



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**"Estado del arte de la técnica de Solución de Problemas en
pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2: un análisis"**

T E S I S I N A

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A (N)

Alan Alberto Navarro Basurto

Directora: Dra. María de Lourdes Rodríguez Campuzano

Dictaminadores: Mtra. Norma Yolanda Rodríguez Soriano

Lic. Antonio Rosales Arellano

Los Reyes Iztacala, Edo de México, septiembre 2018





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, quienes, a su muy particular manera, me guiaron y formaron para convertirme en un profesionista, un hombre y servir a la sociedad. A Viridiana, quien en múltiples ocasiones me brindó apoyo incondicional para la realización de diversos trabajos académicos. A Laura quien me brindó la información oportuna para el ingreso al curso por el que pude ingresar a la licenciatura. A Carlos quien, sin saberlo, fungió ocasionalmente como conejillo de indias para mis escasos conocimientos en modificación conductual y soportó innumerables ocasiones mi pedantería. A Jorge quien me dio ánimos a la distancia. A Guillermo Basurto, quien a base de raras enseñanzas y otro tipo de estímulos, apoyó la finalización de mi carrera.

A mis inseparables amigos, compañeros de múltiples batallas a diferentes niveles. A Lalo, quien, en incontables noches de tertulias, al calor de la bebida, los humos y unas tortas al pastor con queso, charlamos sobre música, poesía, psicología, ciencia y demás embrollos de los cuales ignoramos tanto. A mis hermanas de otras madres, Paola y Daniela, con quienes me embarqué a múltiples aventuras (como el de este manuscrito, por ejemplo) en las cuales el motor siempre fue la risa, pero el objetivo final siempre fue saber un poquito más de lo que andábamos haciendo en psicología. A Verónica Luna, que me regañó, orientó y brindó apoyo incondicional cuando más lo necesité. A Iván, Yair, Alberto, guerreros en las fiestas y proyectos que concluyeron de forma súbita. Hay quienes no aparecen, pero saben que cuento con ustedes y contarán conmigo cuando fuese necesario.

Al programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) IT 300114 por la oportunidad de realizar investigación con la finalidad de mejorar las herramientas de trabajo y servir a las comunidades.

A la Dra. Mayu, quien tuvo infinita paciencia en la entrega final de este trabajo, el cual contará, naturalmente con erratas que futuras investigaciones dilucidarán, pero se realizó con mucho corazón. Mil gracias. A profesores como Samuel Bautista, Héctor Silva, Claudio Carpio, quienes vieron algo en mí y me involucraron en un par de proyectos que impulsaron mi formación más allá de las

aulas. Inevitable, con todo y tropiezos, el agradecimiento a “JC” quien impulsó aún más mi carrera profesional y dio valiosas lecciones.

Especial dedicación a mi pareja, a mi futura compañera de vida, Moni, mi prometida, quien me jaló las orejas en repetidas ocasiones para finalizar este proyecto, que, en medio de la nada había olvidado, que circunstancias adversas me inclinaron por caminos distintos y que retrasaron esta entrega. Sin ti esto no sería posible y agradezco me hayas impulsado a terminar.

ÍNDICE

Introducción	1
Capítulo 1. Diabetes.	3
1.1. Tipos de diabetes.	4
1.2. Diabetes mellitus tipo 2	5
Capítulo 2. Psicología y salud.	10
2.1. Modelo de creencias de la salud	11
2.2. Modelo de acción razonada	12
2.3. Modelo transteórico	13
2.4. Modelo de autoeficacia	14
Capítulo 3. El modelo psicológico de la salud de Ribes.	16
3.1. El proceso psicológico de la salud	17
3.1.1. La historia interactiva del individuo	17
3.1.2. La modulación de los estados biológicos	19
3.2. Los resultantes del proceso	19
3.2.1. La vulnerabilidad biológica	19
3.2.2. Las conductas instrumentales de riesgo y prevención	20
3.2.3. La patología biológica y comportamientos asociados	22
Capítulo 4. Técnica de solución de problemas: un análisis interconductual.	28
4.1. La técnica en solución de problemas en administración	29
4.2. La técnica en solución de problemas en psicología	33
4.3. Investigaciones	38
4.4. Breve análisis a la luz del estado del arte	46
4.5. Propuesta de uso de la técnica con criterios funcionales	55
Conclusiones	82
Referencias	84

INTRODUCCIÓN

La diabetes es un problema mundial que mata y discapacita a las personas en su edad productiva, empobreciendo a las familias o reduciendo la esperanza de vida de las personas mayores. La carga de diabetes drena los presupuestos sanitarios nacionales, reduce la productividad, frena el crecimiento económico, genera gastos exorbitantes en hogares vulnerables y sobrecarga los sistemas sanitarios. Para salvar vidas y prevenir o retrasar significativamente las complicaciones relacionadas con la diabetes, es necesario que se produzcan cambios en el estilo de vida de toda la población, además de fomentar la detección, el diagnóstico y un tratamiento precoz económicamente eficaz contra dicha afección (Federación Internacional de Diabetes, 2017).

