



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Adherencia a la dieta en pacientes con Diabetes

Mellitus tipo 2: revisión de la técnica de

Autocontrol

T E S I N A

Que para obtener el título de

Licenciada en Psicología

P R E S E N T A

Daniela Briones García

D I R E C T O R A D E T E S I N A

Dra. María de Lourdes Rodríguez Campuzano

Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, 2017





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A mis padres: Por su infinito apoyo, muestras de amor y comprensión a lo largo de este camino, esto es para ustedes como muestra de que todo esfuerzo que hicimos juntos ha dado frutos. Los amo.

A mis hermanos: Joel y Ángela, por siempre estar ahí cuando más lo he necesitado y recordarme que el camino sigue siendo largo pero no importa los obstáculos siempre que estemos juntos en esto. A Bruno, porque sin saberlo me muestra día a día los años y la preparación que he tenido, me incitas a ser una mejor persona para ti. Te quiero sobrino.

A mis amigos: Alan y Paola por las risas, locuras y nuestra travesía a la titulación, por ser grandes compañeros de viaje y de vida; a Fernando por siempre alentarme a terminar lo que me propongo y darme los mejores consejos que pudiera obtener, gracias por ser el mejor de los amigos.

A David: por acompañarme en todo esto, por sacar lo mejor de mí, por el apoyo que estás dispuesto a darme y escuchar siempre lo que me aqueja, por darme tu punto de vista de las cosas y ayudarme a construir poco a poco un mejor futuro. Te amo.

A mi directora de tesina, Dra. Rodríguez o como me gusta llamarla, “Mayu”: por ser la persona que me llevó a muchas reflexiones, risas, jalones de oreja (necesarios), el gusto por mi carrera, pero sobre todo, por tener siempre la mejor de las vibras y ayudarme a concluir una etapa importante en mi vida. De verdad, infinitas gracias.

Al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) IT300114 por la gran oportunidad de permitirme hacer investigación y gracias a eso, poder realizar este trabajo.

Índice

Introducción	5
Capítulo 1. La Diabetes	7
○ Tipos de diabetes	
○ Factores de riesgo	
○ Síntomas	
○ Complicaciones de la enfermedad	
○ Tratamiento	
○ Obesidad y sobrepeso	
Capítulo 2. Psicología y salud	19
○ Teoría social cognitiva	
○ Teoría de la acción razonada	
○ Modelo de creencias de la salud	
○ Modelo transteórico	
○ Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales	
○ Reflexiones sobre los modelos de salud	
Capítulo 3. Modelo Psicológico de la salud Biológica	33
○ Proceso psicológico de la salud	
○ Resultante del proceso psicológico de la salud	
○ Prevención de la enfermedad	
○ Análisis Contingencial	
Capítulo 4. La técnica de Autocontrol	44
○ Definición	
○ Estudios en el ámbito de la salud	
Capítulo 5. Propuesta de intervención en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 mediante la técnica de Autocontrol.	61

Conclusiones	90
Referencias	92
Anexos	

Introducción

La Diabetes Mellitus es un conjunto de trastornos metabólicos cuya característica común es la hiperglucemia, es decir, el aumento en los niveles de glucosa en la sangre (Sanz & Bascones, 2009). En nuestro país 371 millones de personas padecen la enfermedad y se estima que para 2030 habrá alcanzado los 552 millones según la Encuesta Nacional y Salud y Nutrición de 2012. No sólo afecta a la persona que la padece, también a sus familiares y el costo económico implica un ingreso alto para atender consultas, revisiones periódicas, suministro de medicamentos, intervención quirúrgica o permanencia en el hospital en caso de que se presente alguna complicación por diabetes que deba ser atendida constantemente.

El trabajo que aquí se presenta se centra en la Diabetes Mellitus tipo 2 ya que los pacientes pueden regular sus niveles de glucosa en la sangre no sólo con medicamentos o administración de insulina, sino también a través del comportamiento como el tipo de alimentación y el ejercicio que lleva una persona. A su vez, se trata del tipo de diabetes con mayor incidencia en la población a nivel mundial y en nuestro país.

La Psicología de la salud incluye diferentes modelos y teorías encaminadas al afrontamiento de la enfermedad, entre ellos se destacan la teoría social cognitiva, teoría de acción razonada, modelo de creencias de la salud, modelo transteórico, modelo de Información-Motivación-Habilidades sociales, modelo psicológico de la salud biológica. El presente trabajo toma como referencia el Modelo Psicológico de la Salud Biológica el cual fue propuesto por Ribes (2011) y parte de una perspectiva interconductual,

Se toma como punto de interés el seguimiento de la dieta dado que es susceptible de modificar, ayuda a lograr un adecuado control metabólico y, a su vez, evita complicaciones de la enfermedad, costos y hospitalizaciones. Se requiere una metodología que nos permita conocer los factores pertinentes que influyen en el seguimiento de un régimen alimenticio, por lo que se propone el Análisis Contingencial como la metodología pertinente a este objetivo. Para lograr establecer esta conducta instrumental preventiva se necesita dotar al paciente de un conjunto de habilidades, que van desde proveer información, hasta el establecimiento de habilidades que permitan al paciente mediar su conducta situacional de comer, partiendo de esto, se retoma una de las técnicas utilizadas en el ámbito de la salud, la técnica de autocontrol es definida como la aplicación de estrategias de cambio

conductual con la finalidad de crear modificaciones efectivas en uno mismo (Hughes & Lloyd, 1993 citado en Valladares & Rentería, 2012).

En el capítulo 1 se presenta estadísticas y características de la diabetes mellitus, síntomas, complicaciones de la enfermedad y tratamiento. En el capítulo 2 se habla de la psicología de la salud, así como los diferentes modelos psicológicos que tratan la salud biológica. En el capítulo 3 se revisa el Modelo Psicológico de la Salud de Ribes (2011) y el Análisis Contingencial. En el capítulo 4 se presentan las características de la técnica de autocontrol, así como algunas investigaciones en el campo de la salud. Por último, en el capítulo 5 desarrolla una propuesta de intervención basada en la técnica de autocontrol para alterar la conducta de comer en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que les permitan adherirse a una dieta prescrita.

Capítulo 1. La Diabetes

La Diabetes Mellitus (DM) afecta a más de 371 millones de personas y se estima que para 2030 habrá alcanzado los 552 millones según Encuesta Nacional y Salud y Nutrición (Instituto Nacional de Salud Pública, 2012). La encuesta también menciona que las cifras presentes en nuestro país son de gravedad, México ocupa el sexto lugar mundial en número de personas con Diabetes Mellitus y la prevalencia aumentó 14 por ciento comparado con los resultados del año 2006, lo que representa un total de 8 millones de personas con esta enfermedad en toda la República Mexicana, la mayoría de las personas tienen entre 40 y 59 años y se menciona que 4 de cada 5 personas con Diabetes Mellitus viven en países de ingresos bajos y medios. Los estados con prevalencias más altas son: Distrito Federal, Nuevo León, Veracruz, Tamaulipas, Durango y San Luis Potosí.

Otros datos que proporcionó ENSANUT (2012) en su informe fue que 13 de cada 100 muertes en México están relacionados con la Diabetes, la mitad de ellas ocurre en personas menores de 60 años. Del total de la población mayor a 20 años, el 4.3% vive con diabetes e hipertensión. La enfermedad no sólo afecta a la persona que la padece, también a sus familiares y el costo económico implica un ingreso alto para atender consultas, revisiones periódicas, suministro de medicamentos, intervención quirúrgica o permanencia en el hospital en caso de que se presente alguna complicación que deba ser atendida constantemente. En este sentido, la Diabetes originó el 11% de los gastos totales en sanidad en adultos de entre 20 a 79 años de edad (ENSANUT, 2012), por lo que representa un gasto de 3,430 millones de pesos al año en su atención.

Sanz y Bascones (2009) mencionan que la Diabetes Mellitus no es una entidad patológica, sino un conjunto de trastornos metabólicos cuya característica común es el aumento en los niveles de glucosa en la sangre. Esto como consecuencia de defectos en las células beta, las cuales se encuentran en el páncreas (específicamente los islotes pancreáticos) y cuyo trabajo es producir la hormona insulina encargada de permitir el ingreso de glucosa a todas las células del cuerpo y crear la energía que necesitan los individuos para realizar sus actividades diarias.

Cuando existe alguna alteración en las células beta, la insulina no es producida de forma suficiente, o bien deja de producirse y los niveles de glucosa se elevan debido a que no pueden terminar de acceder a las células.

Tipos de Diabetes

Existen diferentes tipos de manifestación de la enfermedad; sin embargo, la mayoría de los casos se encuentran en dos clases generales llamadas Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) y Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). Tébar y Escobar (2009) los explican de la siguiente manera:

- a) Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1). Representa aproximadamente el 10% de todos los casos de diabetes y suele ser hereditaria, se divide en dos subgrupos.
 - Autoinmune: Se caracteriza por una deficiencia total de insulina causada por la destrucción de las células β en el páncreas, como su nombre lo indica, el sistema inmune (encargado de la defensa del cuerpo contra organismos infecciosos que invaden el cuerpo y provocan enfermedades) actúa en contra de las células β del islote pancreático, no se conoce con certeza el motivo por el cual este fenómeno se inicia, pueden existir diversos factores aparte de los inmunes, por ejemplo, factores genéticos o ambientales. También es conocida como diabetes insulino dependiente o diabetes juvenil.
 - Idiopática: El término hace referencia a la identificación de enfermedades únicas o de causa desconocida. Como su nombre lo indica, en el caso de la diabetes idiopática no existe una explicación clara ni se demuestran elementos de autoinmunidad como en el anterior, sólo una minoría de pacientes con Diabetes Mellitus 1 cae en ésta categoría y son personas de origen africano y asiático principalmente.
- b) Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). El páncreas no produce suficiente insulina para mantener los niveles de glucosa adecuados, debido a que el cuerpo no responde bien a la insulina y las células beta se ven afectadas. La diabetes mellitus tipo 2 puede desarrollarse por dos alteraciones metabólicas.
 - Resistencia a la insulina: los receptores insulínicos no responden y/o son escasos en número. Como consecuencia de esto se produce el aumento en la glucosa que no es asimilada por las células y queda en la sangre sin ser aprovechada.

- Descenso notable de la producción de insulina: disminución de la funcionalidad de las células beta, causada normalmente por una fatiga de las mismas por una sobreproducción compensatoria de insulina. Imaginemos que el páncreas es como una banda de automóvil y cada vez que aceleramos, la banda hace más esfuerzo para responder al auto, puede llegar el punto en que la banda se rompe y crea complicaciones de funcionalidad. Lo mismo ocurre en el caso del páncreas, al haber una gran cantidad de glucosa en la sangre, es forzado a producir la misma cantidad de insulina para compensar el proceso. Si el páncreas se encuentra constantemente en sobreproducción de insulina, puede colapsar y dejar de funcionar adecuadamente.

Tabla 1.
Características generales de la Diabetes tipo 1 y 2.

Características	Diabetes tipo 1	Diabetes tipo 2
Edad típica de inicio (años)	<35	>35
Predisposición genética	Baja	Alta
Anticuerpos frente a las células beta	Sí	No
Hábito corporal	Normal/atrofiado	Obeso
Principal característica metabólica	Déficit de insulina	Síndrome metabólico con insensibilidad a la insulina
Tratamiento con insulina	Responde	Necesita dosis altas
Fármacos secretagogos de insulina	No responde	Responde

Nota. Recuperado de Organización Mundial de la Salud. (2005). Diagnóstico y monitorización de la Diabetes Mellitus tipo 2 desde el laboratorio.

En la tabla 1 se pueden observar las principales características de los tipos de diabetes mellitus 1 y 2. A su vez, se muestran las diferencias entre ellas, la edad en que comúnmente se inicia la enfermedad; la predisposición genética; los anticuerpos presentes contra las células beta; el hábito corporal que en el caso de la DM1 es de complexión normal mientras en el DM2 suelen tener obesidad; el estado de la insulina en ambos casos (nula en el caso de DM1 e insensibilidad en el caso de DM2); en el caso de los tratamientos, algunos

fármacos no son viables para DM1 puesto que se necesita de la aplicación de insulina dado que el cuerpo no cuenta con ella, en el caso de DM2 algunos fármacos ayudan a segregar la insulina del cuerpo o facilitar el proceso.

El presente trabajo se centrará en la Diabetes Mellitus tipo 2 ya que los pacientes pueden regular sus niveles de glucosa en la sangre no sólo con medicamentos o administración de insulina, también a través del comportamiento como el tipo de alimentación y el ejercicio que llevan. A su vez, se trata del tipo de diabetes con mayor incidencia en la población a nivel mundial y en nuestro país a comparación de la diabetes tipo 1, por lo que a partir de este momento, la información proporcionada en el capítulo estará enfocada en Diabetes Mellitus 2.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo que pueden probilizar la aparición de la diabetes mellitus tipo 2 de acuerdo con Figuerola (2011) son los siguientes:

- Inactividad física
- Familiares de primer grado con diabetes (mamá, papá o hermanos)
- Pertenecientes a una etnia de riesgo
- Padecer diabetes gestacional o haber tenido un bebé macrosómico (nacer con más de 4 kilogramos).
- Padecer enfermedad vascular o cardiovascular
- Tener HDL (lipoproteína de alta densidad) colesterol <35 mg/dL(miligramo/decilitro) o triglicéridos >250 mg/dL
- Padecer glucemia en ayunas alterada
- Obesidad
- Tabaquismo
- Tener más de 45 años de edad
- Género femenino
- Nivel socioeconómico

Algunos de los factores de riesgo mencionados son modificables, como el caso de la obesidad, tabaquismo y la inactividad física, por lo que es suma importancia el control de

los niveles de glucosa en sangre a través de estas alternativas acompañadas del tratamiento médico correspondiente.

Síntomas

Por otro lado, los síntomas característicos para detectar la enfermedad de acuerdo con la American Diabetes Association (2013) son:

- Poliuria. Constante necesidad de orinar, una persona con diabetes puede producir por lo menos 2,5 o 3 litros de orina en 24 horas.
- Polidipsia. Sed inusual, se acompaña de la poliuria como consecuencia de la gran cantidad de líquidos que puede consumir una persona diabética, es una forma en que el cuerpo trata de regular los niveles de glucosa.
- Pérdida de peso. A pesar de que la Diabetes Mellitus tipo 2 se asocia con la obesidad, esta pérdida se da a causa de la poca energía del cuerpo, por lo que algunas células intentan obtenerla rompiendo células grasas y el músculo.
- Fatiga e irritabilidad. Causado por la poca energía en el cuerpo.
- Cortes/moretones que tardan más de lo habitual en sanar.
- Hormigueo o entumecimiento en las manos o los pies.
- Infecciones recurrentes de la piel, encías o vejiga.

Complicaciones de la enfermedad

El aumento en los niveles de glucosa, su gravedad y estado de evolución son los factores más importantes en la aparición a medio y largo plazo de complicaciones que puede presentar la enfermedad. Se dividen en agudas y crónicas, algunas de ellas son las siguientes:

a) Agudas

Cetoacidosis

La cetoacidosis es ocasionada por la ausencia absoluta o relativa de la hormona insulina. Se presenta cuando el cuerpo, al no poder convertir la glucosa en energía con ayuda de la insulina, requiere de otro medio y utiliza las grasas.

Éstas por su parte tienen productos llamados cetonas, las cuales se acumulan en la sangre y orina cuando las grasas se descomponen. Las cetonas son tóxicas en altos niveles (Lizcano, 2009). Usualmente afecta a los pacientes insulino dependientes, es decir, quienes padecen diabetes mellitus tipo 1; sin embargo, también puede presentarse en diabéticos con tipo 2 que se encuentran bajo periodos de estrés metabólico.

Estado hiperosmolar no cetosica

También es conocido como coma diabético. Rocabrana (2009) lo define como un grave trastorno metabólico que se origina por el aumento de la osmolaridad plasmática, estableciéndose con un cuadro de deshidratación intensa, tanto intracelular como extracelular que puede llegar hasta el coma debido a alteraciones a nivel neuronal.

Hipoglucemia

Se refiere a la disminución de los niveles de glucosa en la sangre (por debajo de los 50 mg/dl, miligramo sobre decilitro), puede deberse a una falla en los horarios para suministro de insulina o medicamentos, no haber comido, hacer mucho ejercicio, entre otros (Lizcano, 2009).

b) Crónicas

Retinopatía diabética

Se considera la complicación más común y la principal causa de ceguera en personas entre 25 y 74 años de edad, es responsable del 10% de los casos de ceguera anual a nivel mundial, lo que la coloca como la cuarta causa de ceguera en todo el mundo (Anda & Nellen, 2009). El flujo sanguíneo de la retina se ve afectado por los altos niveles de glucosa en sangre, lo que puede provocar con el paso del tiempo un caso severo de ceguera, la retinopatía diabética se clasifica en leve, moderada y severa de acuerdo con el examen ocular, para su análisis se divide la retina en cuatro cuadrantes.

- Leve: presencia de microaneurismas, que son dilataciones en la pared capilar que durante exámenes en el ojo dan la impresión de puntos rojos pequeños.
- Moderada: además de microaneurismas, puede existir evidencia de hemorragias en la retina, el número debe ser no mayor a 20 en los cuatro cuadrantes.

- Severa: más de 20 hemorragias en cada uno de los cuadrantes, dilataciones venosas y anomalías microvasculares.

Nefropatía diabética

La Diabetes Mellitus afecta a diversas partes del cuerpo, los problemas renales son una de estas complicaciones y pueden llegar a consecuencias severas. Torres y Zacarías (2002) mencionan que la prevalencia de nefropatía diabética en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 varía de un 39% a 50%.

Es un problema de salud pública grave que conlleva a hospitalizaciones frecuentes y un gasto alto de recursos económicos. Para las enfermedades renales crónicas en fase terminal no existe un tratamiento sustitutivo verdadero y completo, ya que la diálisis no supe todas las funciones del riñón sano y el trasplante está aún lejos de ofrecer una calidad de vida normal por el tipo de monitoreo requerido y las complicaciones derivadas de la incompatibilidad del trasplante si es que llega a presentarse el caso.

Neuropatía diabética

Se considera que el 75% de los pacientes con neuropatía no presentan síntomas, el 50% de los pacientes diabéticos presentan algún tipo de neuropatía por lo que la ausencia de dolores no significa que el paciente pueda padecer ésta complicación de la enfermedad. La neuropatía es un conjunto de síndromes que afecta distintas regiones del sistema nervioso, los nervios se ven afectados por la cantidad de glucosa en la sangre y por la disminución del flujo sanguíneo. Las lesiones pueden ir desde los nervios craneales, columna vertebral, incluso aquellos que se encargan de colaborar con las funciones de diversos órganos del cuerpo (García, 2009). Los síntomas son desarrollados lentamente, se puede presentar hormigueo en brazos y piernas, ardor en los dedos o en los pies, problemas digestivos como sentirse lleno, tener náuseas, estreñimiento y sentirse mareado o con la frecuencia cardíaca rápida.

Pie diabético

Espejel (2009) lo define como la condición de los pacientes con úlceras, grietas, infección o destrucción del tejido profundo, asociado con anormalidades neurológicas y varios grados

de enfermedad vascular en la extremidad inferior, ocurre con frecuencia en pacientes de más de 60 años de edad. Los vasos sanguíneos no funcionan adecuadamente, por lo que el flujo de sangre tiene complicaciones para llegar a las diferentes zonas del cuerpo entre ellos los pies, con el paso del tiempo si persisten los problemas puede llegar a generar gangrena y la posible amputación de la extremidad.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se reportó que en el año 2013 el número de amputaciones a causa de pie diabético en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 fue de 75mil en todo el sector salud y, que del año 2012 a 2013 los problemas por pie diabético aumentaron en un 20%, por lo que se toma en cuenta que cualquier lesión en el pie es por lo general una lesión multifactorial, es decir, se debe considerar el impacto en la lesión y posibles infecciones

Dentro de la clasificación de pie diabético Wagner (citado en Espejel, 2009) clasifica las úlceras diabéticas según su gravedad:

- Superficiales: destrucción total del espesor de la piel
- Profundas: penetra en la piel, la grasa y los ligamentos pero sin afectar el hueso.
- Profundas más absceso: incluye secreción y mal olor
- Gangrena limitada: necrosis en parte del pie. La necrosis se refiere a la muerte de las células y tejidos en alguna zona del cuerpo.
- Gangrena extensa: todo el pie afectado.

Tratamiento

Como parte del tratamiento para la Diabetes Mellitus tipo 2, Roldán, Ojeda y Roldán (2011) mencionan que parte de los objetivos que tiene la atención hacia la DM2 consiste en evitar descompensaciones agudas, así como la disminución de riesgo ante complicaciones de tipo agudas o crónicas, aliviar los síntomas principales (poliuria, polidipsia, pérdida de peso, cansancio), y disminuir la mortalidad. Por lo tanto existen estrategias de intervención como el médico basado en fármacos que al ser administrados ayudan a controlar los niveles de glucosa en la sangre.

La principal opción terapéutica son los hipoglucemiantes orales. Existen diferentes fármacos con distinta función algunos son:

- Tiazolidinedionas. Para sensibilizar el cuerpo de la insulina, así como controlar la producción de glucosa, actúa a nivel muscular. Su principal efecto secundario es la retención de líquidos, por lo que puede ocasionar aumento de peso y en algunos casos el riesgo de infarto al miocardio. Es importante que éste tipo de medicamentos sean sumamente controlados y bajo la supervisión del especialista por los efectos que puede traer.
- Meglitinidas. Estimula al páncreas para producir más insulina. Su principal efecto secundario es la hipoglucemia y es común el incremento de peso al inicio del tratamiento.
- Inhibidores α -glucosidasa. Retrasa la absorción de carbohidratos siempre y cuando la dieta sea rica en carbohidratos complejos. En algunas ocasiones genera malestar intestinal sin que se registre gran modificación en el peso, éste efecto secundario es poco común.
- Metformina. Promueve la pérdida de peso y reduce los niveles de lípidos, se prefiere en los pacientes con diabetes mellitus que a su vez presentan sobrepeso; sin embargo, el tratamiento con este medicamento es de los principales dentro del tratamiento de un diabético.

Por otro lado, el tratamiento médico debe ir acompañado de otras actividades complementarias como:

- *Revisiones constantes de niveles de glucosa en sangre.* De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana (2010) se considera como niveles anormales en ayuno \geq a 100 y \leq a 125 mg/dl (miligramos sobre decilitro), \geq 140 mg/dl después de dos horas de haber consumido alimentos (hiperglucemia) y, $<$ 60-50 mg/dl (hipoglucemia).
- *Ejercicio físico.* Los más recomendables son caminar, correr y montar en bicicleta (10 a 20 minutos de estiramiento y fuerza muscular), aunque siempre se debe tomar en cuenta el historial médico del paciente, los niveles de glucosa antes de comenzar cualquier tipo de entrenamiento y de su capacidad física para evitar accidentes, también ayuda a mejorar la sensibilidad de la insulina. (Roldán, Ojeda & Roldán, 2011).
- *Alimentación adecuada.* La alimentación juega un papel importante dentro de la enfermedad, por lo que una dieta prescrita por un especialista ayuda a lograr el

control metabólico que el paciente necesita a pesar de la ingesta de medicamentos hipoglucémicos. Durán, Carrasco y Araya (2012) mencionan que llevar un régimen alimenticio favorece en la prevención y tratamiento de la Diabetes mellitus tipo 2, ya que regula los niveles de glucosa en la sangre, normaliza los niveles de presión arterial, evita el aumento de peso y complicaciones de la enfermedad.

Esto puede observarse en un estudio realizado por Samaniego y Álvarez (2007) cuyo objetivo fue analizar la frecuencia y tipo de alimentos que consume un grupo de personas con Diabetes mellitus tipo 2. La muestra fue de 94 pacientes provenientes de un hospital universitario en Monterrey, con una edad entre 40 y 65 años. Se recolectaron datos sociodemográficos (género, escolaridad, ocupación, estado civil e ingresos económicos), tratamiento, frecuencia y tipo de alimentación e indicador del estado de la enfermedad a través de una cédula de entrevista.

Los resultados mostraron que la mayoría de los pacientes pertenecen al género femenino; en cuanto a la escolaridad predomina el nivel primaria, seguido de personas que no tienen ningún tipo de estudio; la mayoría de los pacientes se dedican al hogar y son casados; los ingresos económicos resultaron estar por debajo de los \$2,000 pesos en la mayoría de los participantes del estudio. Por otro lado, el tipo de tratamiento estuvo encaminado únicamente en la ingesta de medicamentos orales para regular los niveles de glucosa en sangre.

