7-15. Recuperado el 05/05/2012 en:  
<http://www.redalyc.org/pdf/142/14280102.pdf>

Reyes, L. (2007). La teoría de la acción razonada: implicaciones para el estudio de las actitudes. *Investigación educativa duranguense*. 7.



Recuperado el 12/06/2013 en:  
[http://www.alfaguia.org/alfaguia/files/1320437914\\_40.pdf](http://www.alfaguia.org/alfaguia/files/1320437914_40.pdf)

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. (1990). *Psicología y Salud: Un análisis conceptual*. España: Martínez Roca.

Rodríguez, M.L. (2011). *Análisis Contingencial*. México: Fes Iztacala, UNAM.

Rodríguez, M.L. & García J. (2011). El modelo psicológico de la salud y la diabetes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14 (2), 210-222. Recuperado el 02/05/2012 en:  
<http://campus.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol14num2/Vol14No2Art12.pdf>

Rodríguez, M.L., Díaz-González, E. & García, J. (2013). Descripción de un instrumento para evaluar factores disposicionales relacionados con la adherencia a la dieta en pacientes diabéticos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18 (2), 263-276. Recuperado el 02/05/2012 en: <http://www.redalyc.org/pdf/292/29228336004.pdf>

Rosenstock, I., Strecher, V. & Becker, M. (1988). The health Belief Model and preventive health behavior. *Health, Education Monographs*, 15 (2), 175-183. Recuperado el 12/11/2013 en:  
[http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/67783/10.1177\\_109019818801500203.pdf?sequence=2](http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/67783/10.1177_109019818801500203.pdf?sequence=2)

Ryle, G. (2005). *El concepto de lo mental*. México: Paidós.

Schlundt, G., Pickert, W., Rea, R., Puryear, W., Penha, L. & Kline, S. (1994). Situational obstacles to adherence for adolescents with diabetes. *The Diabetes Educator*, 20 (3), 207-211. Recuperado el 28/11/2013 en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7851234>

Socarrás, M., Bolet, M. & Licea, M. (2002). Diabetes mellitus: tratamiento dietético. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 21 (2). Recuperado el 06/05/2012 en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002002000200007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002002000200007)

Torres, A. & Piña, J. (2010). Asociación entre variables Psicológicas y sociales con la adhesión en personas con Diabetes tipo 2. *Terapia psicológica*, 28 (1), 45-53. Recuperado el 05/05/2012 en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78516730005>