La diabetes se divide principalmente en tipo 1 y tipo 2. En el caso particular del tipo 2, los especialistas coinciden en que una forma de tratamiento para reducir los niveles de glucosa es a través de una dieta rigurosa, y, dado que alimentarse es una conducta, entran muchos factores de corte psicológico que pueden ser tratados para llevar un mejor estilo de vida al vivir con la enfermedad.

En psicología hay una gran diversidad de autores que tratan de abordar los fenómenos a través de diversos modelos, muchos de ellos sin sustento teórico y utilizando herramientas pertenecientes a otras corrientes, por lo que los tratamientos se vuelven eclécticos y surgen de la necesidad primaria de atender a los pacientes y no de un *corpus* científico, que devenga en modelos de interfase para el desarrollo de tecnologías.

En el presente trabajo se hace una revisión de la literatura para analizar el estado del arte del uso de la técnica de Solución de problemas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, y qué efectos han tenido en los diferentes pacientes, y se realizará un análisis a la luz de la teoría interconductual y, particularmente, a través de modelo de la salud biológica de Ribes (1990).

En el capítulo 1 se da una breve revisión de lo que es la diabetes, sus tipos y qué incidencias tiene actualmente en México. En el capítulo 2 se abordan las diferentes perspectivas que conforman el ámbito de la psicología de la salud. En el capítulo 3 se toma como referencia el modelo psicológico de la salud biológica de

Emilio Ribes (1990) y se da una breve explicación del modelo, para tomarse como eje rector del análisis. En el capítulo 4 se presentan las características de la técnica en solución de problemas, se abordan de manera amplia los diferentes estudios que se han realizado con pacientes diabéticos, sus principales logros y se hace un breve análisis a la luz de la teoría de la conducta de algunos aciertos y errores en las investigaciones, así como también se sugieren investigaciones que procuren ahondar más en aspectos específicos de la conducta individual al momento de adherirse a un tratamiento terapéutico.

CAPÍTULO 1. DIABETES

Las enfermedades crónicas degenerativas constituyen una de las primeras causas de muerte a nivel mundial destacando entre este tipo de padecimientos la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2), la cual representa un problema importante de salud asociado a la mortalidad y la morbilidad excesiva (Martínez, et. al., 2008). La prevalencia de este desorden en todo el mundo se duplicará en los próximos 25 años (Chiasson, Josse, Gomis, Hanefeld, Karasik & Laakso; 2002). En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2016 en Rojas-Martínez, Basto-Abreu, Aguilar-Salinas, Zárate-Rojas, Villalpando & Barrientos-Gutiérrez, 2018) se encontró que la prevalencia de diabetes en el país pasó de 9.2% en 2012 a 9.4% en 2016, en esta población hay más mujeres diabéticas (10.3%) que hombres (8.4%). Esta tendencia se observa tanto en localidades urbanas (10.5% en mujeres y 8.2% en hombres) como en rurales (9.5% en mujeres, 8.9% en hombres). De los adultos ya diagnosticados con diabetes mellitus 87% recibe tratamiento de control; el uso de insulina aumentó de 6.5% a 11.1% y el uso combinado con otros antidiabéticos también tuvo un incremento significativo. La misma encuesta menciona que a dos de cada 10 adultos con diabetes se les realizó revisión de pies, a pesar de que el pie diabético es la primera causa de amputación de miembros inferiores y su revisión es recomendada para todos los pacientes. Otro dato abrumador es que la medición de la hemoglobina glicosilada se realizó únicamente a 15.2% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 encuestados y 46.4% no llevaba a cabo ninguna medida preventiva para retrasar o evitar complicaciones.

El desafío para la sociedad y los sistemas de salud es enorme, debido al costo económico y la pérdida de calidad de vida para quienes padecen diabetes y sus familias, así como por los importantes recursos que requieren en el sistema público de salud para su atención. Los estilos de vida poco saludables son altamente prevalentes entre niños, adolescentes y adultos mexicanos, propiciando un aumento importante de la obesidad y sobrepeso, principal factor de riesgo modificable de la diabetes (Hernández-Ávila, Gutiérrez & Reynoso-Noverón, 2013).