El número de pacientes que ingieren medicamentos acompañados de una dieta alimenticia fue muy reducido, sólo 21 de los participantes lo realizan. En cuanto al ejercicio, 6 de los participantes añaden esta actividad en conjunto con la dieta y medicamentos. A su vez, los resultados mostraron que sólo una persona del total de la muestra realiza monitoreo de sus niveles de glucosa en forma periódica. Por último en tipo de alimentos, se muestra que los participantes consumen mayor cantidad de huevo y carne asada que otros tipos de alimentos como frutas y verduras las cuales sí añaden a su dieta pero en menor frecuencia.

El anterior estudio refleja la importancia que tiene el llevar un adecuado tratamiento farmacológico, acompañado de actividad física y alimentación balanceada. Contreras, *et al.* (2001) mencionan que minimizar la incidencia de complicaciones agudas y crónicas en

pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 depende de los siguientes parámetros, los cuales deben ajustarse a cada paciente en particular:

- Educar al paciente diabético es crucial para garantizar el éxito de todas las formas terapéuticas.
- Fomentar un equilibrio entre el consumo de alimentos, la actividad física y la dosis del medicamento.
- Familiarizar al paciente con el auto monitoreo de la glucosa sanguínea.
- Incentivar la comunicación entre el paciente y el personal del área de la salud. Es imprescindible el apoyo psicológico.
- Fomentar la reducción en el consumo de calorías para minimizar la producción excesiva de glucosa.
- El ejercicio físico, el cual disminuye la resistencia a la insulina en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, el peso corporal, los perfiles lipídicos y otros factores de riesgo cardiovascular.

Obesidad y sobrepeso

La Diabetes al ser una enfermedad metabólica, se encuentra asociada con otros problemas altamente presentes en nuestro país, tal es el caso de la obesidad. Constituyen una de las asociaciones más frecuentes y letales para la salud (Justo y Orlandi, 2005). De acuerdo con González, Sandoval, Román y Panduro (2001) la obesidad es una enfermedad crónica que se caracteriza por un aumento anormal del peso corporal debido a la acumulación excesiva de grasa, por lo tanto se presenta un desequilibrio energético entre lo que tu cuerpo necesita y lo que está consumiendo. Los indicadores de sobrepeso y obesidad se observan mediante el índice de masa corporal (IMC) el cual se calcula dividiendo el peso de una persona por la talla en metros al cuadrado.

Tabla 2.

Clasificación de los niveles de IMC

Clasificación	IMC
Bajo peso	<18.50
Delgadez severa	<16

Delgadez moderada	16 a 16.99
Delgadez Leve	17 a 18.49
Normal	18.50 a 24.99
Sobrepeso	≥ 25.00
Pre-obesidad	25 a 29.99
Obesidad grado 1	≥ 30
Obesidad grado 2	35 a 39.99
Obesidad grado 3	>40

Nota. Recuperado de Norma Oficial Mexicana. (2010). Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.

En la tabla 2 se muestra la clasificación de peso para las personas de acuerdo con el IMC resultante, se observa que existen tres grados de obesidad, pre-obesidad, sobrepeso, un índice normal, tres tipos de delgadez y bajo peso. Los cuidados y alternativas para normalizar los niveles de masa corporal (IMC) deberán ir en función del lugar que ocupa la persona en la tabla.

Dado que el seguimiento del tratamiento terapéutico requiere de cambios en el repertorio conductual del individuo, desde el ámbito psicológico se han formulado distintos modelos de salud y ha llevado a diversos estudios. A continuación, se hará una revisión de dichas aportaciones.

Capítulo 2. Psicología y salud

De acuerdo con Oblitas (2008) la Psicología de la Salud “es la disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta a la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos pueden tener lugar” (p. 10).

Otros autores como Stone (1979), Torres y Beltrán (1996), y Morales (1997) coinciden en que la psicología de la salud es una especialidad cuya metodología y la aplicación de técnicas es dedicada al estudio e intervención de los componentes en el proceso salud-enfermedad, es decir, en el riesgo de enfermar, en la condición y en la recuperación de la salud. Todos ponen énfasis en la importancia del conocimiento o educación y el comportamiento de los individuos para la prevención de patologías crónicas o agudas y el mantenimiento de la salud.

Por otro lado, Matarazzo (citado en Piña & Rivera, 2006) menciona que las principales funciones dentro de esta rama son:

- Promoción y mantenimiento de la salud: Aquí se pretende proporcionar información o conocimiento sobre estilos de vida saludables.
- Prevención de la enfermedad: Se logra mediante la modificación de aquellos hábitos que mantiene el individuo y que no son benéficos para la salud.
- Tratamiento de la enfermedad: Durante este proceso, los psicólogos trabajan en conjunto con otros especialistas de la salud en la intervención de una enfermedad específica, se espera que el acompañamiento psicológico sea complementario al tratamiento médico u otro que se requiera.
- Evaluación: Se estudian los resultados obtenidos por el tratamiento y los posibles cambios en el proceso de intervención para lograr los resultados esperados.

Rodríguez y Palacios (1989) concuerdan con Matarazzo ya que mencionan que “la psicología de la salud es un área que permite la aplicación de los alcances metodológicos para el cuidado, mantenimiento y promoción de la salud como un estilo de vida, planteando una alternativa diferente de la organización del comportamiento individual y colectivo al

respecto” (p.478).A lo largo del tiempo, la Psicología de la salud se ha visto permeada de diferentes modelos y teorías encaminadas al afrontamiento de la enfermedad, abarcan desde teorías cognitivas hasta modificación conductual. Entre ellos se destacan los siguientes:

Teoría Social Cognitiva

Destaca la idea de que buena parte del aprendizaje humano se da en el medio social. Al observar a los otros, la gente adquiere conocimientos, reglas, habilidades, estrategias, creencias y actitudes, de manera que aprende acerca de la utilidad y conveniencia de diversos comportamientos fijándose en modelos (otras personas) y en las consecuencias de su proceder (Schunk, 2008).

Uno de los conceptos fundamentales de la teoría es la *autoeficacia percibida*, la cual refiere a las opiniones que tiene la persona de sus propias habilidades y comportamientos para llegar a un fin, puede tratarse de alguna tarea específica, el trato con otras personas, entre otros. Ortiz y Ortiz (2007) mencionan que cualquier cambio de conducta se fundamenta sobre la creencia de que una persona puede alcanzar exitosamente la conducta deseada. En el caso de la adherencia, el paciente al sentirse vulnerable ante la enfermedad, debe identificar y conocer cuáles son los comportamientos y las habilidades que debe requerir, es decir, qué es lo que necesita hacer como parte de un tratamiento para poder mejorar su estado de salud. Una vez que identifique, debe tener la creencia de que si sigue tales comportamientos y habilidades disminuirá la probabilidad de enfermarse y obtendrá mejores hábitos saludables que le permitan la prevención de complicaciones a futuro.

La teoría menciona que es fundamental que la persona cuente con esta creencia, puesto que si no está convencida, el trabajo no tendrá el efecto esperado. Guerrero, Parra y Mendoza (2016) llevaron a cabo un estudio correlacional de corte transversal cuyo objetivo fue analizar la correspondencia entre autoeficacia y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento de hemodiálisis. La muestra estuvo conformada 80 pacientes (46 hombres y 34 mujeres) que reunieron los criterios de selección establecidos (pacientes con diagnóstico médico de diabetes mellitus tipo 2 que se encuentren recibiendo tratamiento de hemodiálisis como mínimo 1 mes; disposición física y voluntad de llenar los instrumentos).

Se aplicó un previo consentimiento informado, la Escala de Autoeficacia Generalizada que consta de 10 ítems con opción de respuesta múltiple, y el Cuestionario Diabetes que consta de 39 ítems con opción de respuesta múltiple que mide la calidad de vida relacionada con la salud.

Los resultados mostraron una asociación estadísticamente significativa entre la autoeficacia y calidad de vida relacionada con la salud (dimensiones energía y movilidad, control de la diabetes y sobrecarga social), a su vez se mostraron diferencias entre el sexo. Los autores concluyen que a medida que los pacientes tengan un sentimiento de confianza para afrontar situaciones de la vida de manera eficaz, se verá menos afectado las dimensiones mencionadas anteriormente y, por lo tanto, su calidad de vida.

Otro estudio bajo este marco teórico fue el realizado por Avendaño y Barra (2008) y su objetivo fue examinar la relación entre la calidad de vida y las variables de autoeficacia y apoyo social percibido en adolescentes con enfermedades crónicas. La muestra se conformó por 75 participantes (38 hombres y 37 mujeres) con edades entre 12 y 18 años y con diagnóstico de diabetes mellitus, fibrosis quística e insuficiencia renal; todos atendidos en el Hospital Regional de Concepción, el promedio en el tiempo de evolución de la enfermedad fue de 6.9 años.

Para la recolección de datos se aplicaron los siguientes instrumentos: Escala de Autoeficacia Generalizada, la cual consta de 10 ítems en escala tipo Likert y con 3 opciones de respuesta referidas a afrontar distintas situaciones de forma exitosa; Cuestionario de Apoyo Social Percibido el cual consta de 6 ítems en escala tipo Likert agrupados en tres dimensiones de apoyo (emocional, consejo y ayuda); Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la salud para niños y jóvenes de entre 8 y 18 años de edad. Consta de 27 ítems en escala tipo Likert agrupados en cinco dimensiones (bienestar físico; bienestar psicológico; autonomía y relación con los padres; amigos y apoyo social; y entorno escolar). Los resultados muestran que la calidad de vida presente en los participantes presenta una relación significativa con la autoeficacia y una relación positiva con el apoyo social, pero en menor medida porque parece no tener una influencia importante en la calidad de vida reportada. Mediante análisis de regresión y correlación se observó que la variable de autoeficacia explica casi un tercio de la varianza en la variable calidad de vida (30%), por lo que se considera altamente significativa.

Los autores concluyen que la influencia de la autoeficacia puede producir una mayor vulnerabilidad o resistencia al estrés, mayor capacidad de adaptación a las demandas de la enfermedad y mayor capacidad de ajuste a la experiencia de vivir con una condición crónica, por lo que es importante darle peso a esta variable en el manejo de la salud.

Teoría de la Acción Razonada

Desarrollada por Ajzen y Fishbein, retoma el hecho de que los seres humanos somos esencialmente racionales, y ello nos permite hacer uso de la información disponible para el ejercicio de las acciones o conductas emprendidas. La intención de llevar a cabo una conducta es el determinante inmediato de una acción y ésta a su vez, opera en función de la actitud hacia la conducta y de la norma subjetiva.

Dicho de otra forma, se relaciona a las creencias, actitudes, intenciones y conducta, partiendo de que el predictor de la conducta es la intención, ésta es predicha por la actitud (favorable o desfavorable) hacia ejecutar dicha conducta. Se espera que entre más favorable sea la actitud con respecto a la conducta, más fuerte será la intención del individuo de llevarla a cabo. Por otro lado, el control sobre la conducta también es fundamental dentro de la explicación de la teoría, ya que se considera el punto medio entre la intención y la ejecución de la conducta.

En cuanto al estudio de los comportamientos relacionados con la salud y la enfermedad, se podría explicar que una persona se involucre en conductas saludables indagando sobre la intención que tenga de realizarlas. Las personas obtienen de su medio la información respecto de los riesgos, beneficios y consecuencias en la salud que pueden traer determinados comportamientos, posteriormente la teoría explica que la intención que antecede a la conducta determina la ejecución y la intensidad con que se realiza.

En el ámbito de la salud, este modelo ha dado pauta a diferentes estudios como el de Carpi, Brevia y Palmero (2005), cuyo objetivo fue analizar la importancia de la intención como variable motivadora en la disminución del estrés percibido en la prevención de algún tipo de trastorno cardiovascular. La muestra se conformó por 360 participantes (53.43% mujeres y 46.57% hombres) sin un diagnóstico de enfermedad cardiovascular previa, dado que se trata de un estudio hacia conductas preventivas de la enfermedad.

Los participantes se agruparon en categorías de edad (19-29 años; 30-39 años; 40-49 años; 50-59 años; 60-60 años y de 70 en adelante). Se aplicó un cuestionario integrado por 12 ítems relacionados a las distintas variables de la teoría de la acción razonada (actitud, norma subjetiva, percepción, intención y conducta), los datos obtenidos se analizaron mediante el paquete estadístico de ecuaciones de modelos estructurales EQS que incluye regresión múltiple y análisis factorial. Los resultados indicaron que las variables que mejor explican y predicen el desarrollo de la intención de conducta son la actitud y la norma subjetiva, siendo la percepción de control la variable que la predice con menos fuerza.

Los autores concluyen que se estudió el estrés de modo general y no atendiendo las distintas acciones que pueden ser realizadas para disminuir la percepción del mismo, por ende es necesario destacar las diferencias predictivas de cada una de las variables.

Modelo de Creencias en Salud

De acuerdo con Moreno y Gil (2003) el modelo parte de que la conducta se deriva del valor que tiene el sujeto respecto a la obtención de alguna meta específica y la estimación que el sujeto atribuye a la probabilidad de éxito que puede tener la ejecución de ciertos comportamientos para lograr una meta.

A su vez el modelo parte de diferentes dimensiones las cuales influyen en la acción Rosenstock (1974) distingue las siguientes:

- Susceptibilidad percibida. La percepción de cada individuo es diferente, por lo que se considera esta primera parte como el valor subjetivo que tiene cada persona ante un problema de salud, es decir, el grado de peligro que ellos consideran que tienen ante una enfermedad específica. Puede tratarse de personas que niegan el hecho de poder contraer algún malestar; personas que se basan en las estadísticas y los índices de manifestación de la enfermedad, pero no es suficiente para considerar que puedan contraer dicho malestar y personas que se sienten convencidas del peligro de enfermar.
- Severidad percibida. Se refiere a la gravedad que trae el contraer una enfermedad o dejarla sin tratar una vez que es contraída. Toma como principales referentes las consecuencias tanto personales como sociales, por personales se entiende la condición de corte biológico, es decir, las implicaciones a nivel orgánico como el

dolor en ciertas partes del cuerpo, incapacidad, incluso la muerte. Las consecuencias sociales serían todas aquellas que implican incapacidad en las relaciones con otras personas (familiares, amistades, pareja) y en ambientes como el trabajo o el ámbito académico.

- Beneficios percibidos. En este apartado, la creencia va encaminada a la efectividad en la ejecución de comportamientos diferentes al repertorio del individuo sobre la salud. Según el autor, el que una persona se sienta susceptible ante la presencia de una enfermedad y a su vez considere la gravedad de la misma, puede influir para que presente conductas saludables y de prevención; sin embargo, no es suficiente, debe estar consciente de que tales cambios de conducta le van a traer buenos resultados. Lo anterior se adjudica al tratamiento terapéutico impartido por un especialista, al tener buenas expectativas y la creencia de que seguir los pasos del médico dará resultados óptimos, el individuo los adopta y los ejecuta.
- Barreras percibidas. La última dimensión se refiere a los propios obstáculos que pone la persona ante el cambio de conducta. Puede percibirlo como altamente efectivo; sin embargo, otras creencias como el coste económico, el tiempo, los resultados a largo o mediano plazo y el dolor, influyen en la ejecución de la conducta saludable.

En el caso de la Diabetes Mellitus, alternativas como el tratamiento médico, la dieta o el ejercicio pueden verse frenadas debido a que la persona considera que es un gasto de energía salir a caminar todos los días, los medicamentos son costosos, comprar ciertos alimentos puede ser aburrido o, el control del peso y niveles de glucosa en sangre no se modifican en unos días.

Se han llevado a cabo diversos estudios bajo la perspectiva de este modelo, entre ellos se encuentra el realizado por Pérez y Bautista (2008), cuyo objetivo fue identificar la percepción de susceptibilidad hacia la Diabetes Mellitus en individuos sin diagnóstico de la enfermedad y acompañantes de pacientes a consulta externa de un hospital general en la Ciudad de México.

Se realizó un muestreo no aleatorio, incluyendo a las personas que aceptaron participar después de la invitación al estudio mientras esperaban en la sala de espera del hospital, la muestra se conformó de 160 participantes (44 hombres y 116 mujeres) con edad promedio

de 38 años. Tomaron medidas de cada participante incluyendo peso y talla para obtener el índice de masa corporal (IMC).

Se aplicó una entrevista para obtener datos sociodemográficos y un instrumento integrado por 8 reactivos tipo Likert acerca de la enfermedad de Diabetes Mellitus, los reactivos contaban con 3 opciones de respuesta (“alta”, “regular” y “ninguna”) para medir la susceptibilidad percibida. A su vez, el instrumento se dividió en cuatro categorías: a) valoración personal del riesgo a padecer cierta condición; b) comparación entre la creencia personal y de los demás; c) riesgo percibido para los demás; d) juicio de riesgo personal hacia la diabetes mellitus comparado con otros padecimientos. La duración aproximada por cada participante fue de 45 minutos.

Los resultados mostraron que el 47.5% de los participantes presentaron obesidad de primer grado de acuerdo con el índice de masa corporal obtenido en las medidas. En cuanto a la susceptibilidad de los participantes, encontraron que la percepción de vulnerabilidad fue diferente en las distintas preguntas, cuanto más amenazante sea la percepción de vulnerabilidad, será mayor la dificultad para llevar a cabo conductas preventivas. Se concluye que la susceptibilidad de las personas es un factor de importancia en el comportamiento de las personas, pues de éste depende que se efectúen cambios significativos para la salud.

Por otro lado Quintana, Merino, Merino y Cea (2008) realizaron un estudio cuyo objetivo fue analizar si las dimensiones del modelo de creencias de la salud determinan parte de la conducta de adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. La muestra se conformó de 257 pacientes diabéticos, para obtener datos del control metabólico se realizaron medidas de hemoglobina glicosilada, datos del diagnóstico, tipo de tratamiento, estado nutricional (obtenido de los registros en el centro de salud) y datos sociodemográficos.

Se aplicó un cuestionario con reactivos tipo Likert orientadas a medir las cuatro dimensiones del modelo de creencias de la salud: a) susceptibilidad percibida; b) severidad percibida; c) beneficios atribuidos al tratamiento médico; d) barreras para enfrentar la enfermedad. La recolección de datos se llevó a cabo mediante visitas domiciliarias con previo consentimiento informado de la investigación. Los datos fueron analizados en el paquete estadístico SPSS.

Los resultados mostraron que el 44.7% de los pacientes seguía únicamente el tratamiento médico sin realizar acompañamiento nutricional o ejercicio físico, el 60% presentaba un promedio de 7 años de enfermedad diagnosticada. En cuanto a los resultados del cuestionario, se encontró que las dimensiones del modelo de creencias de la salud con más peso y relación estadística en la modificación conductual y metabólico en los pacientes, es la de beneficios percibidos y barreras percibidas, en el primer caso mientras más beneficios se atribuye al tratamiento que asegura ese control y mientras menos barreras se perciben para asegurar la ejecución tratamiento, mayor es la probabilidad de que el paciente esté compensado metabólicamente.

Se concluye que las personas al percatarse de los beneficios que puede traer para la salud el apego a un tratamiento terapéutico, logran llevarlo a cabo, por lo que es necesario implementar programas enfocados a esta dimensión, asegurando así el mejoramiento de cambio conductual en pacientes diabéticos.

Modelo transteórico

Explica el cambio espontáneo o inducido del comportamiento de los individuos según cinco variables o constructos teóricos (Cabrera, 2000):

- Precontemplación. Los individuos que no tienen intención de cambio ante una condición de enfermedad, se trata de aquellos que no cuentan con la información necesaria de las complicaciones a mediano o largo plazo y prefieren evitar cualquier tipo de situación que les recuerde la enfermedad. Cabrera menciona que esta etapa ocurre comúnmente durante los primeros seis meses de haber contraído un malestar con efectos a futuro. También refiere que dentro de esta categoría se encuentran aquellas personas que tuvieron intentos de cambio en el pasado y que fallaron, por lo que permanece el miedo y deciden alejarse.
- Contemplación. Los individuos que tienen alguna intención de cambio y posteriormente están en planes de modificar formalmente una situación o un comportamiento en los próximos meses. El riesgo de quedarse en esta etapa es alto, dado que en comparación con la anterior la persona ya contempla el hecho de poder cambiar y de las consecuencias positivas que puede traer esto; sin embargo, su falta de habilidad y su miedo siguen siendo mayores y es probable que continúe así

durante semanas, meses, e incluso años. El objetivo es contemplar el panorama de la situación y decirse a sí mismo que algún día va a cambiar su condición.

- Preparación. En esta parte, el individuo adquiere un compromiso formal ante el cambio y toma la decisión de forma definitiva. Las consecuencias positivas son mayores y la persona cuenta con un plan de trabajo y los primeros intentos de modificar su comportamiento en un corto periodo de tiempo. El autor refiere que las personas se sienten capaces de conseguir lo esperado y cuentan con experiencias concretas con relación al cambio, se muestran partícipes en actividades que les permitan pasar a la siguiente etapa y el logro de su meta.
- Acción. El individuo realiza cambios objetivos, específicos y reales. Se considera a esta etapa como la de observación de la preparación que ha tenido la persona durante las etapas anteriores, la valoración que poseen acerca de los beneficios que trae el cambio hacia la salud se elevan considerablemente, le permite modificar y expresar su nivel de autoeficacia. Los principales programas de intervención para el público se centran en esta etapa para poder intervenir, debido a la gran disposición de la persona y el posible progreso en los resultados esperados.
- Mantenimiento. Se refiere a que la persona continúe con las conductas ya ejecutadas previamente para evitar recaídas o incumplimiento de metas a mediano y largo plazo. Se espera que disminuya la tentación de volver al comportamiento anterior y aumente progresivamente la confianza y la capacidad de seguir con los cambios efectuados. El periodo según el autor es de 6 meses a dos años, dependiendo de los resultados y de la capacidad con la que cuente la persona para poder mantenerse, esperando que las tentaciones se reduzcan en un 100%.

Uno de los estudios hechos bajo esta perspectiva, es el llevado a cabo por Mastellos, Gunn, Félix, Car y Majeed (2011), cuyo objetivo fue evaluar la efectividad de las intervenciones dietéticas y con actividad física, para lograr una pérdida de peso sostenible en adultos con sobrepeso y obesidad. Se realizó una búsqueda extensiva de las intervenciones y estudios previos, y se tomaron como referencia algunos criterios de inclusión como:

- Ensayos clínicos controlados con asignación aleatoria.

- Utilización de las etapas de cambio del modelo transteórico como modelo, marco teórico o guía para diseñar estrategias de modificación de estilos de vida.
- Variables de ejercicio físico, dieta y pérdida de peso.
- Los participantes debían ser adultos con sobrepeso u obesidad.

El número de estudios que cumplieron con los criterios anteriores fueron cinco y un total de 3910 participantes fueron evaluados. Se encontró que la intervención tuvo una repercusión limitada sobre la pérdida de peso (alrededor de 2kg o menos), no se detectaron pruebas acerca de la pérdida de peso sostenible. Después de la aplicación de etapas de cambio del modelo transteórico hubo mejorías en la actividad física y en los hábitos alimenticios; sin embargo, se observó que las etapas no se usaron de forma consistente en los ensayos como marco teórico para la intervención. La muerte y el aumento de peso en los participantes fueron dos eventos mencionados en los ensayos revisados.

Los autores concluyen que las etapas de cambio del modelo transteórico y una combinación de actividad física, dieta y otro tipo de intervenciones dirigidas al control metabólico dan como resultado una pérdida de peso mínima, también consideraron como limitantes el dejar de lado algunas variables de importancia como la calidad de vida de los participantes relacionada con la salud, la morbilidad y los costes.

Modelo de Información – Motivación - Habilidades Conductuales

De acuerdo con Bermúdez, Herencia-Leva y Uribe (2009) desde el modelo se especifican tres elementos necesarios para que el individuo pueda llevar a cabo conductas preventivas ante alguna enfermedad.

En primer lugar la persona debe contar con información acerca de la conducta preventiva que le permita tener un primer acercamiento a lo que desea realizar. En el caso de la Diabetes Mellitus, al tratarse de un enfermedad crónica y por ende no curable pero sí tratable, las conductas preventivas irían encaminadas a evitar complicaciones agudas o graves si no se lleva a cabo un adecuado control en los niveles de glucosa en sangre, por lo tanto se esperaría que el paciente adquiriera información sobre la importancia de adherirse a un régimen alimenticio, tratamiento médico basado en medicamentos u otra actividad que funja como facilitadora en el control de la enfermedad.