Los datos analizados por Jiménez-Corona, Aguilar-Salinas, Rojas-Martínez y Hernández-Ávila (2013), con base en la ENSANUT 2012, señalan que la prevalencia de diabetes por diagnóstico previo se duplicó del 2000 al 2012, con un comportamiento similar por sexo, tipo de localidad y nivel socioeconómico. Este fenómeno da cuenta del efecto de la adopción de cambios desfavorables en el estilo de vida, como sedentarismo, obesidad y dieta inadecuada, mismos que están estrechamente relacionados con la epidemia actual de diabetes tipo 2 en el mundo.

En el año 2016, la prevalencia de diabetes diagnosticada fue de 9.4%. Esto representa un incremento de 2.2%, no significativo, respecto de 2012, menor al observado en el periodo de 2006 a 2012, cuando el incremento fue de 31.4%. De 2012 a 2016, el mayor incremento en dicha prevalencia se observó en el grupo de 60 años y más, lo que sugiere que el diagnóstico se sigue haciendo de forma tardía o que los pacientes se están envejeciendo. La prevalencia de diabetes diagnosticada fue mayor en adultos con sobrepeso u obesidad, con hipertensión, colesterol alto y con escolaridad baja o nula (Rojas-Martínez, Basto-Abreu, Aguilar-Salinas, Zárate-Rojas, Villalpando & Barrientos-Gutiérrez, 2018).

La diabetes es una enfermedad que se caracteriza por valores elevados de glucemia a causa de un defecto en la producción o la acción de la insulina. (Holmes, Robinson & Tscheschlog, 2007). La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que es de carácter crónico y que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce (OMS, 2014). Bajo los criterios de la OMS, la Diabetes se divide principalmente en tres tipos:

- Diabetes tipo 1

La diabetes tipo 1 (también llamada insulino dependiente, juvenil o de inicio en la infancia) se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona. Se desconoce aún la causa de la diabetes de tipo 1, y no se puede prevenir con el conocimiento actual.

Aunque puede aparecer en cualquier momento antes de los 30 años, suele diagnosticarse en la infancia. El páncreas produce una cantidad escasa o nula de insulina. Este tipo suele darse en las personas de etnicidad blanca.

Los factores que se asocian a la enfermedad pueden ser ambientales, genéticos o autoinmunitarios. (Holmes, Robinson & Tscheschlog, 2007). Es por ello que la Diabetes Mellitus tipo 1 se divide en dos tipos:

1. Idiopática. Está constituida por algunas formas de diabetes tipo 1 donde no se conoce la etiología, ni se asocia a los antígenos HLA. Algunos pacientes tienen insulinopenia permanente y son propensos a la cetoacidosis, pero no existe evidencia de autoinmunidad, solo una minoría de los pacientes tipo 1 caen en esta categoría, muchos de ellos de origen africano o asiático (Alpizar, Trujillo, Gutiérrez y Sánchez, 2011).

2. Autoinmune. Se produce por una destrucción de las células- β del páncreas, mediado por un mecanismo de autoinmunidad. Los marcadores inmunológicos de la destrucción de la célula β incluyen anticuerpos contra las células del islote pancreático, autoanticuerpos contra la insulina, autoanticuerpos contra la decarboxilasa del ácido glutámico y autoanticuerpos contra las fosfatas de la tirosina IA-2 e IA-2 β . Una vez que se destruyen, como mínimo el 80% de las células β es cuando se detecta la enfermedad (Alba, Verdaguer & Vives-Pi, 2004).

- Diabetes de tipo 2

La diabetes de tipo 2 (también llamada no insulinodependiente o de inicio en la edad adulta) se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa el 90% de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física.

Los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes de tipo 1. Las personas que padecen la enfermedad tienen resistencia a la insulina y generalmente tienen deficiencia relativa de insulina. Ambos momentos deben estar presentes en un momento para que se eleve la glicemia. El exceso de peso sugiere la presencia de resistencia a la insulina mientras que la pérdida de peso sugiere una reducción progresiva en la producción de la hormona.

Es habitual que esta forma de diabetes no sea diagnosticada por muchos años ya que la hiperglicemia se desarrolla gradualmente y al principio no es lo suficientemente severa para producir los síntomas característicos de la diabetes;

tienden a desarrollar complicaciones macrovasculares y microvasculares (Contreras, 2004).