En segundo lugar, la información pertinente puede influir en que la persona presente motivación para realizar la conducta preventiva y generar un cambio en su estado de salud. La motivación para asumir dicha conducta preventiva depende de las actitudes que tenga el paciente hacia la enfermedad, los beneficios de dichas conductas y la susceptibilidad percibida.

En tercer lugar, resulta necesario que la persona disponga de habilidades conductuales que le faciliten la emisión de la conducta preventiva, dichas habilidades se relacionan con la autoeficacia o control conductual. El modelo menciona que no puede haber cambio conductual si no existe una previa preparación tanto en el conocimiento, como en la motivación de la persona.

Ortiz y Ortiz (2007) mencionan que algunas investigaciones empíricas relacionadas al modelo muestran que en conjunto la información, la motivación y las habilidades conductuales explican gran parte del cambio conductual. La información y motivación son prerequisites que por sí solos no son suficientes para alterar la conducta. También comentan que cuando las habilidades conductuales requeridas para el cambio y la ejecución de conductas preventivas no son complicadas para a persona o se tornan familiares, la información y la motivación pueden actuar directamente sobre la conducta. Un ejemplo de ello es seguir una prescripción basado en la información entregada por el médico, alguna receta, algunas sugerencias de cuidado, entre otras. En el modelo, la relación entre motivación e información no es significativa; sin embargo, la presencia de ambos aumenta el poder predictivo y preventivo.

Páez, Cárdenas y Poveda (2010) llevaron a cabo un estudio descriptivo transversal cuyo objetivo fue identificar la adherencia al tratamiento nutricional en un grupo de personas con Diabetes Mellitus tipo 2, aplicando el modelo de Información-Motivación-Habilidades conductuales. La muestra estuvo conformada por 30 participantes (20 mujeres y 10 hombres) diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2, de entre 30 y 70 años, con tratamiento nutricional prescrito y con la aceptación mediante un consentimiento escrito para participar en el estudio.

Se aplicó un formulario constituido por cuatro secciones: a) información sociodemográfica y clínica; b) doce preguntas en forma de test para evaluar conocimientos acerca de la enfermedad, información nutrimental y la importancia de la dieta como parte

del tratamiento; c) veinte ítems en escala tipo Likert para evaluar la actitud hacia el tratamiento nutricional; d) la adherencia al plan de alimentación prescrito, este último mediante auto-reporte.

Se evaluaron once prácticas relacionadas con selección de alimentos, tamaño de las porciones y fraccionamiento de la alimentación. Los datos se analizaron mediante una prueba de correlación interna, chi-cuadrada y prueba de Fisher. Los resultados mostraron que en cuanto a conocimientos, el 77% de los participantes presentó información suficiente acerca de la enfermedad; sin embargo, no presentaban mucha información sobre el fraccionamiento de los alimentos y la ingesta de los mismos, los conocimientos fueron mayores en mujeres que en hombres.

En la parte de motivación, el 87% de los participantes mostraron actitud positiva sobre la enfermedad y el tratamiento nutricional, las personas con actitudes negativas manifestaron (con ayuda de los auto reportes) menor cumplimiento de la dieta, los autores explican que la falta de interés por el tratamiento nutricional fue la causa más frecuente, lo que propicia un obstáculo para llevar a cabo conductas saludables y apego al régimen alimenticio.

En las prácticas o habilidades sociales que presenta el individuo, los resultados mostraron que el manejo de porciones en los alimentos fue del 70% de los pacientes, el 67% de los participantes refirió que consumen ocasionalmente alimentos ricos en grasas y carbohidratos, ninguno de los participantes se adhirió a la prescripción médica. Se encontró que entre más restrictivo es el plan de alimentación, mayor es el porcentaje de sobre-adequación en la ingesta de nutrientes. Al correlacionar estos datos con la variable de adherencia a la dieta, no fue estadísticamente significativa y se concluye que es importante seguir investigando al respecto para identificar las posibles variables que la condicionan.

Reflexiones sobre los modelos de salud

Partiendo de la descripción de cada uno de los modelos anteriores, se resaltan algunas observaciones sobre la pertinencia y efectividad que poseen dentro del ámbito de la psicología. Piña (2008) menciona algunas características que comparten los modelos de salud y tienen que ver con:

- El escaso análisis de conceptos clave como cuerpo, cerebro, o sobre la relación entre mente y comportamiento. Por ende, lo que se entiende por psicológico carece

de una delimitación o representación. El autor menciona que se parte de una generalidad de lo que comúnmente se entiende como relación entre mente y comportamiento sin proponer, con base en un análisis, la definición en la cual se fundamenta dicho modelo.

- Se parte de que los seres humanos son racionales y la explicación del por qué se da cierto comportamiento es atribuido a términos o expresiones cognitivas como pensamiento, conocimiento, percepción del riesgo, actitudes, creencias, intención, autoeficacia, entre otros. Si se considera esto como psicológico, en automático se descartan otros factores “no racionales” vistos como “no psicológicos” por los modelos, tal es el caso de habilidades, competencias, hábitos, entre otros.
- Los modelos se han dirigido a la investigación que trae como resultado el empleo de numerosos métodos o propuestas para el estudio de lo psicológico como el caso de encuestas, inventarios, test, entrevistas estructuradas u otro método para la validación de los modelos y la explicación en contextos reales con respecto a la salud. Aunado a la importancia del análisis conceptual, se considera entonces que la validación empírica tendría lugar una vez que se realiza el análisis estadístico.

Como se observa, el principal factor que compone la crítica a los modelos es el correspondiente a la definición de lo psicológico y los conceptos o parámetros que tiene como trasfondo. En el caso de las teorías cognitivas, la explicación va dirigida a procesos internos e inobservables que se manifiestan con base en la conducta de los individuos, esto es un ejemplo de lo que Ryle (1949), en su libro *El concepto de lo mental*, mencionaría como un error de tipo lógico o categorial, en el cual explica el error en las afirmaciones dualistas debido a la combinación de categorías de distintas líneas lógicas que en el caso de la psicología se torna a la relación mente/cuerpo.

En la actualidad se adoptan términos de estas características al tratar de explicar los eventos internos o “mentales” de la misma forma que se explican los eventos físicos y se llega a la conclusión de que la mente es como un ente que está separado del cuerpo pero que se encuentra inmerso en él y de alguna forma lo regula como si fuera un *fantasma en la máquina*, dando como resultado la creación de teorías y modelos basados en conceptos erróneos. Por lo tanto, la viabilidad, efectividad y coherencia de estos se pone en duda.

Por último, otro factor importante son los resultados en las intervenciones. Todos mencionan que se encontraron cambios significativos en cuanto a adherencia terapéutica, adquisición de conductas preventivas, conductas para el manejo de la enfermedad, entre otros. Sin embargo, es conveniente poner énfasis en los resultados a corto, mediano y largo plazo puesto que el mantenimiento de los cambios en los pacientes puede variar dependiendo del seguimiento que éste le dé.

Una vez expuestos los argumentos en modelos de la salud anteriormente explicados, el presente trabajo parte de la teoría interconductual para abordar otra propuesta de modelo que se encuentra inmerso en ésta área.

Dicha teoría fue propuesta por J.R. Kantor (1929) quien menciona que en la formulación interconductual de campo no sólo quedan excluidos todos los principios psíquicos e internos, sino que también se le niega privilegios explicativos a los tejidos y funciones neuronales. Para Kantor (*op. cit.*) el objeto de estudio de la psicología debería estar encaminado a la unidad inseparable de los componentes del campo psicológico, es decir, el conjunto de relaciones entre el organismo y su medio, esta relación se da de manera mutua debido a que el medio siempre va a afectar al organismo y viceversa.

Ribes y López (1985) en su libro *Teoría de la conducta* parten de la propuesta de campo de Kantor y mencionan que el objeto de estudio de la Psicología es la interconducta, entendida como la interacción ontogenética de los organismos, con otros organismos, eventos y objetos de su ambiente, en el cual diversos factores participan y probabilizan la ocurrencia de las interacciones del individuo. A su vez, la psicología Interconductual rompe de manera tajante con las concepciones mentales y mecanicistas, en el campo de la salud se ha propuesto desde una postura interconductual el Modelo Psicológico de la Salud Biológica de Ribes (2011) que será tomado como referencia para este trabajo y explicado a continuación.

Capítulo 3. Modelo psicológico de la salud Biológica

Ribes (2011) explica que el Modelo Psicológico de la Salud Biológica permite delimitar la dimensión psicológica de la salud sin dejar de lado o eliminar las dimensiones biológica y sociocultural, y a la vez, constituye un modelo de interfase para vincular variables que pertenecen a categorías lógicas diferentes. El papel del modelo es guiar la acción e intervención práctica en la prevención, curación y rehabilitación de enfermedades, así como identificar aquellos elementos psicológicos partícipes en dicha situación.

A su vez, menciona que la dimensión psicológica de la salud se compone de tres factores fundamentales:

1. La forma en que el comportamiento participa en la modulación de los estados biológicos, en la medida en que regula el contacto del organismo con las variables funcionales del medio con el que interactúa.
2. Las competencias que definen la efectividad del individuo para interactuar con una diversidad de situaciones que directa o indirectamente afectan el estado de salud.
3. Las maneras consistentes que tripifican a un individuo en su contacto inicial con situaciones que pueden afectar potencialmente su condición biológica (p. 17).

A continuación se muestra el modelo con los factores psicológicos pertinentes y dividido en dos partes, una correspondiente al proceso psicológico de la salud que refiere el mantenimiento, recuperación o pérdida de la salud biológica. Se conforma de la historia interactiva del individuo, las competencias funcionales presentes y la modulación biológica por las contingencias presentes en la interacción.

La segunda parte del modelo corresponde a los resultados del proceso que puede traer como consecuencia la patología biológica, las dimensiones revisadas son las correspondientes a vulnerabilidad biológica y las conductas instrumentales de riesgo y prevención del individuo para derivar la enfermedad o la prevención de ésta.

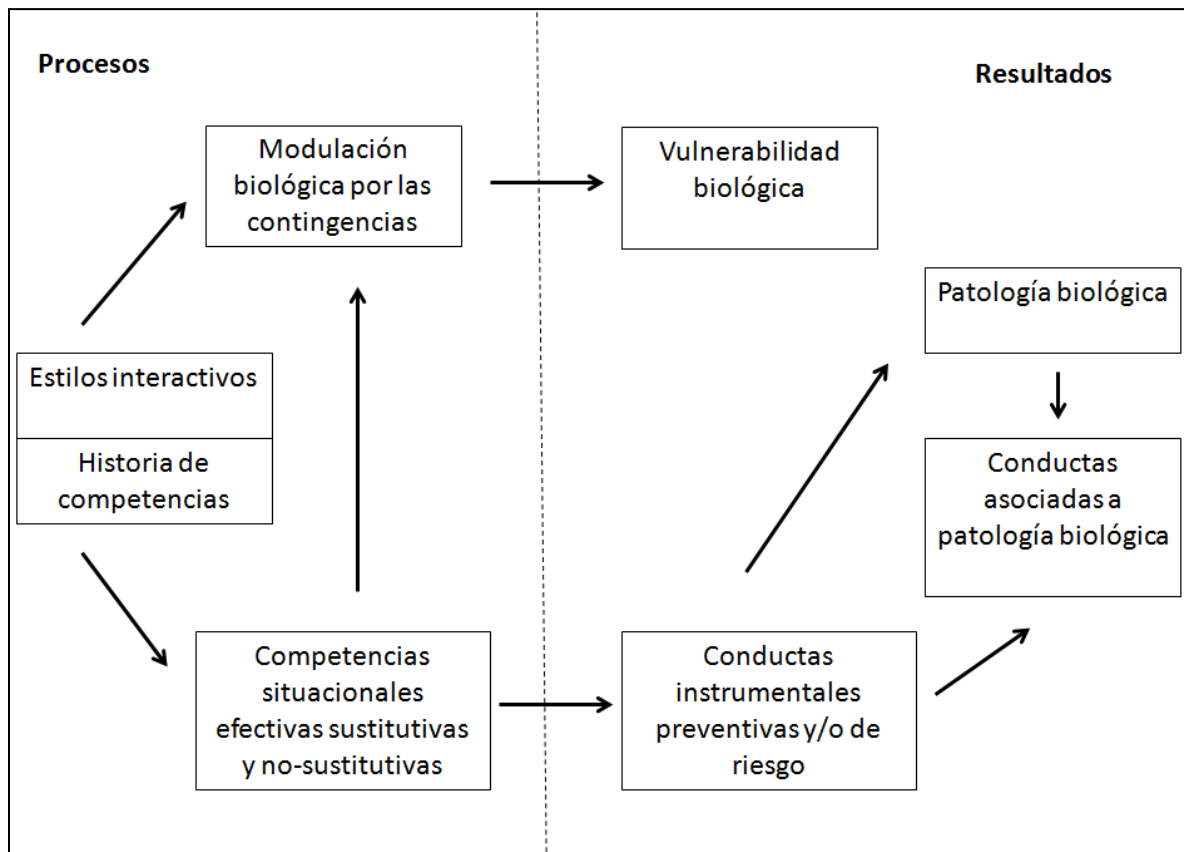


Figura 1. Modelo Psicológico de la Salud biológica (tomado de: Ribes, 2011).

a) Proceso psicológico de la salud

La historia interactiva del individuo

Se refiere a las interacciones previas que ha tenido la persona ante diversas situaciones o eventos, la forma en que se ha comportado en anteriores ocasiones y que han sido pertinentes ante dicha situación. Sin embargo, no significa que la historia psicológica tenga una función causal o directa, sino que juega un papel disposicional, es decir, puede hacer más probable o menos probable ciertas interacciones.

La historia interactiva se analiza en dos dimensiones: los estilos interactivos y la disponibilidad de competencias funcionales. Los estilos interactivos son la forma consistente en la que una persona se comporta en situaciones específicas que no implican criterios de logro, es decir, donde no hay respuestas correctas o resultados a producir. Idealmente se pueden evaluar en situaciones en las que la persona se relaciona por primera vez. Por otro lado, la disponibilidad de competencias se refiere a la capacidad que el individuo ha adquirido durante el tiempo y que le permite comportarse de forma efectiva en

situaciones que tengan un criterio de logro establecido, las competencias van desde poseer información necesaria para interactuar con una situación, hasta la posesión de habilidades.

Competencias funcionales presentes

Otro componente del proceso psicológico de la salud es el que se refiere a las competencias funcionales presentes. El término alude a una colección de ocurrencias, es decir, a la posesión de grupos de habilidades que han ocurrido de manera simultánea o sucesiva en el pasado y que tienen como función hacer más probable o menos probable la emisión de conductas efectivas en el presente. El autor menciona que las competencias comprenden el comportamiento de un individuo, la situación y los requerimientos que dicha situación establece, así como los resultados, efectos o consecuencias que tiene el comportamiento relativo a los requerimientos. Se refiere entonces a la capacidad que ha adquirido la persona al interactuar de forma efectiva en acontecimientos pasados.

La modulación de los estados biológicos

Explica la forma en que ciertos arreglos contingenciales afectan los estados biológicos del individuo, lo que puede traer como resultado una alteración a nivel biológico. El autor menciona que el comportamiento que se despliega frente a situaciones que tienen características contingenciales delimitables, es el que modula las formas de reacción biológica del propio individuo.

Un ejemplo de esto es el estudio realizado por Brady, Porter, Conrad y Mason (1958) utilizando monos rhesus (después conocidos como “monos ejecutivos”) los cuales fueron sometidos a choques eléctricos cada cierto tiempo mientras tenían una palanca. Fueron divididos en dos grupos, el primero podía evitar el choque al utilizar la palanca mientras que el segundo grupo no tenía oportunidad de evitación, como resultado el primer grupo de monos desarrolló úlceras gástricas. Los autores concluyen que los choques eléctricos no fueron los causantes de las úlceras, sino el comportamiento de los monos al tratar de evitar los choques.

b) Resultantes del proceso psicológico de la salud

Con base en las relaciones establecidas entre los diversos elementos que conforman el proceso psicológico de la salud, se incide en dos vertientes como resultado, uno que involucra la vulnerabilidad biológica del individuo a la patología y la segunda tiene que ver con las conductas ya sea preventivas o de riesgo que probabilizan la aparición de la enfermedad, o disminuyen el riesgo de padecerla.

Vulnerabilidad biológica

De acuerdo con el modelo, la vulnerabilidad biológica se refiere a la interacción con ciertas condiciones que determinarán el riesgo de desarrollar una enfermedad, en términos generales, qué tan vulnerable es el individuo para contraer una enfermedad dependiendo de las relaciones entre los demás elementos que conforman el proceso de salud. El autor menciona que algunas condiciones se pueden manifestar como interacciones biológicas como el caso de la desnutrición, el consumo de sustancias tóxicas, ausencia de anticuerpos, contagio de enfermedades virales, entre otros. A su vez, hay algunas condiciones meramente biológicas como las alteraciones genéticas.

Conductas instrumentales y la salud

Las conductas instrumentales consisten en acciones de los individuos que, directa o indirectamente, disminuyen o aumentan la probabilidad de que contraiga una enfermedad (Ribes, 2011).

Lo anterior se traduce en que son aquellos comportamientos que pueden ser efectivos tanto para prevenir una enfermedad, como para aumentar el riesgo de que en un futuro la persona presente alguna patología. Las conductas instrumentales pueden ser directas o indirectas, las primeras hacen referencia al contacto directo con un agente patógeno, ejemplo de esto son el contagio del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), el de parásitos, el de enfermedades venéreas, exposición a radiaciones o agentes químicos. Las indirectas se refieren a aquellas situaciones donde no hay contacto directo con un agente patógeno, sino una exposición gradual a ciertos agentes o hábitos poco saludables; ejemplo de esto es el consumo de alcohol, la mala alimentación, o el abuso de medicamentos, entre otros. En el caso de la Diabetes Mellitus, hay conductas

instrumentales de riesgo perfectamente identificadas, la no adherencia a un tratamiento terapéutico (medicamentos, régimen alimenticio y ejercicio) trae como consecuencia que la enfermedad no se controle adecuadamente y aparezcan complicaciones como el pie diabético, retinopatía diabética, entre otras.

En cuanto a las conductas instrumentales preventivas, el autor menciona que son la traducción de la información en un “saber hacer” y que hay distintos tipos de “saberes”.

1. Saber qué tiene que hacerse, en qué circunstancias tiene que hacerse, cómo decirlo y cómo reconocerlo.
2. Saber cómo hacerlo, haberlo hecho antes, o haberlo practicado.
3. Saber por qué tiene que hacerse o no, y reconocer si se tiende o no a hacerlo.
4. Saber cómo reconocer la oportunidad de hacerlo y no hacerlo.
5. Saber hacer otras cosas en dicha circunstancia, o saber hacer lo mismo de otra manera (Ribes, 2011, p.62).

De acuerdo con lo anterior, se parte de que la persona no solamente debe tener información acerca de su enfermedad o cómo tratarla, sino que debe desarrollar otras habilidades para que, en lo cotidiano, sea competente en el cuidado de su salud.

En la Diabetes Mellitus, el primer tipo de saber haría referencia a que la persona sepa lo que es la Diabetes, por qué se genera, los síntomas, complicaciones y cuidados que debe seguir; el segundo tipo de saber iría encaminado a que identifique si ha realizado prácticas o intentos para regular su enfermedad, mantener los niveles de glucosa en sangre, realizar alguna actividad física o alimentarse sanamente de acuerdo con la prescripción médica; el tercer tipo se referiría a que la persona sepa por qué es importante el cuidado y los efectos que traería el no cuidarse, también es importante que sepa si realmente está realizando conductas preventivas o de riesgo; el cuarto tipo iría encaminado al reconocimiento de la importancia de padecer una complicación de la Diabetes así como de la importancia de prevenirla; por último el quinto tipo hace referencia a aquellas alternativas que puede utilizar la persona ante situaciones que sugieran riesgo para la salud, por ejemplo pedir los alimentos en un restaurante sin mucha grasa o preparados de forma tal que no disparen los niveles de glucosa en la sangre.

Patología biológica y comportamientos asociados

El modelo explica que si la persona lleva a cabo conductas instrumentales de riesgo aunado con una alta vulnerabilidad, traerá consigo de forma inevitable la patología biológica.

Ribes (*op. cit.*) menciona tres factores fundamentales en esta parte del modelo. Cuando el resultado del proceso es la aparición de una patología biológica, el primero tiene que ver con el seguimiento y adherencia a un proceso terapéutico efectivo; el segundo con los comportamientos relacionados a factores rehabilitativos en enfermedades crónico-degenerativas y el tercero con conductas asociadas a la patología biológica que, en ocasiones se vuelven problemáticas, un ejemplo de esto es la presencia de vómitos o malestares ante un tratamiento de quimioterapia.

Prevención de la enfermedad

De acuerdo con lo explicado anteriormente, el modelo plantea que la salud tiene una dimensión psicológica y que el comportamiento es el que media los efectos de las condiciones ambientales sobre el organismo. El autor menciona que existen tres niveles de prevención:

El nivel primario de atención de la salud que implica

- Promoción de hábitos de higiene personal y sanidad ambiental.
- Desarrollo de hábitos alimentarios que auspicien el desarrollo y la nutrición.
- Divulgación de medidas que favorezcan la planificación familiar y la prevención de enfermedades sexuales.
- Campañas de inmunización preventivas de enfermedades infecciosas y crónico-degenerativas.
- Detección y curación de enfermedades infectocontagiosas de naturaleza endémica.
- Diagnóstico temprano de riesgo de enfermedad o de patologías incipientes para su canalización terapéutica a los dos niveles restantes de atención.

Los niveles secundario y terciario de atención a la salud implican

- Detección de patologías agudas y crónicas con distinto grado de avance.
- Diversos tipos de cirugía mayor y menor.
- Atención a partos.
- Trasplante de órganos.

- Rehabilitación de pacientes con distintos tipos de impedimentos físicos.
- Atención a pacientes terminales.
- Tratamiento a cuadros patológicos con distinto grado de avance, que requieren tanto de internamiento más o menos prolongado, así como tratamientos ambulatorios (p. 74).

En el nivel primario se incluyen prácticas vinculadas al comportamiento cotidiano del individuo, en la medida en que se llevan a cabo de forma previa a una condición patológica o la propensión a contraerla, constituyen acciones en el ámbito psicológico dado que se vinculan con el comportamiento del individuo. En cuanto a los niveles secundario y terciario, se habla de acciones en las que ya existe una condición patológica que ha evolucionado en diferentes grados, de manera tal que puede causar daños severos, incluso irreversibles para la salud.

La parte preventiva en este nivel incluye comportamientos que ayuden al tratamiento terapéutico y posibiliten que en un futuro la enfermedad no evolucione a complicaciones agudas en el caso de enfermedades crónicas como la Diabetes, tal es el caso de adherencia a una dieta, la práctica de ejercicio, la eliminación de comportamientos que impidan la eficacia de tratamientos biomédicos, la emisión de conductas que favorezcan el proceso de rehabilitación; entre otras. Es por eso que el trabajo debe enfocarse en un nivel preventivo secundario ya que cuando existe un diagnóstico, la intervención psicológica debe dirigirse a la prevención de complicaciones y al mejoramiento de la calidad de vida.

Análisis Contingencial

La adherencia a la dieta es una conducta instrumental de prevención fundamental en el caso de la diabetes. Para analizarla se requiere una metodología que nos permita conocer los factores pertinentes que influyen en el seguimiento de un régimen alimenticio. Desde la postura interconductual se propone al Análisis Contingencial como la metodología pertinente a este objetivo. A continuación se dará una breve explicación.

El Análisis Contingencial (AC) es una metodología desarrollada por Ribes, Díaz-González, Rodríguez y Landa (1986). Consta de cinco pasos los cuáles son:

- Identificación de relaciones en el sistema microcontingencial.
- Evaluación del sistema macrocontingencial.

- Génesis del problema.
- Análisis de soluciones.
- Selección, diseño, aplicación y evaluación de los procedimientos de intervención.

Los primeros tres pasos van enfocados a la identificación y definición del problema, mientras que los últimos dos pasos se dirigen al cambio del comportamiento. El sistema microcontingencial es el punto de partida para el análisis del comportamiento, se refiere a la red de relaciones entre el comportamiento de un individuo y el de otros significativos y se delimita situacionalmente (Rodríguez, 2014). Este sistema es el que se relaciona directamente con el estudio de la adherencia a la dieta en personas con diabetes, por tanto, el único que se explica en este trabajo. Los cuatro elementos del sistema microcontingencial son los siguientes.

Morfologías de conducta

Se refiere a aquellas formas de respuesta del individuo y de las personas significativas en la interacción, por ejemplo, gritar, llorar, leer, comer, ingerir alguna sustancia; entre otras. A su vez, se debe especificar cuáles son las morfologías del individuo y cuáles son las de las otras personas significativas, es decir, lo que los otros hacen al interactuar con el individuo cuyo comportamiento se estudia.

Situaciones

Rodríguez (*op. cit.*) lo define como el conjunto de características físicas y sociales, tanto del usuario como del ambiente, que poseen funciones disposicionales. Las situaciones facilitan, entorpecen o probabilizan que se dé una interacción particular. En esta parte se evalúan los siguientes grupos de factores disposicionales:

- Circunstancias sociales: se delimitan convencionalmente, puede tratarse de una interacción familiar, de amistad, de diversión, noviazgo, laboral; entre otras. Esta categoría permite delimitar la microcontingencia de estudio.
- Lugar o lugares: son los ambientes físicos que pueden probabilizar o no la conducta de estudio. En el caso de adherencia a la dieta, el que una persona asista a un cine o a un buffet de comida, puede probabilizar que ingiera alimentos no convenientes para su salud o que no estén prescritos.

- Objetos o acontecimientos físicos: los objetos como la televisión o la computadora pueden interferir o hacer más probable que las personas se alimenten de forma inadecuada será, por ejemplo, estar en casa viendo la televisión y observar un comercial de comida chatarra. El que un individuo use el celular de forma intensiva incluyendo las horas de comida, podría probabilizar que ingiera alimentos de más.
- Conducta socialmente esperada: se refiere a aquello que los demás esperan de la persona en circunstancias sociales específicas. Así, por ejemplo, se espera de una persona que asiste a una fiesta, que baile, que ingiera bebidas alcohólicas, que platique con los demás, entre otras conductas que favorecen la interacción de acuerdo con la convención; lo cual puede hacer menos probable que una persona se ajuste a la dieta prescrita.
- Las competencias e incompetencias para llevar a cabo lo socialmente esperado: se refiere a la capacidad que ha adquirido la persona a lo largo del tiempo para interactuar ante situaciones que impliquen un criterio de logro. En algunos casos, la problemática tiene que ver con la falta de capacidad de la persona para realizar lo socialmente esperado, por ejemplo, una persona a la que le es difícil decir “no” ante el ofrecimiento de ciertos alimentos no favorables para su salud, muy probablemente consumirá lo que le ofrecen.
- Inclinations y propensiones: las inclinaciones son aquellos gustos o preferencias del individuo que hacen más o menos probable ciertos comportamientos. En el caso de la adherencia a una dieta, el gusto por ciertos alimentos no saludables como los pasteles, el refresco o las frituras, puede interferir u obstaculizar su adherencia. Por otra parte, las propensiones aluden a estados de ánimo, condiciones biológicas y conmociones emocionales (Rodríguez, 2014). Ejemplo del primer caso sería una persona que se encuentra triste porque perdió su trabajo o terminó alguna relación amorosa y que podría dejar de comer o ingerir más alimentos de los que acostumbra, lo mismo en el caso de alguien que se encuentra aburrido y lo primero que hace es abrir el refrigerador. Ejemplo del segundo caso sería que una persona tuviera gripe, dolor de cabeza, malestar estomacal, intoxicación o alguna enfermedad y su forma de alimentarse cambiara, que comiera menos. Ejemplo del

tercer caso sería una persona que se impactó por el fallecimiento de algún familiar o amigo y deje de comer por la noticia.

- Tendencias: Se refiere a hábitos o costumbres de la persona que han sido configuradas históricamente, en el caso de la alimentación, una persona que ha ingerido refresco en cantidades mayores a tres vasos desde que tenía 10 años de edad, tienen mayor probabilidad de ingerirlos excesivamente y mayor dificultad para dejar de hacerlo.

Comportamiento de otras personas

Se considera aquí la función que ejerce el comportamiento de todos aquellos individuos que participan significativamente en la interacción que se estudia. Rodríguez (2014) menciona que el papel que tiene el comportamiento de las personas en la interacción puede tener las siguientes funciones:

- Mediador: cuando el comportamiento de un individuo es el que establece o prescribe las contingencias de la interacción. Por ejemplo un esposo puede regular el comportamiento de su esposa al pedirle que prepare cierto tipo de alimentos no saludables ya que tiene antojo de probarlos. El esposo establece las reglas y los criterios a seguir, por ende sus comportamientos son mediadores.
- Mediado: es el comportamiento que se ajusta o está regulado por las contingencias que establece el mediador. Por ejemplo una persona que rompe la dieta porque su amiga la invita a comer en un buffet y termina consumiendo alimentos no saludables.
- Auspiciador: aquel comportamiento que facilita o promueve una interacción particular, sin formar parte de ella. Tener un amigo o familiar que haga un comentario sobre la forma en la que la esposa le prepara los alimentos a su esposo y que con ello genere conflictos en la pareja, tiene una función auspiciadora.
- Regulador de inclinaciones y propensiones: aquellas personas cuyo comportamiento hace más probable cierto tipo de interacciones, en tanto modula gustos, preferencias, estados de ánimo o conmociones emocionales. Una persona que sale con sus compañeros de trabajo y en sus tiempos libres compran papas a la francesa o malteadas, hace más probable que la persona termine comprando lo mismo.

- Reguladores de tendencias: si en el análisis microcontingencial se detectan tendencias relacionadas con la conducta de estudio, es conveniente indagar si existen personas que las regulan. Por ejemplo una persona significativa para el paciente diabético que fume, beba alcohol o compre alimentos grasosos y que regule estos comportamientos en otro.

Efectos

Son las correspondencias funcionales entre las conductas de los individuos en situaciones de relaciones recíprocas. Los comportamientos pueden ser de tipo:

- Efectivo: Afecta el comportamiento de otros, por ejemplo decirle a tu amigo que no puedes comer ciertos alimentos debido a tu dieta y por ende, dejará de ofrecer cosas.
- Inefectivo: El comportamiento del individuo no altera el de los otros.
- Afectivo: Implica que el comportamiento afecte sólo a la persona que lo emite, por ejemplo, la persona que come en cantidades excesivas y después sube de peso o le suben sus niveles de azúcar en la sangre.

Dentro del análisis microcontingencial, es conveniente que se anoten si existen efectos sobre la conducta de los otros significativos, efectos sobre uno mismo o si no han generado efecto alguno. Rodríguez (2014) concluye que el análisis microcontingencial es un análisis donde se delimitan cuáles elementos conforman una interacción y cómo se relacionan funcionalmente, a su vez se puede identificar el nivel de complejidad que tiene dicha interacción.

Capítulo 4. La técnica de Autocontrol

Definición

En el estudio del comportamiento humano aparece con frecuencia el hecho de que algunos individuos poseen un mayor control sobre sus propias acciones, son individuos que "se controlan a sí mismos" y culturalmente se dice que se saben controlar. Algunos autores postulan su propia definición de autocontrol.

Skinner (1970) hace referencia a ésta concepción mencionando que cuando un hombre se autocontrola, decide realizar una acción determinada, piensa en la solución de un problema o se esfuerza por aumentar el conocimiento de sí mismo, está emitiendo conducta.

Hughes y Lloyd (1993) definen el autocontrol como la aplicación personal de estrategias de cambio conductual con la finalidad de regular la conducta de uno mismo. En este sentido, tales estrategias se convierten en habilidades, tanto conductuales como cognitivas, usadas por los individuos para lograr metas personales como dejar de consumir algunas sustancias que pueden ser tóxicas para la salud (cigarro, alcohol, entre otros) y alimentos poco saludables, o bien, adquirir hábitos de estudio, hacer ejercicio; inclusive el control de emociones en situaciones diversas.

A su vez, Karoly (1993) hace referencia a dos tipos de elementos involucrados en autocontrol:

- a) Interiores. Aquellos elementos con los que cuenta el individuo para guiarse, ya sea de corte cognitivo como motivación, memoria, reflexión, análisis y emociones; o de corte conductual como las instrucciones, compromisos, castigos, apoyos; entre otros que la persona se aplica con el fin de regularse ante alguna situación.
- b) Exteriores. Aquellos elementos que aporta el medio y que sirven como puntos de referencia para el individuo, pueden ser a base de consejos de otras personas, comportamiento de otros y todo el sistema de normas y valores que aporta la sociedad como un deber ser.

Bandura (1978) afirma que el propio individuo se crea estándares de conducta a los cuales debe ajustarse, si esto es posible entonces surge el autocontrol y la aplicación de recompensas según sea el caso. Por otro lado, si el individuo se desvincula de los estándares, se podría considerar que ha llegado a un punto de descontrol donde existen los déficits o los excesos. Para ejercer el autocontrol, el individuo debe comprender qué factores influyen sobre sus actos y cómo puede modificarlos para provocar los cambios que desea. En cuanto a términos como automanejo y autorregulación son casos alternos. El automanejo involucra la respuesta de un organismo para modificar la probabilidad de otra respuesta, esta modificación incluye tanto incrementos como decrementos en la frecuencia de la respuesta. Una característica esencial del auto-manejo es que el organismo sea, él mismo, el agente del cambio. La autorregulación, por su parte, requiere que se muestre un patrón en el comportamiento en ausencia de estimulación inmediata, en tres fases: automanejo, autoevaluación y autorefuerzo. A su vez, el autocontrol, propiamente dicho, puede entenderse de dos formas: como cambio autoimpuesto y como autorrestricción o control de la propia impulsividad.

Bandura y Walters (1963) han discutido algunas situaciones en que se hace patente el auto-control. Entre éstas se consideran: 1) situaciones en las cuales una recompensa social es demorada o retenida, y el grado de auto-control es determinado por las capacidades de tolerancia del individuo; 2) situaciones en las cuales el objeto deseado es inaccesible o no es rápidamente obtenible, y el grado de auto-control puede ser mantenido devaluando la meta; 3) situaciones en las cuales la tentación está incluida en el comportamiento, y el auto-control se manifiesta en la resistencia a tal tentación; 4) situaciones en las que la persona establece estándares explícitos para su propia ejecución y hace el auto-refuerzo contingente con el logro de cada ejecución.

Es de fundamental importancia destacar el hecho de que en ninguna forma el auto-control se refiere a algún tipo de "control interno especial", del comportamiento. La relación de control por parte del ambiente continúa presente en el auto-control, y la diferencia básica radica en el arreglo de contingencias por parte del sujeto con el fin de controlar su propio comportamiento. Es el propio sujeto quien dispone ciertos eventos ambientales en forma tal que, se determine el comportamiento especificado y, por consiguiente, caiga bajo su propio control. El único tipo de control "interno" que podría

referirse en el auto-control sería la aplicación de los procedimientos encubiertos de refuerzo y extinción (Cautela, citado en Rezk, 1976).

Autores como Kanfer (1970), Corbin y Straus (1988), Steptoe (1989), Lugli y Vivas (2001) y Rentería (2012) concuerdan en que los pasos a seguir para lograr el autocontrol conductual son los siguientes:

- Automonitoreo. Consiste en darse cuenta tanto de los efectos de lo que sucede en el medio y las repercusiones sobre el sujeto, así como el impacto de lo que hace o deja de hacer. El automonitoreo se compone de tres elementos que funcionan como habilidades y capacidades que debe tener el individuo: 1) Autoobservación sistemática del propio comportamiento, es decir, darse cuenta de sus actos, hábitos, estilos; entre otros; 2) Autoregistro mediante recursos escritos, de audio y observables con la finalidad de conservar información sobre el propio comportamiento, puede tratarse de registros anecdóticos, registros de eventos, de duración, de latencia o de frecuencia; 3) Auto-reporte en forma de narraciones que le permiten al individuo dar orden y secuencia a los acontecimientos y eventos de interés.
- Establecimiento de estándares de ejecución. Funcionan como reglas, modelos, normas o metas a alcanzar. Para el autor los estándares que son establecidos por el propio individuo son aquellas metas a las cuales tiene pensado ajustarse o lograr mediante la autorregulación.
- Valoración de los niveles de ejecución personal. La falta de cumplimiento en aquellos estándares puede llevar a la persona a dudar de su eficacia y afectar su autoestima, por lo que la carencia de autocontrol puede ser percibida como una forma de desvinculación moral o de desapego a las reglas. La importancia de que el individuo pueda ser capaz de monitorear su propio comportamiento a través de la observación, registro y reporte es crucial en este punto debido a que si existe una falla en la regulación del individuo, los efectos pueden ser negativos y los resultados serán alterados por la propia percepción del sujeto.
- Otorgamiento de autoconsecuencias de acuerdo con el cumplimiento o no de los estándares. Consiste en actuar sobre la propia conducta aplicando contingentemente la autorrecompensa o el autocastigo, siendo este último estudiado con relación en su

aplicación para la extinción de conductas no deseables. Las técnicas de autocontrol tienen aplicabilidad efectiva en el tratamiento de diversas situaciones, como en el consumo de alcohol, la ansiedad y depresión en pacientes diabéticos e hipertensos. El reforzador positivo es un evento que al presentarse inmediatamente después de una conducta hace que ésta suceda con mayor frecuencia; por lo común es algo que el organismo busca obtener. El castigo, a su vez, es un procedimiento que proporciona consecuencias para una conducta que reducirán su frecuencia.

Las técnicas de autocontrol se definen como el conjunto de procedimientos a través de los cuales se enseña a la persona estrategias que le permitan diseñar intervenciones para modificar la frecuencia, intensidad y duración de sus propias conductas, así como alcanzar metas a corto y largo plazo (Olivares & Méndez, 2001).

La aplicación de técnicas de autocontrol en el ámbito de la salud es de suma importancia para el control y regulación de la enfermedad. Se pretende abordar mediante la técnica problemáticas como falta de compromiso y adherencia a un tratamiento, consumo de alimentos y sustancias nocivas para la salud, no hacer ejercicio, no acudir al médico; entre otras.

Al respecto, Lorig y Holman (2003) mencionan que el autocontrol ante enfermedades crónicas es el resultado de la combinación de cinco tipos de habilidades:

- 1) Solucionar problemas: concebir la enfermedad como un problema a resolver.
- 2) Tomar decisiones: un padecimiento crónico requiere que el paciente tome decisiones para lograr efectos positivos que mejoren su condición.
- 3) Manejar y utilizar recursos disponibles: medios de información como internet, revistas, libros o formas de comunicarse con las personas para pedir ayuda en caso de problemas de salud (familiares, amigos, vecinos, desconocidos).
- 4) Formar parte de una comunidad de apoyo: tanto personas profesionales como médicos y enfermeras, como no profesionales pero que forman parte de la vida cotidiana del individuo.
- 5) Hacer plan de acción y llevarlo a cabo: incluye lo que se busca alcanzar como meta; qué es lo que va a realizar el individuo; cuántas veces repetirá el ejercicio o duración de la actividad; cuándo lo va a hacer (después del desayuno, antes de acostarse o durante la tarde); la frecuencia a lo largo de la semana que implica el

compromiso por parte del individuo para iniciar con las actividades cierto número de veces a la semana y posteriormente incrementar la frecuencia del ejercicio para lograr afrontar la enfermedad con resultados viables.

Estudios en el ámbito de la salud.

Algunos estudios que se han realizado en el área de la salud muestran la importancia de la autorregulación hacia algún ámbito de la enfermedad.

López, Peralta, Muñoz y Godoy (2003) realizaron una investigación cuyo objetivo fue observar si existe relación entre el consumo de drogas y el autocontrol, estilo atribucional, asertividad y autoeficacia. La muestra se conformó por 53 participantes (19 mujeres y 34 hombres) con edad media de 27 años consumidores de alcohol, hachís, cocaína y heroína que fueron reclutados en lugares de encuentro de jóvenes (gimnasios, asociaciones, bares y centros de estudio o trabajo), el nivel educativo de los participantes comprendía desde estudios primarios hasta licenciatura.

Se aplicaron los siguientes instrumentos: a) Cuestionario de Estilo Atribucional de Peterson el cual mide las explicaciones ante acontecimientos de éxito y fracaso; b) Inventario de Asertividad de Rathus; c) Cuestionario de Autocontrol de Rosenbaum el cual evalúa la “competencia aprendida” o habilidades para controlar los efectos que afectan la ejecución de la conducta; d) Escala de Autoeficacia de Sherer el cual analiza las creencias que tienen los sujetos acerca de sus habilidades para manejar determinadas situaciones; e) Entrevista de Investigación acerca del Comportamiento Adictivo.

Los resultados mostraron que el autocontrol y la asertividad están relacionados con el consumo de drogas, por lo que ponen de manifiesto la conveniencia de intervenir en las variables mencionadas como forma de prevención en el consumo de alguna sustancia que pueda ser tóxica para la salud.

En el caso de intervenciones a enfermedades crónico degenerativas, se ha comprobado que las intervenciones psicológicas basadas en técnicas de autocontrol muestran mejora en el afrontamiento de la enfermedad, las investigaciones se describen a continuación.

Lorig et. al. (1999) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la efectividad de un programa de autocontrol llamado CDSMP en un grupo heterogéneo de pacientes con enfermedades crónicas. El estudio tuvo una duración de seis meses aplicado a comunidades

subordinadas o población en lista de espera en centros de salud, los participantes fueron 952 pacientes con edad promedio de 40 años cuyo diagnóstico fuera confirmado para enfermedad crónica como hipertensión, problemas pulmonares, problemas cardiacos, artritis y diabetes. Los familiares o acompañantes de los pacientes también tuvieron la oportunidad de participar.

El CDSMP (*Chronic Disease Self-Management Program*) es un programa de educación del participante ofrecido a las comunidades de Estados Unidos y otros países. Provee información y enseña habilidades basadas en autocontrol como autoregistros, técnicas de relajación para el manejo de emociones, registros para el consumo de medicamentos, establecimiento de metas para un régimen alimenticio y ejercicio físico; entre otros, los cuales eran monitoreados por un especialista de la salud (médico, enfermeras y terapeutas). La meta es permitirle al participante construir confianza en sí mismo para tomar parte de su salud y manejar sus condiciones crónicas de la enfermedad.

Los puntos a evaluar durante la intervención fueron: comportamientos de salud (ejercicio, consumo de alimentos saludables, manejo de emociones, comunicación con el médico) y estatus de salud (número de hospitalizaciones o nivel de síntomas de la enfermedad) a través de cuestionarios enviados por correo los cuales debían ser contestados y devueltos por los participantes. Los resultados mostraron que al inicio de la intervención los pacientes presentaban problemas como actividad física, comunicación con los médicos o profesionales de la salud, autocontrol, fatiga, incapacidad y limitaciones en actividades alternas.

Al término del programa se mostraron mejorías en cada uno de los comportamientos de salud evaluados, así como menos hospitalizaciones. Los autores concluyen que la implementación de este programa ha permitido encontrar las necesidades de un grupo heterogéneo de pacientes crónicos, a pesar de que se trate de diferentes padecimientos o con particularidades, el estudio dio a conocer algunos factores generales que se pueden intervenir de forma preventiva o para el tratamiento de una enfermedad crónica.

A su vez, Lorig, et. al.(2001) llevaron a cabo otro estudio evaluando el mismo programa de autocontrol con una duración de 2 años con respecto al impacto en la asistencia médica posterior el tratamiento, la muestra se compuso de 831 participantes con edad mayor a 40 años diagnosticados con alguna enfermedad crónica pulmonar, cardiaca o artritis (durante

el primer año la población se redujo al 82% y para la finalización del segundo año, la población se redujo a 76%). Las medidas se conformaron por estatus de salud (limitaciones de actividades físicas, fatiga o pérdida de energía), utilización de asistencia médica (visitas por parte del paciente, hospitalizaciones y días en el hospital), y por último, se evaluó la auto eficacia percibida de cada uno de los participantes.

Los resultados mostraron cambios estadísticamente significativos en las tres áreas evaluadas durante el programa, los cambios se observaron durante el primer año de intervención, a partir del segundo año se mostró un mantenimiento en estatus de salud y reducción en asistencia médica por hospitalización o por visita periódica. Se concluye que un programa para promover autocontrol en el manejo de la enfermedad puede mejorar elementos de estatus de salud y la asistencia médica, por otro lado se observó que los costos en cuanto a hospitalizaciones y tratamiento fueron reducidos debido a las mejoras en la salud, por lo que tomar medidas de control como complemento al tratamiento médico también favorece el factor económico de los pacientes.

Algunos autores se centran en enfermedades crónicas específicas como enfermedades cardiovasculares, Edmundson, et. al. (1996) hicieron un estudio con el objetivo de evaluar un programa de intervención aplicado a estudiantes para reducir o impedir el desarrollo de factores de riesgo para enfermedad cardiovascular. La intervención tuvo una duración de 1 año y se hizo en 96 escuelas de 4 lugares diferentes (California, Louisiana, Minnesota y Texas); la muestra estuvo conformada por 6,000 estudiantes, la prueba incluyó números aproximadamente iguales de hombres y mujeres (49% y 51% respectivamente).

Se aplicó el cuestionario de comportamiento de salud cuyas preguntas estaban enfocadas al control dietético y físico con el que contaban los alumnos al principio y al final de la intervención, durante este tiempo se brindó información sobre las enfermedades cardiovasculares, algunos síntomas y complicaciones de no ser tratadas a tiempo o de forma adecuada para el paciente. A su vez, se brindaba información nutricional pertinente para prevenir enfermedades cardiovasculares de acuerdo con especialistas en régimen alimenticio. Por último se proporcionaron algunas estrategias de control como refuerzo para elecciones de comida y actividades físicas dependiendo las necesidades de los estudiantes, establecimiento de metas y notas personales que debían realizar semanalmente.

Los resultados mostraron efectos significativos en las evaluaciones pre y post de la intervención con respecto al control dietético y físico, así como una mejora en el conocimiento de la enfermedad vascular, comportamiento preventivo y percibido. Se observaron efectos intermitentes en la actividad física durante el tiempo de evaluación, en ocasiones los estudiantes realizaban más actividad física y después de unas semanas ésta disminuía considerablemente. Por otro lado, las mujeres tuvieron mejor ajuste a un plan alimenticio y el seguimiento del mismo en comparación con los hombres. Se concluye que el programa fue efectivo modificar comportamientos que pueden derivar en alguna enfermedad cardiovascular para la población adolescente.

Bourbeau, et. al. (2003) realizaron un estudio que tenía por objetivo evaluar el efecto de una intervención basada en autocontrol sobre el uso de servicios de hospital y estatus de salud en pacientes con enfermedad vascular moderada y severa.

La prueba fue efectuada en 7 hospitales en un lapso de un año, todos los pacientes tenían enfermedad cardiovascular definida con menos de una hospitalización, se dividieron dos grupos, uno control al que se otorgó el tratamiento normal para pacientes crónicos (información sobre la enfermedad y administración de medicamentos), y uno experimental para la intervención del programa en autocontrol. El programa fue integral con sesiones semanales donde se daba información educativa sobre la enfermedad, control de consumo de medicamentos para los pacientes. Tenían una tabla en la cual debían escribir el número de pastillas y el horario en que debían consumirlas, así como llevarlo a cabo y presentarlo semanalmente a la persona encargada del programa (las estrategias de autocontrol estuvieron enfocadas en medicamentos y chequeo de presión arterial periódica), visitas a profesionales de la salud los últimos dos meses de tratamiento y sesiones de seguimiento vía telefónica que se realizaban mensualmente.

Los resultados se dividieron en primarios (que constaban de número de hospitalizaciones durante el tratamiento) y secundarios (que incluyen visitas de emergencia y estatus de salud de los pacientes). Hubo una disminución del 39.8% del grupo experimental sobre el grupo control con respecto al número de hospitalizaciones durante la intervención, también se observó una disminución del 41% en las visitas de emergencia y estatus de salud de los pacientes. Se concluye que la implementación de programas que

ayuden al control de la enfermedad puede reducir la utilización de servicios de asistencia médica y mejorar el estatus de salud.