Los síntomas que se presentan primordialmente en la diabetes, según Cañadell (1980) son:

- o Polidipsia. Los diabéticos presentan demasiada sed y pueden llegar a beber de cinco a seis litros de agua al día.

- o Poliuria. Orinar más cantidad de lo normal es la consecuencia del esfuerzo que hace el organismo para eliminar el azúcar inaprovechable y es la causa directa de la polidipsia.

- o Polifagia. Hambre constante a causa de la deficiencia para absorber la energía que el cuerpo requiere.

- o Pérdida de peso. Los diabéticos presentan este síntoma que indica que no existe una adecuada asimilación de energía por lo que el cuerpo comienza a tomar tejido graso y muscular para mantener las funciones.

- o Cansancio. Implica los procesos anteriores, en donde no existe una absorción de glucosa que implica que el organismo se encuentre constantemente en estado

- o Impotencia sexual. Las cavidades sanguíneas tienden a saturarse de glucosa por lo que resulta imposible que la sangre fluya por el miembro sexual masculino, impidiendo que exista una erección.

- o Frigidez. En el caso de las mujeres existe falta de sensibilidad en el órgano sexual por la falta de flujo sanguíneo en el área erógena.

- **Diabetes gestacional**

La diabetes gestacional es un estado hiperglucémico que aparece o se detecta por vez primera durante el embarazo.

Sus síntomas son similares a los de la diabetes de tipo 2; sin embargo, suele diagnosticarse mediante las pruebas prenatales (Belmar, et. al., 2004).

Para fines de este trabajo, se hablará particularmente de la Diabetes Mellitus tipo 2 que es la que presenta mayor incidencia en México y, como se refirió, es la que mayores muertes causa y la que tiene un mayor costo en la atención a los pacientes, además que es aquella que puede ser controlada a través de la dieta y

planes nutricionales que, de inicio, es lo que se le da al paciente diabético para evitar los síntomas de la enfermedad (Contreras, 2004).

El Instituto Mexicano del Seguro Social brinda atención a cerca de 50 millones de personas, y proporciona aproximadamente 70 millones de consultas anuales, de las cuales 12% corresponde a paciente con diabetes mellitus tipo 2 y menos del 30% de los pacientes diabéticos que reciben atención rutinaria en las unidades de medicina familiar se encuentra en control glucémico (Pérez-Cuevas, Reyes-Morales, Flores-Hernández & Wachter-Rodarte; 2006).

Los factores de riesgo asociados a padecer diabetes mellitus tipo 2 se dividen básicamente en dos tipos, los modificables y los no modificables (Alpizar, 2001). Entre los primeros encontramos según Holmes, Robinson y Tscheschlog (2007):

- Herencia (tener una familiar que padezca o haya padecido diabetes).
- Edad superior a los 45 años.
- El grupo étnico (ser latino).
- Haber nacido con un peso > 4Kg.

Entre los segundos, los autores mencionan los siguientes:

- Obesidad y sobrepeso.
- Hipertensión.
- Triglicéridos altos.
- Colesterol.
- Sedentarismo.
- Tabaquismo.
- Altos niveles de estrés.

Se ha demostrado la estrecha relación entre obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, litiasis vesicular y osteoartrosis, que a su vez ocasionan mayor gasto en los sistemas de salud, incrementan los días laborales perdidos, reducen la calidad de vida e incrementan la mortalidad en la población, por lo que un cambio en los hábitos alimenticios es fundamental para prevenir la enfermedad (Luna-Ruiz, Rangel-Vázquez, Guizar-Mendoza & Amador-Licona; 2007).

Los estilos de vida poco saludables son altamente prevalentes entre niños, adolescentes y adultos mexicanos, propiciando un aumento importante de la

obesidad y sobrepeso, principal factor de riesgo modificable de la diabetes (Hernández-Ávila, Gutiérrez & Reynoso-Noverón, 2013).

Algunas consecuencias de padecer diabetes mellitus tipo 2 son que el aumento de la glucemia daña los vasos sanguíneos y los nervios provocando vasculopatía (la alteración de la capacidad que tienen las arterias de conducir la sangre hacia el resto del cuerpo) y neuropatía (lesiones en los nervios), disminuye la capacidad del organismo para combatir las infecciones y diversas enfermedades. Otras consecuencias de la diabetes son las enfermedades cardiovasculares, oculares (retinopatía), renales, del sistema nervioso, la amputación y enfermedad periodontal (Holmes, Robinson & Tscheschlog, 2007).