Jovicic, Holroyd-Leduc y Straus (2006) llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo fue determinar la efectividad de intervenciones de autocontrol en las tasas de readmisión del hospital, mortalidad y calidad relacionada con la salud en pacientes diagnosticados con colapso cardíaco. Se trató de una revisión de pruebas controladas, las fuentes usadas fueron las siguientes: MEDLINE (1966/2005), EMBASE (1980/2005), CINAHL (1982/2005) y la base de datos del Club ACP Journal (2005), los pacientes fueron 857 personas mayores de 18 años de edad que fueron diagnosticados con colapso cardíaco, las técnicas de autocontrol en la mayoría de los estudios se basaron en disminución de estrés por medio de relajación, así como en el uso de medicamentos adecuados para enfermedades cardíacas.

Los resultados primarios de interés fueron todas las readmisiones del hospital debido al colapso y la mortalidad. Los resultados secundarios fueron conformidad con el tratamiento y calidad de puntuaciones de vida. Tres profesionales evaluaron de forma independiente la calidad de cada estudio y recolectaron los resultados correspondientes. Todos los datos recaudados fueron depositados en una base de datos categorizada, también se resumieron los reportes de ahorros y costos en los tratamientos para esta enfermedad. Los resultados mostraron que la intervención en autocontrol disminuyó todas las readmisiones a hospitales y las readmisiones de colapso cardíaco.

En cuanto a los reportes de costos, mostraron un cambio significativo en el ahorro económico al que llegan los pacientes después de haber realizado cambios en el control de su enfermedad. El estatus de salud también se mostró favorecido. Se concluye que los programas de autocontrol en los que se involucraron los pacientes con colapso cardíaco disminuyen, en conjunto, admisiones al hospital y posibles problemas futuros que pueden llevar a otro colapso u otra enfermedad alterna.

Algunos estudios dirigidos a problemas metabólicos son los siguientes. Lugli (2011) llevó a cabo un estudio cuyo objetivo fue determinar la capacidad de control del peso en personas obesas que asistían a tratamiento médico, así como evaluar si existía una posible correlación entre la capacidad de autocontrol percibido y los resultados en su peso. La muestra estuvo conformada por 243 personas (173 participantes del sexo femenino y 70 del

sexo masculino) con obesidad, que provenían de diferentes centros de salud privados de la ciudad de Maracay, Venezuela, el promedio de edad de los participantes fue de 34 años.

Se administraron de forma individual los siguientes instrumentos: a) Inventario de locus de control de peso; b) Inventario de autorregulación del peso corporal; c) Inventario de Autoeficacia en la regulación del peso corporal. Antes de la aplicación de los instrumentos, se pidió a los participantes que firmaran un consentimiento informado.

Los resultados mostraron que las personas obesas que se sienten capaces de controlar su peso, y a la vez tienen creencias de que su peso depende de sus acciones, son aquellas que reportan mayores habilidades de autorregulación de peso, en comparación con aquellas cuya percepción es que el peso como producto de las acciones del individuo es baja o nula, se observa menos autorregulación. Los autores concluyen que es importante la implementación de programas enfocados en autorregulación y el entrenamiento de habilidades conductuales como hábitos alimentarios y actividad física como parte del tratamiento en personas obesas, por otro lado, resaltan la importancia de las creencias de salud y la autoeficacia pues influye en la percepción y sobre el peso.

Otro estudio dirigido a problemas de sobrepeso fue el llevado a cabo por León, Zárate y Rivera (2011) para evaluar el impacto de la técnica de en el exceso de peso en una muestra de estudiantes de licenciatura de la Universidad Veracruzana, a través de una investigación cuasi experimental. La muestra se seleccionó a través de un muestreo por conveniencia y estuvo formada por 18 estudiantes (14 de sexo femenino y 4 de sexo masculino), con una media de edad de 33 años, 14 de ellos presentaban obesidad y 4 sobrepeso.

La técnica de autocontrol se aplicó en cada estudiante al mismo tiempo que se evaluó el nivel de autoestima. Se aplicaron tres instrumentos: a) un cuestionario para obtener información de datos sociodemográficos, estilo de vida personal, alimentación, factores psicológicos, actividad física y padecimientos de salud; b) un registro cognitivo conductual con el que se permitió identificar factores como frecuencia, calidad y cantidad de alimentos consumidos, sentimientos, emociones y cogniciones, factores ambientales, influencia de las personas y factores climatológicos. Todo lo anterior sobre la conducta alimentaria; c) Inventario de autoestima de Rosemberg.

Los resultados mostraron que la técnica fue efectiva ya que los participantes fueron capaces de identificar los factores que se encontraban asociados a su padecimiento,

llevando a cabo las modificaciones pertinentes y mejorando así su salud física, también modificaron formas de canalizar las emociones y en algunos casos se observó una disminución de peso. Se concluye que la técnica de autocontrol es apropiada para abordar problemas de salud relacionadas con el peso.

Otro estudio enfocado en el control de peso y autocontrol fue el realizado por Medrano, Rojas, Serrano, Flores, Aedo y López (2014) cuyo objetivo fue identificar la asociación del autocontrol con la calidad de vida relacionada con la salud y el papel que en ella pudiera tener el índice de masa corporal (IMC). La muestra se conformó de 273 participantes con edades entre 18 y 65 años, usuarios de un centro de atención a la salud de la Ciudad de México.

Se aplicó el cuestionario de salud SF-12 y una Escala de Autocontrol. Por último se calculó el índice de masa corporal mediante el peso y la estatura de los participantes. Los resultados mostraron una asociación entre el autocontrol y la calidad de vida física y mental; el IMC se asoció con la calidad de vida física pero no con la calidad de vida mental o autocontrol; tampoco se identificó un efecto mediador del IMC en relación del autocontrol con la calidad de vida. Los autores concluyen que una persona con sobrepeso u obesidad con autocontrol, tiene mejor percepción de bienestar en aspectos físicos y emocionales, independientemente del IMC por lo que puede ser un factor importante para el cambio y disminución de peso.

La importancia del seguimiento de un régimen alimenticio y actividad física, así como la aplicación de técnicas de autocontrol para mejorar el peso de los individuos con problemas de obesidad también se observa en el estudio realizado por Sallis, Pinski, Grossman y Patterson (1988).

En el caso concreto de la Diabetes Mellitus, se han realizado estudios enfocados al estudio del control glicémico y adquisición de habilidades necesarias para confrontar la enfermedad, así como posibles beneficios en costos de hospitalización y gastos de instrumentos para monitorear los índices de glucosa en sangre. Uno de ellos fue llevado a cabo por Durán, López, González, Segade y Ventosa (2010) quienes realizaron una investigación con el propósito de evaluar el impacto de la implementación de un protocolo para el autocontrol de la glicemia capilar (AGC) en pacientes diabéticos tipo 2 con respecto al número de tiras reactivas y al costo económico.

Los participantes se conformaron de todos aquellos pacientes diabéticos de los centros de salud de la Gerencia de Atención Primaria de Santiago de Compostela, el protocolo fue realizado por la Comisión de Farmacia Terapéutica de la XAP de Santiago de Compostela, se consideraron cuatro grupos de pacientes con base en la capacidad del tratamiento antidiabético y tratamiento farmacológico.

- Grupo A (pacientes a tratamiento con biguanidas, tiazolidindionas, inhibidores de los alfa-glucosidasas y potenciadores incretínicos): no se recomienda autocontrol de glicemia capilar
- Grupo B (pacientes a tratamiento con secretagogos como sulfonilureas y metiglinidas): se recomienda un control a la semana.
- Grupo C (antidiabéticos orales en combinación) si no incluye secretagogos: no se recomienda un control a la semana; si incluye secretagogos: se recomienda un control a la semana.
- Grupo D (pacientes a tratamiento con antidiabéticos orales y una dosis de insulina diaria): se recomienda entre uno y tres controles diarios.

Todos los controles se llevaban a cabo mediante registros en los cuales debían reportar el índice glicémico en ayunas y después de dos horas de comida dependiendo el número de veces a la semana que los investigadores recomendaran.

El protocolo fue presentado primero a profesionales de la salud como médicos y enfermeras para el asesoramiento a los pacientes quienes debían aplicarlo. Como mediciones principales tomaron el consumo de envases de tiras reactivas para la determinación de la glicemia y el gasto farmacéutico tras la implementación del protocolo en un periodo del 2006 al 2010.

Los resultados muestran que el porcentaje de incremento interanual antes de la presentación del protocolo, tanto en envases como en gasto, fue casi duplicado; sin embargo, después del seguimiento en el protocolo el uso de tiras reactivas para el control glicémico disminuyó un 12.55% mostrando un ahorro de 6 a 8 envases en ocho meses. Los autores concluyen que la buena adherencia de los profesionales y participantes al protocolo permite la eficiente gestión de los recursos y resaltan la necesidad de medidas similares que abundan en el coste-oportunidad de cosas que necesitan los pacientes dentro del tratamiento de la diabetes tipo 2. Asimismo resaltan que el autocontrol no solamente se puede aplicar

en cambios alimenticios, sino que beneficia también algunos hábitos necesarios para la salud como el chequeo de la glicemia y traer consigo un decremento económico, si se aplica adecuadamente.

Un estudio relacionado con el control glicémico en pacientes insulino- dependientes fue el llevado a cabo por Wilson, Ary, Biglan, Glasgow, Toobert y Campbell (1986), la muestra se conformó por 184 participantes diagnosticadas como diabéticas tipo 2. Se evaluaron cuatro componentes diferentes de cuidado que el paciente requiere para el control de la enfermedad (uso de medicación, monitoreo de glucosa, seguimiento de un régimen alimenticio y tener actividad física), estos fueron fijados como objetivos dependiendo las necesidades de los pacientes. A lo largo de la intervención, se aplicaron técnicas como refuerzo y castigo administrado por los mismos pacientes para lograr dichos objetivos. Los resultados mostraron que existen mejorías en el control de los niveles de glucosa en sangre y régimen alimenticio, en el caso del ejercicio, el 25% de los participantes mostraron mejoría. Los autores concluyen que es necesario tomar en cuenta variables como creencias de la salud y variables sociodemográficas para adecuar las intervenciones de los participantes debido a que el refuerzo y castigo no siempre era benéfico en todos los pacientes.

Brown, Garcia, Kouzekanani y Hanis (2002) realizaron un estudio con el objetivo de determinar los efectos de una intervención basada en técnicas de autocontrol sobre la adquisición de habilidades, para mejorar el estatus de salud de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Esta investigación se realizó en Texas con población mexicana residente en los Estados Unidos, por lo que también se estudió si existía alguna relación de tipo cultural o de creencias que pudiera afectar el seguimiento de un tratamiento adecuado para la enfermedad. La muestra se conformó de 256 participantes entre 35 y 70 años de edad, diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2.

La intervención constó de 52 horas de tratamiento dentro de un periodo de 12 meses, los participantes debían ir acompañados de un familiar o amigo, durante las sesiones estuvieron trabajando con enfermeras mexicanas bilingües, dietistas, psicólogos y trabajadores sociales, se tomaron medidas de glucosa en la sangre, información sobre la enfermedad, nutrición y cuidados propios. El tiempo restante se dedicó a promover cambios de comportamiento mediante técnicas de autocontrol, se enfocaron en control metabólico (tipo

de alimentos ingeridos y reportes de frecuencia en que se consumían al día, también se reportaba el número de veces que se realizaba alguna actividad física, así como la duración), y creencias relacionadas con la diabetes.

Los resultados mostraron cambios significativos en los niveles de glucosa en la sangre y puntuaciones superiores de conocimientos sobre la enfermedad. Los autores concluyen que es primordial promover la educación de la enfermedad, así como implementar estrategias de intervención efectivas para mejorar la salud de poblaciones mexicanas residentes en Estados Unidos, en especial debido a diferencias en el idioma y en las costumbres.

Por otro lado, Jones et. al. (2004) llevaron a cabo un estudio con pacientes diabéticos tipo 1 y 2 con la finalidad de comparar los resultados obtenidos en tratamientos de diabetes mellitus que se acostumbra aplicar (información sobre la enfermedad y medicamentos), con un programa de intervención dirigida al cambio y al uso de autocontrol para el cuidado propio y monitoreo de glucosa en sangre. La muestra estuvo conformada por 1,029 participantes divididos en dos grupos, uno control y otro experimental.

Los resultados mostraron cambios significativos en cuanto a los niveles de glucosa en la sangre de los participantes en el grupo experimental en comparación con los que se encontraban en el grupo control. También se observaron cambios en reducción de peso de los pacientes; sin embargo, estos no fueron significativos, por otro lado se observó mejor adherencia terapéutica y seguimiento alimenticio en los participantes de grupo experimental. Se concluye que el programa de intervención tiene el potencial para mejorar la salud de pacientes con diabetes mellitus, los autores mencionan que es posible generar cambios en grandes cantidades de población y no solamente las minorías son capaces de generar cambios para su salud.

Pantoja, Domínguez, Moncada, Reguera, Pérez y Mandujano (2011) realizaron un estudio cuasi-experimental cuyo objetivo fue analizar el efecto del Programa Alimentación Sana Autocontrolada (ASA) sobre los conocimientos en recomendaciones alimenticias entre pacientes diabéticos e hipertensos, conocimientos sobre procedimientos de autocontrol y sobre indicadores objetivos de salud (índice de masa corporal, glucosa y presión arterial). La muestra estuvo conformada por 17 participantes (16 del sexo femenino y 1 del sexo masculino) del Centro de Salud Santa Isabel en la ciudad de Hermosillo con diabetes y/o hipertensión arterial con edades entre los 46 y 70 años.

La técnica que se utilizó para el entrenamiento en habilidades de autocontrol fue la de aprendizaje estructurado, recurriendo a componentes de la técnica de solución de problemas, las tareas individuales consistieron en el llenado de auto-registro diario de consumo de alimentos, formatos sobre el manejo de contingencias y práctica en la vida cotidiana de los ejemplos ilustrados durante las sesiones. El programa ASA se estructuró en forma de taller y se conformó por 19 sesiones de las cuales 15 se impartieron de manera grupal y 4 de manera individual, dentro de las sesiones grupales se abordaban temas como motivación para el cambio de hábitos, recomendaciones dietéticas, técnica de autocontrol, solución de problemas y planeación de compra.

Por otro lado, las sesiones individuales estuvieron enfocadas en la retroalimentación de auto-registros, la detección de dificultades y la ejemplificación de alternativas de solución. Para evaluar los efectos del taller se diseñaron instrumentos específicos por parte de los investigadores, se elaboró un cuestionario de 8 preguntas abiertas sobre los alimentos que se recomienda consumir y aquellos que no se recomiendan. Para medir los conocimientos sobre los procedimientos de autocontrol se utilizó la presentación de casos relativos a excesos en el consumo de alimentos no indicados y otros sobre déficits en el consumo de alimentos indicados, a continuación se preguntaba a los participantes de qué forma debía actuar la persona del caso ficticio y cómo solucionar su problema. Para determinar el índice de masa corporal (IMC) se tomaron medidas antropométricas como peso y talla, así como niveles de glucosa en sangre.

Todas las medidas e instrumentos se aplicaron al principio y al final del taller. Los resultados mostraron aumento en conocimientos sobre dieta, conocimientos sobre autocontrol, disminución en el IMC y en los niveles de glucosa de los participantes. Se concluye que el programa ASA es favorable y se considera una aportación efectiva para abordar, desde el ámbito psicológico, a personas con problemas de diabetes mellitus e hipertensión, también se concluye que la técnica de autocontrol es capaz de disminuir los niveles de glucosa en sangre y alterar factores que interfieran con el tratamiento de la enfermedad.

Por último Glasgow, Toobert y Hampson (1996) llevaron a cabo un estudio para evaluar una intervención enfocada en la adquisición de habilidades y conductas pertinentes para el autocontrol dietético. La muestra estuvo conformada por 206 pacientes adultos

diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, previamente confirmada mediante una base de datos organizada cuya información de los participantes debía ser obtenida por preguntas demográficas en una computadora antes de iniciar el estudio.

Las sesiones incluyeron llamadas telefónicas y videos interactivos o instructivos sobre la enfermedad según fuera pertinente. Los temas tratados en las sesiones constaban de información sobre régimen alimenticio, vida sedentaria, estatus de la enfermedad, actividad física; así como asesoramiento en resolución de problemas para los pacientes y estrategias de autocontrol (evitación de alimentos y premiación cada vez que se realizaba actividad física en el tiempo que se recomendaba por parte de los investigadores). La intervención tuvo un periodo de seguimiento de 3 meses. Los resultados mostraron mejoras en cuanto a cambios conductuales relacionados con el seguimiento de una dieta (ingerir menos calorías de grasas saturadas y reducción de alimentos con alto contenido en grasa, disminución de hábitos). También se encontraron diferencias significativas en los niveles de colesterol, en los niveles de glucosa en la sangre a través de la prueba hemoglobina glucosilada y en la satisfacción del paciente. Los datos obtenidos fueron respaldados por profesionales de la salud, incluyendo aquellos que participaron en el estudio y trabajaron directamente con los pacientes en las sesiones.

Se concluye que los resultados de largo plazo fueron igualmente positivos y esto genera interés en más intervenciones con otras variables como el género, el nivel socioeconómico o el educativo. Por último, se menciona que esta intervención podría favorecer los costos de tratamiento a lo largo de la vida del paciente, pues con la adquisición de habilidades pertinentes a la enfermedad puede obtenerse un mejor control y, por lo tanto, la disminución del tratamiento médico de forma saludable.

Todas las investigaciones previamente mencionadas refieren cambios en los resultados obtenidos, se habla de disminución de costos, de hospitalizaciones y de adherencia a actividad física y alimenticia; sin embargo, existen algunos aspectos a considerar. Algunos programas de intervención fueron diseñados por un cierto periodo de tiempo sin tener alguna evidencia del seguimiento en el tratamiento aplicado.

La investigación de Edmundson, et. al. (1996) muestra cambios intermitentes en la actividad física de los participantes una vez terminado el estudio, esto es, no todos los participantes obtuvieron los mismos resultados en cuanto a duración y frecuencia de la

actividad física que realizaban, algunos dejaron de hacer ejercicio o disminuyeron la frecuencia.

Aquí se resalta un punto fundamental, toda estrategia de autocontrol ya sea por registro, por observación, por evitación, o por el uso de reforzadores y castigos; debe adecuarse a las necesidades y características de la persona a la cual se va a entrenar. Se necesita analizar qué le será útil y ante qué situación específica, de qué forma se establecerán los objetivos a corto, mediano o largo plazo; cuidando siempre que la persona esté de acuerdo con el programa y que posteriormente pueda implementarlo para lograr los resultados que está buscando.

Una vez expuestos algunos estudios que se han realizado bajo este tópico, se desarrollará una propuesta de intervención basada en la técnica de autocontrol para alterar la conducta de comer en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que les permitan adherirse a una dieta prescrita, todo esto analizado desde el Análisis Contingencial previamente explicado.

Capítulo 5. Propuesta de intervención en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 mediante la técnica de Autocontrol.

La Diabetes Mellitus tipo 2 requiere de estrategias que le permitan al paciente confrontar la enfermedad de manera segura y correcta. Entre las estrategias se encuentran el seguimiento de un régimen alimenticio, actividad física y el uso de medicamentos para regular los niveles de glucosa en la sangre.

Dentro del trabajo psicológico, y con base en el Modelo Psicológico de la salud Biológica, se han podido identificar factores que pueden interferir con el cumplimiento de conductas instrumentales preventivas (Ribes, 2011; Rodríguez, 2014). En este trabajo se toma como punto de interés el seguimiento de la dieta dado que es susceptible de modificar, ayuda a lograr un adecuado control metabólico y, a su vez, evita complicaciones de la enfermedad, costos y hospitalizaciones (desarrollado en capítulos anteriores).

La adquisición de elementos necesarios para lograr adherirse a una dieta requiere de conductas instrumentales de prevención y alteración de conductas instrumentales de riesgo en un nivel de prevención secundario y terciario, explicadas en el Modelo Psicológico de la Salud propuesto por Ribes (2011). Para lograr establecer esta conducta instrumental preventiva se necesita dotar al paciente de un conjunto de habilidades, que van desde proveer información, como pre-requisito para generar un cambio, hasta el establecimiento de habilidades de autocontrol que permitan al paciente mediar su conducta situacional de comer, tal es el caso de aprender a tomar decisiones con respecto a los alimentos que consume, manejar y utilizar recursos disponibles que le faciliten un mejor control de su dieta, realizar un plan de acción, inclusive, formar parte de una comunidad de apoyo. El autocontrol se hace necesario en la medida en la que se ha detectado que muchos elementos de las diversas situaciones en las que los pacientes comen, fungen como obstáculos para alimentarse de forma saludable.

En otros modelos se minimiza la influencia del ambiente y desde el modelo del que parte este trabajo, la adherencia es un fenómeno complejo que tiene que ver con las relaciones entre los elementos descritos en el Modelo Psicológico de la Salud Biológica, particularmente en la parte del proceso. Entre los factores que permiten explicar las

conductas instrumentales preventivas y/o de riesgo, se encuentran las situaciones que, como se explicó, incluyen un conjunto de categorías disposicionales cuya función es hacer más probable o menos probable un comportamiento; de ahí la importancia de estudiar la influencia de estos factores en los pacientes y de considerar a las técnicas de autocontrol como una estrategia viable para cambiar el papel funcional de estos elementos.

Uno de los factores disposicionales que contempla el Análisis Contingencial en el rubro de situaciones es el que alude a tendencias, categoría que se refiere a hábitos o costumbres de la persona que han sido configuradas históricamente. En el caso del seguimiento de una dieta, pueden identificarse malos hábitos alimenticios, como comer cantidades excesivas de alimentos rebasando las porciones saludables, o, por el contrario, saltarse comidas.

Algunos ejemplos de estos son:

- a) Beber refresco,
- b) comer tortilla, en porciones abundantes
- c) comer pan, en porciones abundantes
- d) comer galletas, en porciones abundantes
- e) no desayunar o cenar,
- f) comer de forma continua sin hacer pausas,
- g) cocinar cantidades grandes de comida al día,
- h) cocinar con mucha grasa o freír la mayoría de los alimentos,
- i) cocinar con mucha sal, entre otros.

Otros factores disposicionales que pueden fungir como obstáculos para alimentarse de forma sana pueden ser:

- a) Lugar o lugares: establecimientos de comida rápida, restaurantes, puestos de comida grasosa, habitación, sala, cocina, comedor, entre otros.
- b) Objetos: televisor, computadora, celular, platos para comer de tamaño grande o pequeño, cubiertos.
- c) Circunstancias sociales: estar en una reunión social, estar en una fiesta, reunión de trabajo, entre otros.
- d) Propensiones e inclinaciones: estar tristes, felices, enojados o aburridos; tener gusto o preferencia hacia ciertos alimentos.

Tomando en cuenta lo anterior, el objetivo de este trabajo es presentar una propuesta de intervención dirigida a pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2 para alterar factores de tipo disposicional que interfieren con el seguimiento de un plan saludable de alimentación, esto, con apoyo de estrategias de autocontrol. La propuesta es desarrollada a continuación.

Objetivo General.

Los participantes aplicarán la técnica de Autocontrol para el seguimiento de su dieta.

Objetivo específico 1.

Tendrán información sobre el autocontrol y su importancia en la dieta.

Objetivo específico 2.

Tendrán información sobre las situaciones que probabilizan romper la dieta

Objetivo específico 3.

Los participantes conocerán los pasos de la técnica de autocontrol para alterar factores situacionales que impiden el seguimiento de su dieta.

Objetivos particulares.

- 3.1 Identificarán aquellos factores situaciones que impiden el seguimiento de su dieta.
- 3.2 Establecerán una meta para modificar factores situacionales
- 3.3 Elaborarán un plan de acción
- 3.4 Ejecutarán la planeación
- 3.5 Aplicarán la técnica de autocontrol a un caso ficticio

Nº de sesiones. 4 sesiones (una cada semana)

Duración. 2 horas aproximadamente por sesión

Tipo de programa. Taller grupal

Nº de participantes. 10 personas

Características de los participantes. Pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2, que cuenten con una dieta prescrita por un especialista.

Sesión 1

Carta descriptiva sesión 1

Objetivos	Actividad	Materiales	Duración
Objetivo específico 1. Tendrán información sobre el autocontrol y su importancia en la dieta.	-Presentación del taller -Dinámica para romper el hielo.	Papeles pequeños de colores (verde, azul y blanco)	15 minutos 15 minutos
	-Juego de tránsito y lluvia de ideas	Semáforo, estambre señales de tránsito y volantes de auto; papel bond blanco, plumones, tarjetas de colores.	30 minutos
	-Explicación por parte del psicólogo	Presentación powerpoint “Autocontrol”; formato evaluación (Anexo 1), lápices.	40 minutos

Actividad. Presentación del taller

El psicólogo comenzará por dar la bienvenida a los participantes del taller y les pedirá que acomoden los asientos en forma de semicírculo, de manera que todos puedan verse y escuchar las actividades, a continuación dirá unas palabras introductorias:

“Durante mucho tiempo hemos visto o escuchado que la salud es muy importante para nosotros y para nuestra forma de vida. Nos han dicho, por ejemplo, que comer frutas y verduras es más sano que comer pan o cosas azucaradas; que tomar por lo menos dos litros de agua al día es lo correcto; que debemos hacer ejercicio para mantenernos activos y fuertes; que dormir de 6 a 8 horas nos ayuda mucho, entre otras cosas. Ya sea en la televisión, la radio, revistas o personas a nuestro alrededor, siempre nos hablan de salud. Por otro lado, también nos han hablado acerca de cosas que pueden perjudicar nuestro cuerpo y, por ende, nuestra salud. Escuchamos sobre el consumo de sustancias tóxicas, comida muy saturada de grasas o sal, el sedentarismo, dejar de comer, dejar de dormir o pasar mucho tiempo sentado, y que este tipo de comportamientos pueden a la larga

generar un impacto en nosotros, por ejemplo, el mal funcionamiento de algunos órganos como los riñones, los pulmones, el corazón, el hígado, el páncreas, enfermedades respiratorias, obesidad o enfermedades crónicas como hipertensión y diabetes.

¿Por qué les comento esto? El taller en el cual estarán participando las siguientes semanas se enfoca en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, toma como referencia que la alimentación es un factor importante en la prevención de posibles complicaciones de esta enfermedad, también contempla que ustedes tienen asignada una dieta por parte del especialista, es decir, saben qué alimentos deben consumir en mayor cantidad que otros, saben qué alimentos deben evitar o disminuir, saben qué alimentos podrían sustituir en lugar de otros que están consumiendo actualmente; sin embargo, en ocasiones resulta difícil seguir una dieta y creemos que es imposible o que nunca vamos a cambiar, podemos empezar bien en el desayuno pero al momento de cenar, nos damos cuenta que rompimos la dieta y tratamos de comenzar al siguiente día.

A veces podemos incluso desesperarnos y dejar el cuidado de la alimentación de lado, lo que tal vez no hemos contemplado es que existen algunos factores tanto en el ambiente, como en nosotros mismos que probablemente hagan más complicado el que podamos ajustarnos a una dieta. Hablamos de situaciones como los lugares en los que comemos, la circunstancia social en la que nos encontramos (familiar, de pareja, de trabajo), algunos objetos presentes, nuestro estado de ánimo y, nuestros hábitos con la comida. Los mencionaré de forma general porque en las sesiones vamos a charlar sobre cada uno de ellos, verán ejemplos de cómo influyen en nuestra forma de comer y aprenderán algunas estrategias de manera que logren seguir el régimen alimenticio que les fue asignado.

Ahora bien, todo lo que aprenderán a lo largo de las sesiones estará basado en una técnica llamada Autocontrol. La técnica es importante porque las personas responsables de aplicarla no son otras más que ustedes mismos, es indispensable que exista un compromiso de ustedes para con su cuerpo y el control de la enfermedad, por otro lado, con ayuda de la técnica ustedes aprenderán a identificar la situación concreta que les está impidiendo seguir con su dieta, a fijar metas o compromisos, a crear una planeación de cómo lograr esa meta y llevarla a cabo. Se pretende que con la adquisición de estas habilidades y al final del taller, ustedes sean capaces de cuidar su dieta ante cualquier situación que se pueda presentar. Recordemos que no se trata de cosas aisladas a la vida

cotidiana, nos enfocaremos en la situación particular y las necesidades de cada uno de ustedes; sin embargo, también es importante la participación de grupo, esto es, vamos a debatir y a compartir posibles soluciones, si alguno de ustedes intentó algo y le funcionó, entonces puede compartirlo con los demás que tal vez no lo habían pensado y así crear una lluvia de ideas.

Algunos beneficios de tomar este taller son: mantener un control metabólico; alimentarse de forma saludable; disminuir los riesgos de padecer alguna complicación de la diabetes como pie diabético, nefropatía, retinopatía, hospitalizaciones que requieren altos costos; lograr un control sobre ustedes mismos y, sentirse bien”.

Antes de continuar con la siguiente actividad, el psicólogo preguntará a cada participante lo que espera del taller y los aspectos que quieren cambiar para mejorar su calidad de vida, una vez que todos participen y aclaradas las dudas les pedirá que permanezcan sentados en semicírculo para la dinámica de romper el hielo.

Actividad. Dinámica para romper el hielo

Materiales. Papeles de tres colores diferentes (verde, azul y blanco) de aproximadamente 2cm cuadrados, bolsa de plástico.

El psicólogo pasará al lugar de cada integrante con una bolsa de plástico llena de papeles de colores, les pedirá a cada uno que tomen la cantidad de papeles que ellos quieran sin importar el color y que la explicación la dará cuando termine de repartirlos. Posteriormente les dirá que el número de papeles que tienen es equivalente al número de cosas que deben mencionarle al grupo acerca de ellos, todo con la finalidad de conocerse mejor.

El color del papel significa algo específico, el azul equivale a gustos, por lo que deben mencionar algún gusto o gustos que tengan dependiendo la cantidad de papeles azules que hayan seleccionado; el verde equivale a aspiraciones, deben mencionar aquellas metas que sean importantes para el participante y que quieran lograr en un futuro, depende la cantidad de papeles verdes que seleccionó; el blanco equivale a una anécdota graciosa que les haya pasado, puede ser también un chiste que sepan, una cara graciosa, o algo que haga reír a los demás participantes, dependiendo del número de papeles blancos que tomaron. Todos los participantes tendrán su turno incluido el psicólogo, primero comenzarán por mencionar su nombre y luego sus anécdotas de acuerdo con los papeles de colores.

Objetivo específico 1. Tendrán información sobre el autocontrol y su importancia en la dieta.

Actividad. Juego de tránsito y lluvia de ideas

Materiales. Semáforo, estambre, señales de tránsito y volantes de auto ficticio; papel bond blanco, plumones, tarjetas de colores.

El psicólogo comenzará por formar un cruce vial utilizando estambre a lo largo del piso, posteriormente hará dos equipos de cinco personas cada uno. Al primer equipo entregará cuatro volantes de auto ficticio, señales de tránsito y un semáforo, uno de los integrantes será el encargado de manejar las señales y los demás serán conductores de auto, la persona que maneje las señales deberá guiar el tránsito de los conductores colocando las señales en lugares específicos y manejando el semáforo durante el cruce de autos. El segundo equipo también tendrá volantes para auto ficticio pero ninguna señal de tránsito o semáforo, en este caso todos serán conductores y se dará la indicación de manejar con la velocidad que deseen y en el sentido que quieran.

Al terminar la actividad, el psicólogo les pedirá que tomen asiento, los equipos deberán comentar su experiencia, cómo se sintieron durante la actividad, si sintieron que la situación estaba bajo control y de acuerdo con lo observado, si creen que existió mucha diferencia entre el tránsito de ambos equipos. Después, el psicólogo continuará con lo siguiente:

“El ejercicio mostró cómo el control, en este caso vial, puede facilitar el funcionamiento de la situación. En el primer caso los conductores tuvieron un orden y un tiempo específico para cruzar con ayuda del semáforo y las señales que les indicaron una forma de proceder, evitando posibles choques con los demás vehículos, en el segundo caso, al no existir señales para dirigir los vehículos, la posibilidad de que ocurriera un accidente aumentó y los conductores se vieron en líos para poder cruzar. Por lo tanto el control juega un papel fundamental, pues permite que las cosas salgan de acuerdo con lo que se desea.

¿Por qué les puse este ejemplo? Porque pasa algo similar con la alimentación y nuestro cuerpo, las personas diabéticas requieren de un control para cuidarse y prevenir complicaciones de la enfermedad, aquí entra lo que comemos diariamente. Si nos alimentamos a la hora que queremos, los alimentos que queremos y las cantidades que queremos, es muy probable que nuestra salud se vea afectada como los accidentes

vehiculares en el segundo equipo. Imaginen ahora que la dieta que les dio el especialista es una forma de señal de tránsito o semáforo que nos indica la forma en que debemos alimentarnos, la opción más viable para mantener estable nuestro cuerpo sería adherirnos a esas señales (dieta) y tener un control de la situación como lo mostró el primer equipo. ¿Cómo podemos lograr esto? De la misma forma que los conductores manejaron su propio vehículo, debemos emplear Autocontrol”.

El psicólogo entregará a los participantes dos tarjetas de colores y un plumón, a continuación pedirá que escriban en la primer tarjeta qué entienden por “autocontrol” (pueden guiarse de la actividad anterior) y en la segunda tarjeta dos ejemplos en los que consideren que una persona debe tener control de lo que está haciendo, de preferencia ejemplos de la vida cotidiana, posteriormente pedirá que cada participante comparta lo que escribió y pegarán sus tarjetas en un pliego de papel bond blanco que el psicólogo colocará en la pared con la frase “Lluvia de ideas. Control”, también hará énfasis en que la participación durante las sesiones es importante puesto que no todos piensan de la misma forma. Después preguntará si alguien desea agregar algo a lo que se ha comentado antes de continuar. Si no existen dudas o preguntas seguirá con la sesión.

Actividad. Explicación por parte del psicólogo

Materiales. Presentación powerpoint “Autocontrol”, plumones, formato de evaluación, lápices

Con ayuda de una presentación en formato powerpoint titulada “Autocontrol”, el psicólogo explicará el tema utilizando ejemplos y lenguaje coloquial:

“El autocontrol es la capacidad que puede adquirir una persona para ejercer dominio sobre sí mismo, a veces hacemos cosas por impulso o “sin pensar” ya sea porque estamos acostumbrados, porque así lo hacen los demás, porque no nos damos cuenta y terminamos haciéndolo de esa forma, o, porque hay factores que lo propician y aparentemente se sale de nuestras manos. Cuando una persona cuida lo que va a decir o hacer se dice que se está autocontrolando, se trata de ser cautelosos en todo momento, detenerse un poco para analizar los pros y contras de nuestros actos, tomar la mejor decisión de forma tal que no se desencadenen consecuencias que pueden ser negativas para sí mismo o para los demás.

Una de las reglas indispensables es que el cambio lo ejerce la propia persona (de ahí que sea “auto” control, esto es, un control de sí mismo), no se trata de que alguien más les pida realizar ciertas cosas o monitoree todo lo que hacen. En el caso de la salud, algunas decisiones pueden ser perjudiciales en un futuro, ustedes como pacientes diabéticos saben que la enfermedad tiene consecuencias a largo plazo, lamentablemente muy graves, si no se trata de manera adecuada, piensen entonces que la frase “nuestros actos el día de hoy pueden hacer la diferencia mañana” no está tan alejada de la realidad. Hablando sobre alimentación, para muchas personas el comer se ha vuelto algo que hacen en automático, es tan cotidiano que no nos damos cuenta de los alimentos que consumimos, o, si estos aportan algo saludable a nuestro cuerpo. Si son capaces de controlar su forma de comer, cambiando hábitos poco saludables o las situaciones que los llevan a romper su dieta, entonces podrán reducir la probabilidad de que algo grave ocurra, se sentirán más tranquilos y preparados para poder convivir con personas en diferentes situaciones y saber que a pesar de lo que sirvan de comer, ustedes ya tendrán preparada una alternativa basada en una planeación previa, su objetivo siempre será seguir su dieta.

Ahora bien, lograr el control que necesitamos no es tan sencillo como pareciera ser, aunque tampoco es imposible, primero debe existir una disposición al cambio por parte de ustedes, tomen en cuenta que es un trabajo constante, no debe ser algo que cuiden los primeros cinco días y después se pierda el esfuerzo que realizaron durante ese tiempo. Tener el control de nuestra alimentación es una experiencia nueva a la que nos debemos adecuar, y como situación nueva sabemos que costará trabajo al principio, pero eventualmente las actividades y todas las soluciones que decidamos implementar para lograr mejorar nuestra salud se tornarán fáciles y parte de nuestro estilo de vida”

Antes de continuar, el psicólogo preguntará si hay dudas sobre lo que se explicó y qué opinan de esto, les dirá que pueden tomar nota de todo lo que se exponga para repasarlo en casa o como recordatorio.

Evaluación

El psicólogo entregará al participante un formato (Anexo 1) con diez frases con opción de respuesta de Verdadero (V) o Falso (F), junto con el formato se entregarán lápices para contestar. Los participantes deberán leer cada frase y tachar la opción que consideren

correcta, todas las frases deben ser contestadas, al final se comentarán las respuestas y resolverán dudas, las frases contestadas se muestran a continuación:

1. Tener autocontrol de lo que consumo ayuda a mi salud ~~(V)~~ (F)
2. No necesito cuidarme, de todos modos ya tengo una enfermedad (V) ~~(F)~~
3. Puedo comer bien entre semana y lo que yo quiera sábado y domingo (V) ~~(F)~~
4. Tener horarios para comer es buena opción para controlarme ~~(V)~~ (F)
5. La dieta puede romperse (V) ~~(F)~~
6. Autocontrol significa que yo mismo estoy a cargo de mi alimentación ~~(V)~~ (F)
7. Es imposible dejar de comer como lo hago actualmente (V) ~~(F)~~
8. Mi rutina no me permite cambiar la forma en que me alimento (V) ~~(F)~~
9. El autocontrol me permite adquirir habilidades para cuidarme ~~(V)~~ (F)
10. Si genero cambios hoy, evitaré complicaciones de la enfermedad ~~(V)~~ (F)

Criterio de logro

Los participantes deberán contestar las 10 frases de forma correcta, si alguna parte del tema no ha quedado claro el psicólogo hará retroalimentación.

Sesión 2

Carta descriptiva sesión 2

Objetivos	Actividad	Materiales	Duración
	Repaso sesión anterior		15 minutos

Objetivo específico 2. Tendrán información sobre las situaciones que probabilizan romper la dieta.	-Charla temática	Vídeo “Situaciones donde rompemos la dieta” Formato opción múltiple(Anexo 2)	40 minutos
	-Registro semanal	Formato de registro (Anexo 3)	20 minutos

Actividad. Repaso sesión anterior

Antes de iniciar, se preguntará al azar sobre el tema visto la semana pasada, se hará un repaso de los puntos importantes del Autocontrol.

Objetivo específico 2. Tendrán información sobre las situaciones que probabilizan romper la dieta.

Actividad. Charla temática

Materiales. Vídeo “Situaciones donde rompemos la dieta”, formato de opción múltiple (Anexo 2).

El psicólogo dará una explicación:

“La semana pasada platicamos sobre la importancia de seguir nuestra dieta y cuidar todos los aspectos que pueden perjudicar nuestra salud ¿Alguno de ustedes ha intentado seguir una dieta antes? ¿Cuál ha sido su experiencia? ¿Qué los llevó a romperla en aquella ocasión?

La realidad es que estamos rodados de muchas situaciones que, de una u otra manera, pueden afectar lo que comemos. No solamente se trata de jalarnos la oreja cada vez que tenemos un antojo y esperar que un rayo de luz nos ilumine para no terminar cediendo, sino que debemos analizar aquellos aspectos que están presentes en nuestra vida cotidiana y aumentan la probabilidad de romper la dieta, de esta forma podemos regular nuestro día a día y no importa lo que se atravesase en el camino. Vamos a repasar cada situación de la que hablo, pueden tomar nota de la información que les voy a brindar”.

Con ayuda del vídeo “Situaciones donde rompemos la dieta”, el psicólogo continuará con la explicación, ya que el material contiene ejemplos de cada factor situacional, el psicólogo irá pausando según sea el caso.

“LUGARES: primero veremos la función que tienen algunos lugares en nuestra forma de comer y cómo estos pueden influir en rompan su dieta. Les haré la siguiente pregunta ¿Cuántos de ustedes han roto su dieta debido al lugar donde se encontraban? (los participantes darán su opinión) ¿Creen que los lugares influyen en nuestra forma de comer?, los lugares que frecuentamos pueden ser variados, podemos estar dentro o fuera de casa, la mayoría de las personas sale por lo menos una vez fuera de casa al día porque va al trabajo, a la escuela, al supermercado, a correr, incluso a comer. Piensen por ejemplo en una persona que todos los días camino al trabajo debe pasar por una calle donde hay puestos de comida rápida o las famosas garnachas lo que puede probabilizar que rompa su dieta y coma alimentos de esos establecimientos, o una persona que pasa gran parte de su tiempo en la cocina, al tener muchos alimentos cerca comparado con otros lugares de la casa es probable que comience a comer porciones de más sin que se dé cuenta.

Existen muchos lugares a nuestro alrededor, de hecho, siempre que alguien nos pregunta en dónde estamos, nos referimos al lugar para responder, estemos en nuestra casa, en la oficina, en el salón de clases o patio de la escuela, en el cine, en un restaurante, en casa de un familiar o amigo, siempre debemos tomar precauciones de nuestra alimentación”.

Al terminar la explicación y la parte correspondiente del vídeo, preguntará a los participantes qué otros ejemplos existen y en su caso particular qué lugares se encuentran presentes, todos los participantes deben dar su opinión y el psicólogo aclarará dudas que surja durante la sesión, también tomará nota de los lugares que se comenten.

“CIRCUNSTANCIA SOCIAL: nosotros como seres sociales estamos inmersos en situaciones diferentes dependiendo el lugar o las personas con las que estemos en ese momento, por ejemplo, cuando estamos conviviendo con nuestros familiares se dice que la circunstancia social es “familiar”, lo mismo ocurriría si estamos en casa de un amigo o cuando salen a pasear con sus amistades, la circunstancia social corresponde a “diversión”, otros ejemplos serían circunstancia de pareja, laboral o escolar.

Identificar si el tipo de circunstancia social influye de alguna forma en que rompan su dieta es indispensable para su salud, tal vez se han percatado que cuando se encuentran en una situación familiar es más viable que su alimentación se altere y se debe tomar cartas

en el asunto. Más adelante les diré cómo afrontar la situación con ayuda de Autocontrol. ¿Qué opinan sobre esto? ¿Hay alguna circunstancia social que altere su forma de comer?

El psicólogo aclarará dudas que surja durante la explicación, también tomará nota de las circunstancias sociales que se comenten.

“HÁBITOS: comencemos por entender que un hábito se refiere a algo que hacemos con mucha frecuencia y se ha vuelto parte de nuestra rutina, algunos ejemplos son lavarse los dientes después de cada comida, lavarse las manos después de ir al baño, vestirse, bañarse, conducir un auto, limpiar, entre otros más dependiendo nuestras costumbres y formas de vida.

En el caso de la comida, cada uno posee hábitos alimenticios diferentes y están tan acostumbrados a ellos que no se damos cuenta. Imaginemos una persona que bebe un vaso de leche todas las mañanas cuando recién despierta, o alguien que come alguna fruta antes de ir a entrenar porque no quiere estar en ayunas pero tampoco quiere sentirse lleno. Otro ejemplo podría ser un niño que come pan de dulce para merendar y lo ha repetido tantas veces que cuando es adulto sigue consumiendo lo mismo, decimos entonces que se ha vuelto un hábito, lo mismo ocurre con otros alimentos como la tortilla, las galletas, el refresco o los jugos. Tener hábitos no saludables perjudica la salud tal vez no de inmediato pero gradualmente, sobre todo si ese hábito no se modifica con el tiempo. Ejemplos de esto son comer cantidades excesivas de alimentos, si una dieta permite el consumo de tres tortillas al día pero la persona está acostumbrada a consumir tortilla en el desayuno, comida y cena, esto implica que excede la cantidad permitida.

Piensen ahora en hábitos que tienen que ver con la forma en que preparamos los alimentos, cuando cocinamos algunos platillos se debe cuidar lo que agregamos y las cantidades en que lo hacemos. A veces las personas tienen la costumbre de cocinar con mucho aceite, por ejemplo freír alimentos cuando podrían asarlos, nuestro cuerpo necesita ciertas porciones de grasas, el problema viene cuando abusamos en las cantidades que consumimos al día, lo mismo sucede con el uso de sal o aderezos. Cuando preguntamos la forma en que se cocina una sopa, espagueti o algún otro platillo podemos encontrar muchas respuestas diferentes, algunos usarán mantequilla para preparar espagueti, algunos no, otros le agregan pedazos de jamón o crema, algunos omiten esos pasos porque así aprendieron a cocinarlo.

Ahora bien, hay hábitos que son benéficos para la salud como tomar dos litros de agua todos los días, comer las porciones necesarias de fruta o comer cinco veces al día, todo esto genera que el cuerpo tenga la energía suficiente para poder hacer las actividades diarias, mantener un peso adecuado y sentirse bien. Algo que deben tomar en cuenta es que modificar un hábito lleva un proceso ya que se trata de algo que hemos hecho desde mucho tiempo, esto no quiere decir que sea imposible retomar hábitos saludables y disminuir aquellos que nos están provocando un daño, todo lleva un orden para poder lograr el cambio esperado.

Este es probablemente el principal problema al momento de querer seguir una dieta, sin embargo, cada caso es particular ¿Qué opinan sobre los hábitos? ¿Perjudican su forma de comer o la beneficia? ¿Qué hábitos tienen?”.

Todos los participantes deben dar su opinión y el psicólogo aclarará dudas que surja durante la explicación, también tomará nota de los hábitos que se comenten y pasará a la siguiente parte.

“ESTADOS EMOCIONALES: ¿De qué forma creen que puede afectar mi estado de ánimo sobre la forma en que me alimento?(los participantes darán su opinión) ¿Han identificado algún estado emocional en sus registros que se encuentre presente cuando rompen la dieta o hace más probable que lo hagan?

Existen ocasiones en que las personas puedan estar felices o emocionadas por algo que sucedió y fue gratificante para ellas por lo que deciden festejar, puede que en ese momento no se den cuenta de lo que están consumiendo o de las porciones que llevan, es probable que coman cantidades arriba de las permitidas en su dieta, tal vez se percataron que no deberían comer eso pero se encontraban tan emocionadas que decidieron hacerlo. Veamos otro ejemplo, una persona que acaba de perder su trabajo o se encuentra preocupada porque no terminó a tiempo algo que debía entregar puede que no tenga apetito o piense en todo menos en comer y pasa largas horas sin probar un solo alimento, lo que lleva a una descompensación en sus niveles de glucosa en la sangre.

¿Les ha pasado esto? ¿Les sucede con frecuencia?, podríamos hablar de muchas emociones más, ahora imaginen a alguien que está aburrido en casa y va a la cocina por algo de comer, tomando lo primero que encuentra.

Lo mismo podría pasar con alguien que está enojado porque perdió una cita o llegó tarde, las emociones pueden probabilizar que se alimenten de forma incorrecta. Cuando se trata de seguir la dieta deben tener cuidado de muchas cosas, no sólo de lo que estamos acostumbrados a comer, sino de cómo nos encontramos en ese momento y enfocarnos en consumir las porciones que necesita nuestro cuerpo sin importar nuestro estado de ánimo, ya que a lo largo de nuestra vida sucederán cosas que nos pongan o muy de buenas, o muy de malas, así que tener control de nuestras emociones es indispensable, más adelante explicaré cómo lograrlo”.

Al terminar la explicación y la parte correspondiente del vídeo, preguntará a los participantes qué otros ejemplos agregarían, todos los participantes deben dar su opinión y el psicólogo aclarará dudas que surja, también tomará nota de los comentado y continuará con la sesión.

“OBJETOS: la última situación tiene que ver con la función de algunos objetos sobre nuestra alimentación, por objetos me refiero a cosas presentes que tenemos y probabilizan que rompa mi dieta, ejemplo de esto es la televisión ¿Cuántos de ustedes han estado tan concentrados en un programa de televisión que no se dan cuenta de lo que están comiendo, la rapidez con que lo hacen o simplemente de las porciones que llevan? Lo mismo puede ocurrir mientras están en la computadora o el celular. Inclusive, cuando sabemos que comenzará un programa o algo que amerite entretenimiento, una persona puede optar por ir a la cocina por alguna botana o alimentos para acompañar el programa, sabemos que las botanas pueden ser en algunas ocasiones poco saludables”.