Es importante que los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 frecuentemente revisen sus niveles de glucosa ya que son un indicador del progreso de su enfermedad y, asimismo, un índice de cómo controlan la misma. Se sabe que un tratamiento intensivo de la diabetes mellitus dirigido a conseguir un buen control metabólico, retrasa la aparición y progresión de las complicaciones de la enfermedad; sin embargo, existe un alto nivel de descontrol de los niveles de glucemia (Gómez, Zuñiga, García & Couttolenc, 2002).

Con respecto al cuidado del paciente diabético Gil-Velázquez, Sil-Acosta, Aguilar-Sánchez, Echevarría-Zuno, Michaus-Romero y Torres-Arreola (2013) mencionan que es mejor que se cambie el estilo de vida haciendo ejercicio físico y siguiendo una dieta rigurosa, ya que se ha encontrado que el seguir un tratamiento médico es menos efectivo para prevenir la enfermedad, lo que ocasiona un mayor gasto al consumir fármacos y un riesgo de padecer la enfermedad en un 58%.

La Diabetes está íntimamente ligada a la obesidad, debido a que el proceso de absorción de la glucosa a través de la insulina que permite su paso al interior de las células se impide debido a los altos niveles de grasa que obstruyen el proceso. Cabe mencionar que el padecimiento está ligado a una disminución de la calidad de vida entendida como una disminución y deterioro de las actividades que realizan las personas cotidianamente. Las características sociodemográficas como el nivel educativo bajo, la edad mayor de 50 años y el tiempo de evolución de la enfermedad

de más de cinco años, son factores de riesgo asociados al deterioro de la calidad de vida.

Al respecto, Ríos, Sánchez, Barrios y Guerrero (2004) mencionan que principalmente se deterioran las relaciones sexuales a causa de la neuropatía, que es la afectación de los nervios debido a los altos índices de glucosa en la sangre, por ello existe en el paciente diabético la disfunción eréctil y por ello una falta de interés por dichos síntomas.

La participación de la familia se ha considerado de bastante relevancia para el cuidado del diabético, además de la alta probabilidad de algún miembro dentro de ella para padecer la enfermedad. El estudio de Quiroz, Castañeda, Ocampo, Pérez y Martínez (2002) demuestra cómo las familias carecen de conocimientos y habilidades necesarias para afrontar la diabetes mellitus tipo 2, por lo que se convierte en una prioridad el elaborar cursos y talleres que involucren a miembros de toda la familia para hacer de la calidad de vida del paciente y de ellos adecuada.

El apego al tratamiento terapéutico es bajo en los pacientes diabéticos, y en particular se ha encontrado que el nivel socioeconómico es uno de los factores fundamentales para el apego a dicho tratamiento (Durán-Varela, Rivera-Chavarria & Franco-Gallegos; 2000). Los programas educativos, refieren los autores, pueden ayudar en gran medida a contrarrestar dicha situación para que este sector poblacional reciba un tratamiento adecuado y las personas se puedan adherir a él.

A pesar de que en los últimos años el sector salud ha incrementado las acciones preventivas para evitar el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, apoyándose en instrumentos como PrevenIMSS, PrevenISSSTE y la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes; la prevalencia de factores de riesgo de diabetes tipo 2 como la obesidad, continúan aumentando entre los adultos mexicanos (Rojas-Martínez, Basto-Abreu, Aguilar-Salinas, Zárate-Rojas, Villalpando & Barrientos-Gutiérrez, 2018).

CAPÍTULO 2. PSICOLOGÍA Y SALUD

La diabetes es un problema que ha sido abordado por diferentes disciplinas, desde la tecnología médica hasta las investigaciones científicas. En este caso, la psicología también ha aportado elementos para entender el problema, esto se ha hecho desde lo que se denomina psicología de la salud. Ésta es definida por Stone (1988) como cualquier uso del conocimiento psicológico en cualquier demanda del sector salud; Bayés (1979) por su parte la define como un área interdisciplinaria que abarca el desarrollo e integración del conocimiento y técnicas de las ciencias del comportamiento y la biomédica para la total comprensión del proceso de salud y enfermedad, y la aplicación de dicho conocimiento y técnicas para así lograr la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes.

El papel del psicólogo de la salud es entonces el de investigar las relaciones entre el comportamiento y la enfermedad, el diseño de intervenciones y la evaluación del proceso (Stone, 1979). De igual forma, los psicólogos pueden intervenir en el desarrollo de programas educativos y de capacitación para el personal médico para que los pacientes logren adherirse a un tratamiento médico y con esto facilitar el proceso de rehabilitación (Ley, 1985).