El vídeo mostrará platos y vasos de tamaños diferentes, dos cucharas (una sopera y otra cafetera), un tenedor y un cuchillo.

“Los objetos más cercanos que están presentes al momento de comer son los utensilios, como cubiertos (cuchara, tenedor y cuchillo), platos y vasos principalmente ¿Creen que la forma en que los usamos influye en cómo nos alimentamos? Imaginen que están acostumbrados a comer en platos grandes, observen que todos los platos están llenos de semillas, el plato más grande tiene mayor cantidad de semillas comparado con los otros, lo mismo pasa con la comida.

Tal vez las porciones de los alimentos se vean alterados debido a su percepción del plato y, al pensar que debe verse lleno, exceden las cantidades cuando no necesariamente debe ser así. A veces el tamaño de los utensilios puede ayudar o perjudicar, todo depende de cómo están distribuyendo la comida, comer en platos grandes no es malo siempre y cuando jueguen con las cantidades adecuadas, por ejemplo, no es lo mismo llenar todo el plato de un solo guisado o platillo, que aprovechar el tamaño para servir cantidades justas de diferentes alimentos como carne acompañada con alguna ensalada o frutas.

Lo mismo ocurre con los cubiertos, las personas tienen una manera peculiar de comer, cuando permanece el tenedor o la cuchara en su mano, es probable que coman sin parar o a una velocidad mayor en vez de tomarse su tiempo para ingerir sus alimentos, con los vasos sucede algo similar, entre más agua tomamos durante la comida, más llenos nos sentimos y puede que altere la cantidad de alimentos ingeridos

Piensen ahora en las máquinas expendedoras, si una persona se encuentra presionada y no tiene tiempo de comer, es probable que encuentre en esas máquinas una salida fácil, aunque puede resultar contraproducente ya que los alimentos que comúnmente contienen consta de comida chatarra, jugos y refrescos. La importancia de detectar estos objetos significativos ayudará a modificar la forma en que los usan, es por eso que son parte de las situaciones que estaremos evaluando durante el taller”.

Al terminar la explicación y la parte correspondiente del vídeo, preguntará a los participantes qué otros ejemplos agregarían y en su caso particular qué objetos son significativos. Todos los participantes deben dar su opinión y el psicólogo aclarará dudas que surja durante la sesión, también tomará nota de los objetos que se comenten.

Evaluación

El psicólogo entregará a cada participante un formato (Anexo 2) que consta de diez preguntas con opciones de respuesta múltiple. Las preguntas estarán relacionadas con los factores situacionales previamente explicados, deberán leer cada una y subrayar la opción que consideren correcta. Todas las preguntas deben ser contestadas, al final se comentarán las respuestas y resolverán dudas, las preguntas contestadas se muestran a continuación.

1. Restaurantes, puestos de comida y cocina son ejemplos de:

- a) Hábitos b) Objetos c) Lugares d) Circunstancia social

2. Cocinar con mucho aceite es ejemplo de:

- a) Objetos b) Emociones c) Hábitos d) Lugares

3. Cuando uso el celular no me doy cuenta de lo que como, se refiere a:
 a) Circunstancia social b) Lugares c) Hábitos d) Objetos
4. Tener la costumbre de comer ciertos alimentos, es ejemplo de:
 a) Objetos b) Hábitos c) Lugares d) Emociones
5. Cuando estoy triste no me dan ganas de comer nada, se refiere a:
a) Emociones b) Objetos c) Lugares d) Circunstancia social
6. Si mi familia me invita a comer es seguro que rompa la dieta, es ejemplo de:
 a) Hábitos b) Objetos c) Circunstancia social d) Lugares
7. Tener una máquina expendedora en tu trabajo y comprar todo el tiempo:
 a) Lugares b) Emociones c) Hábitos d) Objetos
8. Si voy al cine termino comiendo palomitas y refresco, es ejemplo de:
 a) Objetos b) Hábitos c) Lugares d) Emociones
9. Por estar preocupada excedí mis porciones de alimentos, es ejemplo de:
 a) Circunstancia social b) Emociones c) Hábitos d) Objetos
10. Trato de seguir la dieta pero no puedo comer solamente una pieza de pan, siempre como 2 piezas, es ejemplo de:
 a) Objetos b) Hábitos c) Circunstancia social d) Emociones

Criterio de logro

Los participantes deberán contestar las 10 preguntas de forma correcta, si alguna parte del tema no ha quedado claro el psicólogo hará retroalimentación.

Actividad. Registro semanal

Materiales. Formato de registro (Anexo 3)

Se entregará a cada participante un formato de registro el cual deberán llenar todos los días y entregar al inicio de cada sesión, el psicólogo explicará la forma de llenado:

“Antes que nada, debo comentar que es importante el cumplimiento de sus registros, tal vez no están acostumbrados a llevar un registro de cosas relacionadas con su alimentación pero mediante esto, podemos identificar cuáles son las situaciones de las que hablamos anteriormente que impiden el seguimiento de su dieta y qué tan presentes se encuentran en la semana, a lo largo de las sesiones vamos a trabajar con la técnica de autocontrol para

regular cada situación particular y conforme lo que han registrado se podrán observar los cambios que van obteniendo o algunas áreas que debemos modificar aún.

¿Qué es lo que deben registrar? Les acabo de dar el formato de registro, como pueden observar en la parte de arriba viene un espacio para que anoten su nombre y la fecha, también están anotados los días de la semana y de lado izquierdo las cinco situaciones de las que hablamos el día de hoy (lugar, circunstancia social, hábitos, estados emocionales y objetos). Cada vez que ustedes rompan su dieta deben anotarlo en la columna del día de la semana en que se encuentran y a la situación que corresponda. Por ejemplo, si el día miércoles salí de casa y rompí la dieta en un restaurante, debo marcar con una X la columna de “miércoles” en la parte de “lugar”, a un lado anoten la hora en que ocurrió y la palabra restaurante. Otro ejemplo, si el martes me dieron una mala noticia y perdí la noción de lo que comí, la X deberá ir en la columna de “martes” y buscar la situación de “estados emocionales”, a un costado de la equis anotar la hora en que perdí la dieta y escribir tristeza, preocupación o aquella emoción que provocó la noticia. Daré un último ejemplo, si el domingo asisto a una reunión familiar y durante la convivencia rompo la dieta, debo marcar una X en la columna de “domingo” y buscar la situación de “circunstancia social”, a un lado anotar la hora en que rompí mi dieta y escribir reunión familiar.

Deben registrarse todas las veces en que rompieron la dieta, si fue a diferente hora y ambas tienen que ver con la misma situación (por ejemplo hábitos), se registrará de la misma forma, una X con los diferentes horarios y el hábito significativo”.

Evaluación

El psicólogo preguntará si existen dudas de cómo llenar el registro, después continuará con un ejercicio. Pedirá a los participantes que llenen el formato y tomen como referencia un momento en que rompieron la dieta. Luego pedirá que compartan con los demás participantes lo que escribieron y se hará revisión individual.

Criterio de logro

Los participantes deberán anotar de forma correcta lo que se pide en el registro, en caso de que no haya quedado claro alguna parte del mismo se hará retroalimentación y se pedirá que conteste de nuevo.

Sesión 3

Carta descriptiva sesión 3

Objetivos	Actividad	Materiales	Duración
Objetivo específico 3. Los participantes aplicarán la técnica de autocontrol para alterar factores situacionales que impiden el seguimiento de su dieta. <i>Particulares.</i> 3.1 Identificarán aquellos factores situaciones que impiden el seguimiento de su dieta. 3.2 Establecerán una meta para modificar factores situacionales 3.3 Elaborarán un plan de acción. 3.4 Ejecutarán la planeación	Repaso sesión anterior y revisión de registros semanales.		15 minutos
	-Los pasos de la técnica de autocontrol. Charla introductoria	Diagrama hecho de foami con los pasos de la técnica.	20 minutos
	-¿Qué hace romper mi dieta?	Plantilla “Mi plan de trabajo” (Anexo 4), lápices.	20 minutos
	-Metas	Plantilla “Mi plan de trabajo”	20 minutos
	-Planeación	Plantilla “Mi plan de trabajo”	30 minutos
-Puesta en marcha			

Actividad. Repaso sesión anterior y revisión de registros semanales.

Antes de iniciar, se preguntará al azar sobre el tema visto la semana pasada, se hará un repaso de los puntos importantes de la sesión, por otro lado pedirá los registros que quedaron de tarea, revisarán algunos y preguntará si les costó trabajo llenarlo, se resolverán dudas e invitará a que continúen registrando durante todo el taller ya que se hará una revisión semanal.

Objetivo específico 3. Los participantes aplicarán la técnica de autocontrol para alterar factores situacionales que impiden el seguimiento de su dieta.

Actividad. Los pasos de la técnica de autocontrol. Charla introductoria.

Materiales. Diagrama hecho de foami con los pasos de la técnica.

El psicólogo continuará dando una charla introductoria a los cuatro pasos que conforman de la técnica de Autocontrol. Para iniciar tomará un diagrama hecho de foami y lo pegará en una pared, pizarrón o superficie plana que sea visible para los participantes, el ejemplo de diagrama se muestra a continuación:

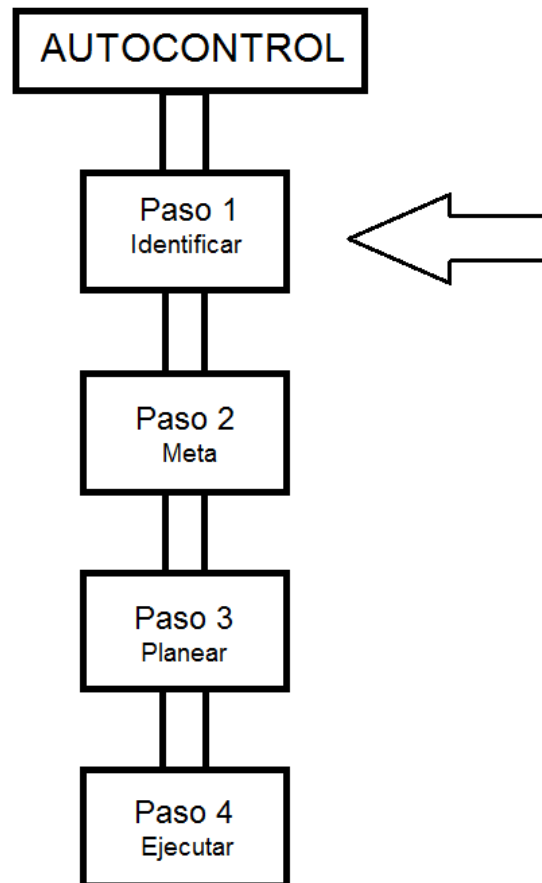


Figura 2. Diagrama de pasos en la técnica de Autocontrol

Explicará lo siguiente:

“Este diagrama que pegué en el salón muestra lo que representa la técnica de autocontrol, anteriormente hemos dicho que para lograr un control sobre las situaciones que nos rodean necesitamos armar todo un plan de trabajo que nos permita lograr cambios significativos. Es por eso que la técnica se compone de diferentes pasos, de esta forma podemos analizar a fondo lo que necesitamos y las posibles soluciones. El conjunto

de los cuatro pasos, lleva como resultado autocontrol, la técnica tiene un orden establecido el cual debe seguirse, no se puede comenzar con el paso 2 o el 3, es importante que no se pierda el orden establecido para facilitar que puedan entenderlo y aplicarlo de manera correcta, evitando confusiones. Se trata de que ustedes lleven una planeación de las cosas que pondrán en práctica para llegar a un fin, en este caso, mantener la dieta y procurar no romperla. Los cuatro pasos son: identificar, establecer una meta, planear estrategias, a continuación examinaremos cada uno, hay una flecha apuntando el paso uno, conforme pase la explicación y las actividades la flecha apuntará según el paso que revisemos.

Lo que se pretende en esta sesión es que ustedes conozcan los pasos, pero también se trata de formar la planeación de cada uno de ustedes según su caso particular utilizando la técnica de autocontrol”.

Objetivo particular 3.1 Identificarán aquellos factores situaciones que impiden el seguimiento de su dieta.

Actividad. ¿Qué hace romper mi dieta?

Materiales. Plantilla “Mi plan de trabajo” (Anexo 4), lápices.

El psicólogo explicará lo siguiente:

“PASO 1: lo primero que deben hacer es IDENTIFICAR qué situación o situaciones concretas han probabilizado que rompan su dieta y requieren modificarse. Aquí deben ser cautelosos y analizar bien la problemática, piensen que no se puede dar solución a algo que no estamos seguros de qué es, por eso el primer paso consiste en tener conocimiento de lo que les está complicando alimentarse de forma correcta. Usualmente cuesta trabajo identificar; sin embargo, gracias a los registros que están llenando semanalmente y las actividades en sesiones pasadas, esto es, las participaciones, las opiniones de su caso particular, inclusive la dieta otorgada por el especialista les ha permitido ya tener una idea de lo que requiere cada uno.

En la sesión anterior sobre las situaciones, compartieron información al grupo que puede servirles en este momento. Puede tratarse de algún alimento que acostumbren comer en cantidades excesivas, el modo de preparación de los alimentos, algún lugar donde siempre que asisten terminan comiendo de más, puede ser un estado de ánimo, puede

tratarse de reuniones familiares o con amigos, entre otros. Es un paso esencial porque una vez que identifiquen, pueden establecer soluciones”.

El psicólogo entregará una plantilla con el título “Mi plan de trabajo” (anexo 4) y un lápiz, después dará las siguientes indicaciones:

“La plantilla que les acabo de dar tiene varios cuadros, cada uno tiene el nombre de las diferentes situaciones que hemos visto previamente, voy a pedirles que escriban en el espacio que corresponde la situación que les cuesta trabajo afrontar para seguir su dieta, recuerden ser muy concretos, por ejemplo, su problema es que no pueden dejar de tomar refresco el cual es un hábito, por lo que deben anotar en ese cuadro la palabra refresco, pueden percatarse que es parecido a los registros que hacen semanalmente, por lo que pueden guiarse de ellos. Les daré unos minutos para que puedan apuntarlo, cuando terminen compartirán lo que escribieron con los demás”.

Evaluación

La evaluación se hará con la revisión de las plantillas.

Criterio de logro

Los participantes deberán identificar las situaciones en que rompen su dieta, si existen dudas, se hará retroalimentación antes de continuar con el siguiente paso.

Objetivo particular 3.2 Establecerán una meta para modificar factores situacionales

Actividad. Metas

Materiales. Plantilla “Mi plan de trabajo”, lápices

El psicólogo explicará lo siguiente:

“PASO 2: pasemos la flecha del diagrama al segundo paso, lo que sigue es fijar la META que quieren alcanzar o qué tanto cambio quieren obtener. Por ejemplo, si consumo de dos a tres piezas de pan de dulce al día y quiero reducir las porciones, mi meta podría ser consumir sólo una pieza de pan (media pieza en la mañana y media pieza en la noche), o bien, sustituirlo por otro alimento, como pan integral o pan blanco. Una buena forma de establecer una meta es preguntarse ¿En cuánto tiempo queremos lograr ese cambio?, puede ser cuestión de días, semanas, meses o años. Establecer un plazo de tiempo nos permite llevar un mejor orden sin sentirnos presionados y aumenta el compromiso que tenemos con nosotros mismos para realizar todas las actividades que requerimos. Es

importante recordar que la meta debe establecerse de manera que sea viable y alcanzable para cada persona, retomemos el ejemplo del refresco, si quiero dejar de tomar mañana mismo pero estoy tan acostumbrada a beberlo y siento que la comida no me sabe bien si no la acompaño con refresco, existe la probabilidad de que logre dejar de beber y lo sustituya por agua, también es probable que me cueste mucho trabajo y tenga ansias de ir a comprarlo, por lo que las metas deben ir en función de lo que ustedes creen que puede funcionarles y se sientan capaces de llevarlo a cabo. Pueden apoyarse de su dieta o de las cantidades recomendadas por el especialista si se trata de alimentos.

Si identificaron otra situación diferente a hábitos, la meta debe ir encaminada a lo que escribieron, por ejemplo, si se trata de un lugar, pueden optar por dejar de comer ahí o continuar pero ingiriendo alimentos diferentes. La idea es que no huyan de los lugares, objetos o salidas con personas porque forman parte de su vida cotidiana, lo ideal es que opten por alternativas que les sean efectivas cuando se encuentran en esas situaciones. También depende de las características del lugar al que van, pueden jugar con los alimentos que piden o las cantidades que comen, pero eso lo veremos más adelante, por ahora, sólo deben elegir la meta a cumplir.

Les daré unos minutos para que escriban su meta en la plantilla del paso 1, den la vuelta a la hoja y hay una frase (MI META ES), les voy a pedir que escriban sus metas, luego cada uno lo compartirá con sus compañeros”

Evaluación

La evaluación se tomará con la descripción de metas. Se hará revisión individual

Criterio de logro

Los participantes deberán escribir metas que correspondan a lo que identificaron y deben ser viables para cada uno de ellos, si existen dudas, se hará retroalimentación antes de continuar con el siguiente paso.

Objetivo particular 3.3 Elaborarán un plan de acción

Actividad. Planeación

Materiales. Plantilla “Mi plan de trabajo”, lápices

El psicólogo explicará lo siguiente:

“PASO 3: pasemos la flecha al siguiente paso, ya identificaron y tienen una meta a cumplir, ahora deben PLANEAR cómo lograremos llegar hasta ella, se refiere a los medios que usarán a su favor para poder realizar los cambios pertinentes. En este sentido, es indispensable tomar en cuenta algunos puntos: 1) ¿Cuáles son los resultados que esperamos obtener durante el proceso, esto se refiere a la mejoría que debo observar para evaluar que lo que hago está dando resultados viables y en el tiempo que consideré o si es necesario modificar cosas; por último, 2) ¿Qué debo hacer en caso de que se cumpla o no con lo establecido? Esto es, otorgar consecuencias que aseguren o ayuden a conseguir el cambio.

En el primer punto, los resultados se obtendrán mediante estrategias acordes a cada persona y situación, algunos pueden ser los siguientes:

Hábitos. Optar por horarios fijos de comida para un mejor control de alimentos, ya que algunas personas saltan comidas como el desayuno o la cena; en el momento de hacer compras evitar comprar aquellos alimentos que no están permitidos en su dieta, de esta manera no habrá tentación en casa y tendremos dinero extra para comprar otras cosas que tal vez necesiten; disminuir gradualmente el alimento que desean dejar de comer en exceso hasta llegar a la cantidad que establecieron en la meta, o bien, dejar de ingerirlo; sustituir el alimento que desean dejar por otro más saludable o que se encuentre dentro de su régimen alimenticio.

Lugares. Si todos los días comen fuera de casa por trabajo o estudio, pueden hacer una calendarización semanal de los lugares cercanos a la hora de comida donde puedan preparar alimentos de acuerdo a su dieta, de esta forma conocerían nuevos lugares y nuevos platillos; otra opción sería preparar nuestros alimentos en casa antes de salir, esto requiere levantarse más temprano de lo habitual o cocinar la noche anterior (dependiendo el alimento); evitar máquinas expendedoras o lugares que distribuyan botanas, pueden buscar lugares donde vendan por frutas o semillas para sustituir comida chatarra. El cine, por ejemplo, vende alimentos aparte de palomitas y refresco que podrían pedir si desean acompañar su película con comida, cuidando de las porciones o simplemente decidir no comprar.

Circunstancia Social. Si hay una reunión familiar donde es probable que rompa mi dieta, puede optar por comer antes de la reunión, preparar un platillo que sepan pueden consumir y compartirlo con los demás, o bien, llevar su propia comida. Si la situación es de pareja o de amistad, llevarlo(a) a un lugar diferente donde se sientan seguros de que comer puede ser benéfico para su salud y convivencia, pues comparten experiencias nuevas. Un tip muy importante es explicarle a la gente que se están cuidando porque tienen problemas de salud, que solamente pueden comer ciertas cosas y en cantidades moderadas.

Estados Emocionales. Lo primordial es distinguir que los estados emocionales son distintos a tener hambre, una vez que ustedes identifiquen un estado emocional que altera su forma de comer las estrategias deben enfocarse en otra cosa que no implique comida, por ejemplo, si es por aburrimiento pueden hacer una actividad que los distraiga.

Objetos. En el caso de platos y vasos, jugar con los tamaños es una buena opción para medir la cantidad de alimentos que ingieren; con los cubiertos, (cuchara, cuchillo y tenedor) pueden optar por dejar en la mesa el utensilio entre cada bocado, de esta forma regulan el ritmo de la comida. Si objetos como el televisor, la computadora o el celular influyen en que rompan su dieta, la opción podría ser evitar los aparatos en horarios de comida, si existe un calendario u horarios fijos para alimentarse, pueden planear también en qué momento es viable utilizar estos aparatos.

Otra opción que es útil para aplicar en cualquier situación es la retroalimentación personal, esto es, al final del día o de la semana, dependiendo su desempeño y adherencia a la dieta, ustedes mismos pueden observar los logros que obtuvieron o las cosas que necesitan trabajar. Incitarse a mejorar resultados y superar el trabajo realizado la siguiente vez. Todo esto son ejemplos que pueden usarse, las soluciones que ustedes elijan dependerá mucho de su rutina, experiencias previas o experiencia de otros que puedan servirles, es por eso que al terminar la planeación de cada uno, haremos una revisión grupal para que los demás puedan sugerir alternativas.

En el segundo punto a considerar sobre las consecuencias, el manejo de premios o castigos puede ser ideal para complementar el trabajo que estamos realizando. Hay ocasiones cuando escuchamos la palabra consecuencias e imaginamos lo peor o creemos que se trata de cosas para hacernos daño cuando no es así. La prioridad es que puedan

tener una mejor calidad de vida, su salud es lo más importante y tomen en cuenta que lo que planeen para generar cambios es para cuidarse y sentirse mejor. Las consecuencias pueden ser tanto positivas en el caso de los premios, como negativas en el caso de los castigos, pero todas enfocadas a obtener la meta que nos fijamos en el paso 2.

Deben saber ante qué situaciones es útil aplicar premios y en cuáles la mejor opción son los castigos. Los premios deben otorgarse cuando una persona quiere aumentar una conducta o que ésta se repita más veces en el futuro. Un premio al final del día como consecuencia de que seguí mi dieta, hace que me sienta cómoda conmigo misma y satisfecha, sin contar que estoy obteniendo algo que me gusta, por lo que es más probable que continúe con el trabajo de mantener mi régimen alimenticio, ejemplos de premios pueden ser ver una película, salir de paseo, comprarse algo, ver a sus amistades, etcétera. Por otro lado, los castigos deben otorgarse cuando una persona desea disminuir una conducta o dejar de hacerla, en este caso deberán aplicarse si no cumplí con mi dieta o no seguí las estrategias en mi planeación.

Por último, las consecuencia son personales, cada uno tiene gustos y actividades diferentes, si aplico el mismo castigo para todos, es probable que no tenga efecto en algunos porque no lo consideran importante o ni siquiera está presente en su vida cotidiana. Como parte del autocontrol, ustedes serán los encargados de establecer, qué cosas les funcionaría como castigo y cuáles como recompensas, siempre en función de lo que ustedes consideren pertinente”.

El psicólogo pedirá que cada participante anote su planeación en la misma hoja donde escribieron su meta, deberá contener las estrategias que ellos decidieron aplicar tomando en cuenta las situaciones particulares. Una vez que terminen, los participantes deberán anotar tres cosas que les gustan y pueden fungir como premios, y tres cosas que les desagradan para aplicarlo como castigos, evitarán el uso de comida para esta actividad. Posteriormente, compartirán con los demás lo anotado.

Evaluación

La evaluación se tomará con la planeación. Se hará revisión individual.

Criterio de logro

Los participantes deberán establecer la planeación que correspondan a lo que identificaron y la meta que plantearon, si existen dudas, se hará retroalimentación antes de continuar con el siguiente paso.

Objetivo particular 3.4 Ejecutarán la planeación

Actividad. Puesta en marcha

El psicólogo explicará lo siguiente:

“PASO 4: cuando han identificado, se fijado una meta y se estableció de qué forma llevarán a cabo todo, el último paso es EJECUTAR lo que planearon. Puede ser la parte más difícil ya que lo pondrán en práctica, pero deben recordar que todo lo que se propusieron es para cuidarse y sentirse mejor, los beneficios son muchos, deben enfocarse en eso. También es necesario que se comprometan a que, en caso de que no puedan realizar los cambios o se les olvidó cuidar las porciones, hagan uso de las consecuencias que se asignaron, sólo ustedes son los responsables de su vida diaria y de cómo la manejan a su favor, les pediré que lleven a cabo su planeación durante esta semana, junto con los registros que entregan semanalmente. La siguiente sesión revisaremos cómo les fue y cómo se sintieron durante la ejecución de las actividades, por último, la plantilla que llenaron hoy deben tenerla en todo momento, no olviden traerla la siguiente semana para revisión”.