Hablando de la adherencia al tratamiento, Ortiz y Ortiz (2007) refieren que, en la mayor parte de los casos, dicho tratamiento es supervisado por el mismo paciente, por lo que su correcto proceso de rehabilitación queda en sus manos y con ello se debe de estar seguro de que cuente con todo lo necesario, como ciertas habilidades y destrezas, que lo lleven a tener, como consecuencia, una rehabilitación óptima.

Existen diversos modelos de intervención en el área de la salud para, principalmente, explicar el comportamiento de los individuos ante una situación de salud-enfermedad y su adherencia a tratamientos médicos para lograr el bienestar biológico. Algunos de los modelos de la salud son el de creencias de la salud (Rosenstock, 1974; Rosenstock, Strecher & Becker, 1988), el de la teoría de acción razonada (Fishbein & Ajzen, 1975; Ajzen, 1985), el modelo transteórico (Prochaska, DiClemente & Norcross 1992) y el de autoeficacia (Bandura, 1978).

Modelo de creencias de la salud

En el caso del modelo de creencias de la salud los componentes básicos se derivan de un cuerpo teórico de la psicología que hipotetizan que el comportamiento tiene dos variables fundamentales: 1) el valor que le da un individuo a un objetivo determinado y 2) la estimación que hace el individuo de que una acción haga más probable alcanzar dicho objetivo. Al relacionar estos componentes con la conducta y la salud se obtiene que la correspondencia equivale a: 1) un deseo por evitar la enfermedad y 2) la creencia de que una acción de salud específica evitará (o mejorará) la enfermedad, esto es, la estimación de la persona de la amenaza de la enfermedad, y de la probabilidad de ser capaz, a través de la acción personal, para reducir esa amenaza (Janz & Becker, 1984).

Para comprender el modelo, también es necesario tener en cuenta los principales términos utilizados. En el modelo se habla de susceptibilidad, que refiere una percepción subjetiva que tiene el individuo para contraer una enfermedad determinada y severidad, que refiere a la percepción del individuo de cuán severa puede ser una enfermedad y su falta de intervención o tratamiento (Cabrera, Tascón & Lucumí; 2001).

Las dimensiones que abarca el modelo, según Janz y Becker (1984), son principalmente cuatro:

- La susceptibilidad percibida. Es la creencia subjetiva del individuo para poder contraer una enfermedad. En el caso de que ya exista una enfermedad médicamente establecida, la reformulación que se ha hecho habla de lo que el individuo cree en una recaída, en lo que cree del diagnóstico y lo que cree de la enfermedad en general y su susceptibilidad ante ésta.
- La severidad percibida. Se refiere a las emociones que experimenta la persona ante la gravedad de contraer una enfermedad o lo que experimenta si ésta se dejase de tratar. Esta dimensión incluye la evaluación tanto de las consecuencias médicas y clínicas (por ejemplo, la muerte, la discapacidad y el dolor) y las posibles consecuencias sociales (por ejemplo, los efectos de las condiciones de trabajo, la vida familiar y las relaciones sociales).

- Los beneficios percibidos. Se establece que el individuo ejecutará comportamientos adecuados siempre y cuando perciba que dichas acciones tendrán efecto en el impacto de su salud.
- Las barreras percibidas. Los potenciales aspectos negativos de una acción particular de salud pueden actuar como impedimentos para la realización de la conducta recomendada. Se cree que ocurre un tipo de análisis de costo-beneficio cuando el paciente valora la efectividad de la acción contra la percepción de que puede ser costosa o peligrosa (por ejemplo, efectos secundarios), o desagradable (por ejemplo, dolor, dificultad, molestias), o inconveniente, o que consume tiempo. Dichas dimensiones, aunadas al contexto del individuo, son las que establecen la efectividad de un tratamiento asignado y las acciones particulares que tomará el individuo según el modelo aquí presentado.

Modelo de acción razonada

El presente modelo describe las formas en que la actitud, que es la evaluación global de la conducta, la norma subjetiva como las presiones sociales percibidas para participar en el comportamiento, el control del comportamiento percibido, esto es, capacidad de realizar la conducta, y la intención que resume la motivación para llevar a cabo la conducta; se combinan para predecir el comportamiento. Según el modelo, la intención es el principal determinante de la conducta, y la intención se forma por la actitud, la norma subjetiva y el control conductual percibido. También afirma que el control conductual percibido puede tener un efecto directo en la conducta, si la conducta no está bajo control completo (Dean, Farrell, Kelley, Taylor & Rhodes; 2007).

Según el modelo, el comportamiento humano se guía por tres tipos de consideraciones: creencias sobre los posibles resultados de la conducta y las evaluaciones de estos resultados, es decir, las creencias de comportamiento; creencias sobre las expectativas normativas de los demás y la motivación para cumplir con estas expectativas y creencias acerca de la presencia de factores que pueden facilitar o impedir la realización de la conducta y el poder percibido de estos factores o las creencias de control (Ajzen, 1991).

Por otra parte, la intención está determinada por la actitud hacia la conducta y de un factor social o normativo, que a su vez están regulados por creencias conductuales y una serie de creencias normativas (Stefani, 2005). Con base en lo que menciona la autora, los componentes son:

- Actitudinal: la actitud del sujeto hacia el propio desempeño de una conducta específica bajo determinadas circunstancias.
- Normativo: la norma subjetiva del individuo que indica su percepción de la presión social que se ejerce sobre él para que se ejecute o no una determinada conducta.

En resumen, de acuerdo con el modelo de acción razonada, el determinante próximo de la conducta es la intención de participar en el comportamiento. Las intenciones representan una motivación personal correspondiente para realizar el comportamiento, y las personas con intenciones fuertes tienden a ejercer un mayor esfuerzo para lograr su objetivo. En términos generales, un individuo tendrá la intención de realizar una conducta dada cuando posee una actitud positiva hacia su propio desempeño en la misma y cuando cree que sus referentes sociales significativos piensan que debería llevarla a cabo (Stefani, 2005).

Modelo transteórico

El modelo transteórico se originó en la década de los años 70 debido a un análisis comparativo de teorías relevantes para explicar cambios en el comportamiento de dependientes de drogas; su nombre se derivó de la integración de los principios y componentes teóricos de los sistemas terapéuticos analizados y dicho modelo explica el cambio del comportamiento según cinco variables: etapas y procesos del cambio, balance decisorio, autoeficacia y tentación (Cabrera & Gustavo, 2000).

Las etapas de cambio las describen Ortíz y Ortíz (2007) de la siguiente manera:

1. Precontemplación: el individuo no tiene intención para cambiar en el corto plazo, usualmente medido en los próximos 6 meses.
2. Contemplación. el sujeto no está preparado para tomar acciones en el presente, pero podría intentarlo en el corto plazo, del momento actual a los próximos 6 meses.

3. Preparación: el individuo está considerando activamente cambiar su conducta en el futuro inmediato, dentro del próximo mes.
4. Acción: el sujeto ha hecho un cambio en el pasado reciente, pero este cambio no está bien establecido.
5. Mantenimiento: se ha cambiado la conducta del individuo por más de 6 meses y se está activamente involucrado para sostenerla.

Los procesos de cambio son estrategias y técnicas cognitivas, afectivas, experienciales y comportamentales que las personas usan regularmente para cambiar su comportamiento y, en la perspectiva de intervenciones promotoras de la salud, son el eje de la facilitación y aceleración de los cambios esperados (Greene, Rossi, Velicer, Fava & Prochaska, 1999). Posee tres niveles 1) el balance decisorio refleja el peso relativo que el individuo otorga a pros y a contras de cambiar su comportamiento de riesgo para la salud; 2) la autoeficacia es la confianza que una persona tiene de que puede enfrentar una situación de riesgo sin tener una recaída en su comportamiento indeseado o nocivo para la salud; y 3) la tentación, que refleja la intensidad o urgencia experimentada por el individuo para realizar o practicar un comportamiento específico, particularmente en la presencia de factores o estímulos condicionantes o contextos emocionalmente complejos (Greene, Rossi, Velicer, Fava & Prochaska, 1999).

Modelo de autoeficacia

Sobre el modelo de autoeficacia, Bandura (1987) menciona que las expectativas de eficacia pueden influir en la salud de las personas, en tanto existen variables cognitivas motivacionales que regulan el esfuerzo y la persistencia de los componentes elegidos y, además, mediadores cognitivos de las respuestas al estrés, en tanto el estrés crónico tiene un efecto adverso sobre la salud, según el autor.

La expectativa de eficacia es la creencia de que se es capaz de ejecutar exitosamente el comportamiento requerido para obtener determinados resultados, es decir, la confianza en la propia habilidad para realizar la acción (Bandura, 1987). Esto es, las personas se preparan para ejecutar la conducta, imaginando escenarios

de cómo y bajo qué circunstancias la realizarían, en cuyo caso la autoeficacia tendría un papel importante en tanto los individuos apoyan la ejecución de su comportamiento en auto-creencias optimistas de ejecución, así, la ejecución posterior representaría el resultado exitoso de las actividades cognitivas en las etapas de planeación y preparación (Ehrenzweig, 2007).