Al terminar, el psicólogo preguntará si existen dudas sobre lo que se acaba de explicar. Hará énfasis en la importancia de los cuatro pasos de la técnica y del compromiso que deben tener al momento de aplicarla. Dará por terminada la sesión.

Sesión 4

Carta descriptiva sesión 4

Objetivo	Actividad	Materiales	Duración
	Repaso sesión anterior y revisión de registros semanales		30 minutos
<i>Particular</i> 3.5. Aplicarán la técnica de autocontrol a un caso ficticio.	-Caso ficticio	Hojas de papel, plumones	40 minutos

	-Repaso general y cierre del taller		20 minutos
--	-------------------------------------	--	------------

Actividad. Repaso sesión anterior y revisión de registros

Al iniciar la sesión, el psicólogo pedirá los registros de la semana pasada, revisará algunos para comparar los avances que han tenido durante el tiempo que llevan de taller, resolverá dudas e invitará a que continúen registrando. También pedirá a cada uno que comente cómo les fue aplicando la técnica de autocontrol durante la semana, todos deberán participar mientras el psicólogo escribe la experiencia de cada participante, felicitarán a quienes siguieron su dieta en la semana y apoyarán a quienes no lograron seguirla, dependiendo las razones por las cuales rompieron la dieta, se hará énfasis en continuar con lo que se había planteado en un inicio e intentarlo de nuevo ésta semana, el psicólogo preguntará cómo se sintieron al llevarlo a cabo y si consideran que hay algo que puedan mejorar o cambiar en su planeación (o en la de otro participante) para lograr la meta que se habían propuesto. Después de hacer ajustes y resolver dudas, el psicólogo continuará con la siguiente parte de la sesión.

Actividad. Caso ficticio

Materiales. Hojas de papel, diagrama de pasos de la técnica, plumones

El psicólogo dará a cada participante una hora con un caso ficticio relacionado al seguimiento de la dieta, explicará lo siguiente:

“Les he dado una hoja con un caso ficticio, en él se describen algunas características del paciente relacionado con su forma de alimentarse y lo que hace que rompa su dieta. La actividad de hoy consiste en leer toda la información y aplicar la técnica de autocontrol para lograr que el paciente se adhiera a su régimen alimenticio. Recuerden aplicar los cuatro pasos en el orden correcto, pueden guiarse por el diagrama de foami que usamos la sesión anterior, primero deben identificar las situaciones problemáticas, después deben fijar una meta a cumplir, posteriormente la planeación con las estrategias y el uso de consecuencias que consideren pertinentes para después ser aplicadas. Si tienen dudas sobre el caso levanten la mano e iré a sus lugares para revisar, al terminar comentaremos lo que escribió cada uno”.

Evaluación

La evaluación se tomará con la descripción de la técnica en el caso ficticio. Se hará revisión individual.

Criterio de logro

Los participantes deberán seguir los cuatro pasos de la técnica en el orden correcto y debe corresponder con la información del paciente ficticio.

Actividad. Repaso general y cierre del taller

El psicólogo pedirá a cada participante que mencione lo que más le gustó del taller, lo que aún se le complica (si es el caso) y lo que aprendió durante las semanas. Al tratarse de la última sesión, el psicólogo expresará la importancia de seguir usando los registros para que puedan llevar un mejor control de lo que está pasando cada semana, incluso, si es posible, tener sus metas y planeaciones en un papel bond o material más grande para pegarlo en casa donde puedan verlo constantemente. Mencionará que es un trabajo constante, por lo que seguir el compromiso fuera del taller es indispensable, los cambios podrán notarse conforme el trabajo de los participantes.

Recordará que para adquirir un hábito, es necesario que lo lleven a cabo frecuentemente, esto incluye también hábitos saludables, si la técnica es aplicada correctamente y en un periodo de tiempo amplio, es probable que los hábitos que adquirieron ya no impliquen esfuerzo y permitan seguir la dieta. Es importante notar las diferencias entre romper la dieta y alimentarse de forma saludable, los participantes deben evaluar cómo se sienten al comer mejor, si es posible pesarse una vez por semana o tomar medidas de glucosa en sangre. Por último, pedirá que den un aplauso por su esfuerzo y dará por terminado el taller.

Periodo de seguimiento

Se realizará una sesión de seguimiento un mes después de haber concluido el taller para saber el estado actual de los participantes y comentar si han existido cambios favorables con respecto al seguimiento de su dieta. Si el psicólogo detecta que el participante muestre problemas para aplicar los pasos de la técnica de forma efectiva, realizará una charla de retroalimentación individual para proporcionar la información pertinente o algunos ejercicios que considere viables para la persona.

Conclusiones

La salud siempre ha sido un tema de relevancia mundial, en especial aquellas que tienen mayor incidencia o cuyas características afectan a la persona de una forma grave.

En el caso de la Diabetes Mellitus tipo 2, se trata de un padecimiento cada vez más frecuente en México, genera altos costos y su prevalencia es alarmante, sin contar con que la mayoría de las personas que viven con Diabetes muestran un nivel socioeconómico bajo o medio y se acompaña de otro problema también preocupante, la obesidad.

Se mencionó en el primer capítulo que es una enfermedad crónica, sin cura pero tratable y si el paciente mantiene los niveles de glucosa en orden, la calidad de vida del paciente puede mejorar, por el contrario, también se revisaron las complicaciones si el paciente no toma las precauciones necesarias, se generan consecuencias que no podemos pasar por alto. Tener los medicamentos correctos acompañados de una buena alimentación y ejercicio se tornan importantes para el individuo.

Se necesita de un trabajo multidisciplinario para tratar dicha enfermedad, desde médicos, nutriólogos, oftalmólogos, hasta psicólogos, ya que la salud, como se explicó, tiene una dimensión psicológica, que es el comportamiento. En el área de la salud (como se revisa en el segundo capítulo), el psicólogo debe encargarse de la promoción de la salud, esto es, de dotar al paciente de información o conocimiento que le permita adoptar estilos de vida saludables; la prevención de la enfermedad mediante la modificación de hábitos que no son benéficos para el paciente; el acompañamiento con otros especialistas durante el tratamiento de la enfermedad y, la evaluación donde se estudian los resultados obtenidos.

El Modelo Psicológico de la Salud Biológica, el cual sustenta este trabajo permite analizar todos los factores que afectan la salud, desde el proceso, es decir, desde la historia de experiencias de cada paciente con objetos, eventos, circunstancias y otras personas, hasta sus conductas instrumentales concretas. El modelo plantea la dimensión psicológica de la salud como una serie de interacciones que afectan o se ven afectadas por dimensiones biológicas. Este proceso y su resultante llevan, en el plano psicológico, al estado de salud o a la aparición de patología biológica.

Se debe resaltar que el modelo evita plantear variables que se preestablecen como causas de la enfermedad, entiende la enfermedad de una manera integral continua, como un proceso compuesto por la interacción no lineal de diversos elementos psicológicos. Por ello

orienta la acción profesional y distingue tres niveles de prevención, de acuerdo a los elementos de proceso o resultantes que deben ser modificados.

Como se mostró, este trabajo parte de que la adherencia a la dieta es una de las conductas asociadas a enfermedad que deben ser modificadas y que, para establecer comportamientos de adherencia se deben alterar diversos elementos en la conducta del paciente; sin embargo, aquí se hace una propuesta para establecer un conjunto de habilidades que se requieren para el logro de esta meta y que solamente forman parte de las estrategias que deben seguirse para lograrla.

Así, con base en criterios funcionales, la propuesta de intervención desarrollada en este trabajo retoma la técnica de Autocontrol. Esta técnica permite alterar conducta propia, valiéndose de la alteración de funciones disposicionales de algunos elementos del medio y de funciones disposicionales en el comportamiento de otras personas. Si bien, no es el único cambio que se requiere, sí es uno de los elementos que han estado descuidados por la literatura y de acuerdo a algunos autores (Glasgow, Toobert & Hampson, 1996; Durán, López, González, Segade & Ventosa, 2010; Pantoja, Domínguez, Moncada, Reguera, Pérez & Mandujano, 2011) los pacientes refieren como obstaculizadores del apego a su plan alimenticio. Poseer habilidades de autocontrol permite a los pacientes convertirse en reguladores de su propio comportamiento en diversas situaciones y frente a diversos objetos, de acuerdo con sus necesidades.

El control de la enfermedad es un trabajo constante. La técnica muestra una alternativa para la planeación y ejecución de soluciones que el paciente debe incluir como parte de su vida cotidiana y tratamiento de la enfermedad, pues éstas le permitirán adoptar hábitos saludables y mejorar su calidad de vida.

Referencias

- American Diabetes Association. (2013). Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes care*, (36), 11-66.
- Anda, J. C. y Nellen, H. (2009). Neuropatía diabética. En M. Castro, C. Aguilar, M. Liceaga y S. Hernández. *Complicaciones crónicas en la diabetes mellitus* (pp. 160-171). México: Alfil.
- Avendaño, M. y Barra, E. (2008). Autoeficacia, apoyo social y calidad de vida en adolescentes con enfermedades crónicas. *Terapia Psicológica*, 26 (2), 165-172.
- Bandura, A. (1978). The self system in reciprocal determinism. *American Psychologist*, 33 (4), 344-358.
- Bandura, A. y Walters, R. H. (1963). *Social learning and personality development*. New York: Rinehart & Winstone.
- Bermúdez, M., Herencia-Leva, A. y Uribe, A. (2009). Versiones fuerte y débil del modelo de información-motivación-habilidades conductuales en la predicción del uso del preservativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41 (3), 587-598.
- Bourbeau, J., Julien, M., Maltais, F., Rouleau, M., Bégin, R., Renzi, P., Nault, D., Borycki, E., Schwartzman, K., Singh, R. y Collet, J. (2003). Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. *Archives International Med*, 163 (5), 585-591.
- Brady, J., Porter, R., Conrad, D., y Mason, J. (1958). Avoidance behavior and the development of gastroduodenal ulcers. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 1, 69-72.
- Brown, S. A., Garcia, A., Kouzekanani, K. y Hanis, C. (2002). Culturally competent diabetes self-management education for Mexican Americans: the Starr Country border health initiative. *Diabetes Care*, 25 (2), 259-268.

- Cabrera, A. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 18 (2), 129-138.
- Carpi, A., Breva, A. y Palmero, F. (2005). La teoría de la acción planeada y la reducción del estrés percibido para prevenir la enfermedad cardiovascular. *Anuales de psicología*, 21 (1), 84-91.
- Contreras, F., Jiménez, S., García, M., Rocafull, J., Montero, E., González, M., Ospino, N., Rodríguez, S., Fouilloux, C., Bolívar, A., Lezama, Y. y Velasco, M. (2001). Nuevos aspectos en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 20 (1), 6-26.
- Corbin, J. y Straus, A. (1988). *Unending work and care: Managing chronic illness at home*. San Francisco: Jossey Bass.
- Durán, S., Carrasco, E., y Araya, M. (2012). Alimentación y diabetes. *Nutrición Hospitalaria*, 27 (4), 1031-1036.
- Durán, C., López, D., González, A., Segade, X. y Ventosa, J. (2010). Evaluación del impacto de la implementación de un protocolo para el autocontrol de glucemia capilar en pacientes diabéticos tipo 2. *Cuadernos de atención primaria*, 17 (4), 249-253.
- Edmundson, E., Parcel, G., Elder, J., Perry, C., Johnson, C., Williston, B., Stone, E., Yang, M., Lytle, L. y Webber, L. (1996). The effects of the Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health upon psychosocial determinants of diet and physical activity behavior. *Preventive Medicine*, 25 (4), 442-454.
- Espejel, J. (2009). Pie diabético. En M. Castro, C. Aguilar, M. Liceaga y S. Hernández. *Complicaciones crónicas en la diabetes mellitus* (pp. 187-197). México: Alfil.
- Figuerola, D. (2011). *Manual de educación terapéutica en diabetes*. España: Díaz de Santos.

- García, H. (2009). Neuropatía diabética. En M. Castro, C. Aguilar, M. Liceaga y S. Hernández. *Complicaciones crónicas en la diabetes mellitus* (pp. 123-153). México: Alfil.
- Glasgow, R., Toobert, D. y Hampson, S. (1996). Effects of a brief office-based intervention to facilitate diabetes dietary self-management. *Diabetes Care*, 19 (8), 835-842.
- González, M., Sandoval, A., Román, S. y Panduro, A. (2001). Obesidad y diabetes mellitus tipo 2. *Investigación en Salud*, 3 (1), 54-60.
- Guerrero, J. M., Parra, L. R. y Mendoza, C. (2016). Autoeficacia y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 sometidos a hemodiálisis. *Rev Cubana Salud Pública*, 42 (2), 193-203.
- Hughes, C. y Lloyd, J. (1993). An analysis of self-managment. *Journal of Behavioral Education*, 3, 405-425.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2012) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales 2012. Recuperado de: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Jones, H., Edwards, L., Vallis, T., Ruggiero, L., Rossi, R., Rossi, J., Greene, G., Prochaska, J. y Zinman, B. (2004). Changes in diabetes self-care behaviors make a difference in glycemic control: the Diabetes Stages of Change (DiSC) study. *Diabetes Care*, 26 (3), 732-737.
- Jovicic, A., Holroyd-Leduc, J. y Straus, S. (2006). Effects of self-management intervention on health outcomes of patients with heart failure: a systematic review of randomized controlled trials. *Bio Medical Central*, 6 (43). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1660572/>
- Justo, I. y Orlandi, N. (2005). Diabetes y obesidad. Estudio en un área de salud. *Revista Cubana de Medicina Integral*, 21 (5). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000500006

- Kanfer, F. H. (1970). Self-monitoring: methodological limitation and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical applications*, (35), 148-152.
- Kantor, J. R. (1929). *An outline of social psychology*. Chicago: Follet.
- Karoly, P. (1993). Mechanisms of self-regulation: a systems view. *Annual Review of Psychology*, 44, 23-52.
- León, D., Zárate, L. O. y Rivera, E. A. (2011). Aplicación del autocontrol para el tratamiento del exceso de peso en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14 (2), 90-107.
- Lizcano, F. (2009). *Guía para manejo de urgencias: Tomo II*. Bogotá, Colombia: Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina.
- López, F., Peralta, I., Muñoz, M. y Godoy, J. (2003). Autocontrol y consumo de drogas. *Adicciones*, 15 (2), 127-136.
- Lorig, K. y Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26 (1), 1-7.
- Lorig, K., Ritter, P., Stewart, A., Sobel, D., Brown, B., Bandura, A., Gonzalez, V., Laurent, D. y Holman, H. (2001). Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Med Care*, 39 (11), 17-23.
- Lorig, K., Sobel, D., Stewart, A., Brown, B., Bandura, A., Ritter, P., Gonzalez, V., Laurent, D. y Holman, H. (1999). Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. *Med Care*, 37 (1), 5-14.
- Lugli, R. Z. (2011). Autoeficacia y locus de control: variables predictoras de la autorregulación del peso en personas obesas. *Pensamiento Psicológico*, 9 (17), 43-56.
- Lugli, R. Z. y Vivas, E. (2001). Trastornos de alimentación y control personal de la conducta. *Salud Pública de México*, 43 (1), 9-16.

- Mastellos, M., Gunn, L., Félix, L., Car, J. y Majeed, A. (2011). Transtheoretical model stage of change for dietary and physical exercise modification in weight loss management for overweight and obese adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 5 (2). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24500864>
- Medrano, M., Rojas, M., Serrano, K., Flores, L., Aedo, A. y López, M. (2014). Asociación del índice de masa corporal y el autocontrol con la calidad de vida relacionada con la salud en personas con sobrepeso/obesidad. *Psicología Avances de la disciplina*, 8 (1), 13-22.
- Morales, F. (1997). *Introducción a la psicología de la salud*. Hermosillo, México: UNISON.
- Moreno, E. y Gil, J. (2003). El modelo de Creencias de Salud: Revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *International Journal of psychological therapy*, 3 (1), 91- 109.
- Norma Oficial Mexicana. (2010). *Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus*, [Tabla]. Recuperado de: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010
- Oblitas, L. (2008). Psicología de la Salud: Una ciencia del bienestar y felicidad. *Revista Av. Psicol*, 16 (1), 9-38.
- Olivares, J. y Méndez, F.X. (2001). *Técnicas de modificación de conducta*. Barcelona: Biblioteca Nueva.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Diagnóstico y monitorización de la Diabetes Mellitus tipo 2 desde el laboratorio*, [Tabla]. Recuperado de: http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590483_spa.pdf
- Ortiz, M. y Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista médica de Chile*, 135 (5), 647-652.
- Páez, L., Cárdenas, A. y Poveda, B. (2010). Identificación de la adherencia al tratamiento nutricional aplicando el modelo de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en un

- grupo de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidas en la Asociación Colombiana de Diabetes. *Dieta*, 28 (133), 17-23.
- Pantoja, C., Domínguez, M., Moncada, E., Reguera, M. E., Pérez, M. y Mandujano, M. (2011). Programa de entrenamiento en habilidades de autocontrol alimenticio en personas diabéticas e hipertensas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14 (1), 98-115.
- Pérez, E. y Bautista, S. (2008). Susceptibilidad percibida de Diabetes Mellitus en adultos no diagnosticados. *Revista Psicológica Científica*, 17. Recuperado de: <http://www.psicologiacientifica.com/diabetes-mellitus-susceptibilidad-percibida/>
- Piña, J. (2008). Variaciones sobre el modelo psicológico de salud biológica de Ribes: justificación y desarrollo. *Universitas Psychologica*, 7 (1), 19-32.
- Piña, J. y Rivera, B. (2006) Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su Qué y su Para Qué. *Universitas Psychologica*, 5 (3), 669-679.
- Rentería, A. (2012). Autocontrol. En P. Valladares y A. Rentería. *Psicoterapia cognitivo-conductual: Técnicas y procedimientos* (pp.133-164). México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Rezk, M. (1976). Auto-control: nociones básicas e investigación fundamental. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 8 (3), 387-397.
- Ribes, E. (2011). *Psicología y Salud: Un análisis conceptual*. México: Trillas.
- Ribes, E. y López, F. (1985). *Teoría de la conducta: Un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas.
- Ribes, E., Díaz-González, E., Rodríguez, M. L. y Landa, D. (1986). El Análisis Contingencial: una alternativa a las aproximaciones terapéuticas del comportamiento. *Cuadernos de Psicología*, 8, 27-52.
- Rocabrana, R. (2009). Coma hiperosmolar. *Revista cubana de cirugía*, 48 (1). Recuperado de:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932009000100017

- Rodríguez, M. L. (2014). *Análisis Contingencial*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Rodríguez, G. y Palacios, J. (1989). Algunas consideraciones sobre la psicología de la salud en México. En J. Urbina. *El Psicólogo. Formación, ejercicio profesional, prospectiva* (pp. 473-482). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Roldán, A., Ojeda, G. y Roldán, E.A. (2011). Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 54 (1), 28-40.
- Rosenstock, I. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335.
- Ryle, G. (1949). *El concepto de lo mental*. Argentina: Paidós.
- Sallis, J. F., Pinski, R. B., Grossman, R. M. y Patterson T. L. (1988). The development of self-efficacy scales for health-related diet and exercise behaviors. *Preventive Medicine*, 16 (6), 825-836.
- Samaniego, R. y Álvarez, J. (2007). Tipo de alimentación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: una muestra en Monterrey (México). *Psicología y Salud*, 17 (002), 277-282.
- Sanz, S. I. y Bascones, M. A. (2009). Diabetes mellitus: Su implicación en la patología oral y periodontal. *Avances en Odontoestomatología*, 25 (5), 249-263.
- Schunk H. D. (2008). *Teoría del aprendizaje*. México: Pearson Education.
- Skinner, B. F. (1970). *Ciencia y conducta humana*. Una psicología científica. España: Fontanella.
- Stephoe, A. (1989). The significance of personal control in health and disease. En A. Steptoe y A. Apples. *Strees, personal control and health* (pp. 309-319). Bruselles: John Wiley & Sons.

- Stone, G. (1979). Psychology and health system. En George, S., Frances, C. y Nancy, A. *Health Psychology* (pp. 47-75). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Tébar, M., y Escobar, J. (2009). *La Diabetes en la Práctica Clínica*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.
- Torres, I. y Beltrán, F. J. (1996). *La Psicología de la Salud: campos y aplicaciones*. Xalapa. México: Universidad Veracruzana.
- Torres, A. y Zacarías, R. (2002). Nefropatía diabética. *Revista Hospital General M Gea González*, 5 (1), 24-32.
- Quintana, A., Merino, J., Merino, P. y Cea, J. (2008). Variables psicosociales asociadas a comprensión metabólica de pacientes diabéticos 2. *Revista médica de Chile*, 136 (8), 1007-1014.
- Wilson, W., Ary, D., Biglan, A., Glasgow, R., Toobert, D. y Campbell, D. (1986). Psychosocial predictors of self-care behaviors and glycemic control in non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 9 (6), 614-622.

ANEXO 1

Instrucciones

A continuación se muestran diez frases, lee cada una y tacha la V si crees que es verdadero, o F si crees que es falso.

1. Tener autocontrol de lo que consumo ayuda a mi salud (V) (F)
2. No necesito cuidarme, de todos modos ya tengo una enfermedad (V) (F)
3. Puedo comer bien entre semana y lo que yo quiera sábado y domingo (V) (F)
4. Tener horarios para comer es buena opción para controlarme (V) (F)
5. La dieta puede romperse (V) (F)
6. Autocontrol significa que yo mismo estoy a cargo de mi alimentación (V) (F)
7. Es imposible dejar de comer como lo hago actualmente (V) (F)
8. Mi rutina no me permite cambiar la forma en que me alimento (V) (F)
9. El autocontrol me permite adquirir habilidades para cuidarme (V) (F)
10. Si genero cambios hoy, evitaré complicaciones de la enfermedad (V) (F)

ANEXO 2

Instrucciones.

A continuación se muestran diez preguntas con opciones de respuesta múltiple. Lee cada una y subrayar la opción que considere correcta.

1. Restaurantes, puestos de comida y cocina son ejemplos de:

- a) Hábitos b) Objetos c) Lugares d) Circunstancia social

2. Cocinar con mucho aceite es ejemplo de:

- a) Objetos b) Emociones c) Hábitos d) Lugares

3. Cuando uso el celular no me doy cuenta de lo que como, se refiere a:

- a) Circunstancia social b) Lugares c) Hábitos d) Objetos

4. Tener la costumbre de comer ciertos alimentos, es ejemplo de:

- a) Objetos b) Hábitos c) Lugares d) Emociones

5. Cuando estoy triste no me dan ganas de comer nada, se refiere a:

- a) Emociones b) Objetos c) Lugares d) Circunstancia social

6. Si mi familia me invita a comer es seguro que rompa la dieta, es ejemplo de:

- a) Hábitos b) Objetos c) Circunstancia social d) Lugares

7. Tener una máquina expendedora en tu trabajo y comprar todo el tiempo:

- a) Lugares b) Emociones c) Hábitos d) Objetos

8. Si voy al cine termino comiendo palomitas y refresco, es ejemplo de:

- a) Objetos b) Hábitos c) Lugares d) Emociones

9. Por estar preocupada excedí mis porciones de alimentos, es ejemplo de:

- a) Circunstancia social b) Emociones c) Hábitos d) Objetos

10. Trato de seguir la dieta pero no puedo comer solamente una pieza de pan, siempre como 2 piezas, es ejemplo de:

- a) Objetos b) Hábitos c) Circunstancia social d) Emociones

ANEXO 3

Nombre	Fecha						
Registro							
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Hábitos							
Lugares							
Objetos							
Estados Emocionales							
Circunstancia Social							

ANEXO 4

Nombre		Fecha	
Mi plan de trabajo			
¿Qué hace romper la dieta?			
Hábitos		Lugares	
Objetos		Estados Emocionales	
Circunstancia Social			

ANEXO 4 (REVERSO DE LA HOJA)

Mi meta es :

Planeación :