Las diversas aproximaciones psicológicas y, especialmente, la cognitivo-conductual, se han enfocado en implementar diversas estrategias con el propósito de lograr que los pacientes diabéticos se adhieran al tratamiento y en especial a un plan de alimentación saludable. Dentro de las herramientas utilizadas destaca la utilización de la técnica de Solución de problemas, de la cual se hablará más adelante, pero, para el presente análisis y discusión sobre lo que se hace en el campo de la psicología de la salud, se situará con base en el Modelo psicológico de la Salud Biológica creado por Ribes (1990) del cual trataremos a continuación.

CAPÍTULO 3. MODELO PSICOLÓGICO DE LA SALUD DE RIBES.

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

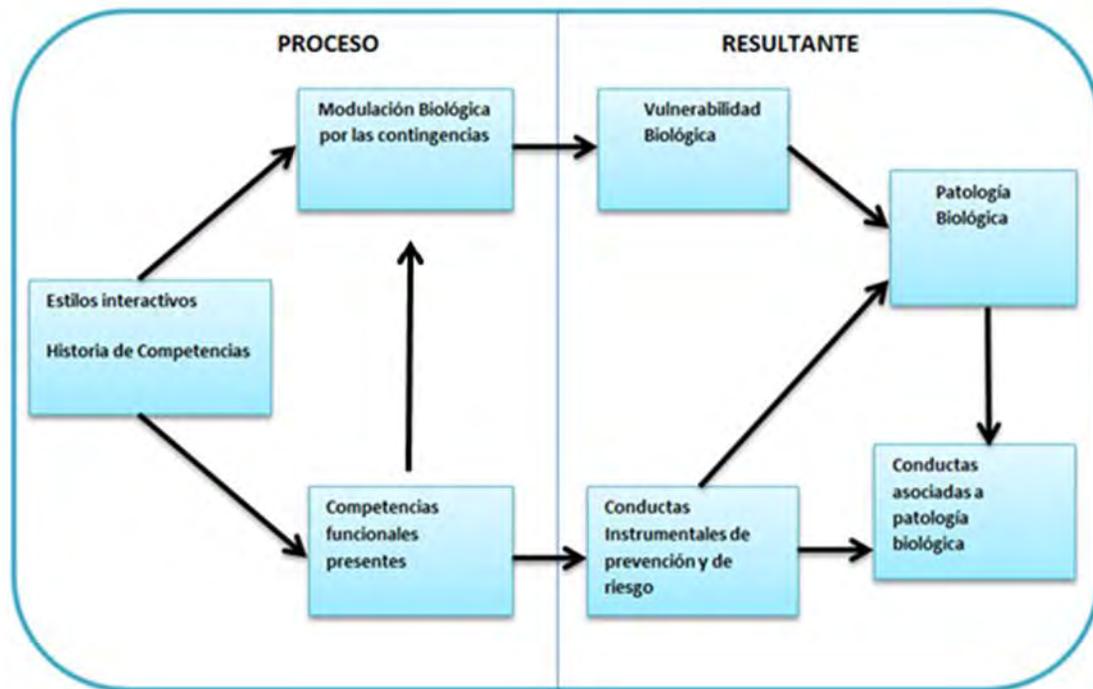


Figura 1. Modelo Psicológico de la Salud Biológica, tomado de Ribes (1990)

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

vulnerabilidad biológica. Esta última relación es la que da lugar a la presencia o ausencia de patología biológica, así como a conductas asociadas a ellas (Ribes, 1990).

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

El Proceso Psicológico de la Salud

La historia interactiva del individuo

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

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

Por otra parte, la historia de competencias se refiere a la capacidad adquirida por un individuo a través del tiempo para interactuar efectivamente ante situaciones que le establecen criterios de logro o resultado. Se dice que una persona es capaz, cuando en el pasado ha interactuado de forma efectiva en situaciones funcionales semejantes a las situaciones en las que tiene que interactuar en el presente. Estas capacidades van desde la información adquirida históricamente y traducida en un “saber hacer”, hasta la posesión de habilidades específicas. La historia de competencias, al igual que los estilos interactivos constituyen factores disposicionales, es decir, factores cuyo papel es probabilístico: hacen más probable o menos probable que un comportamiento determinado ocurra. En el proceso psicológico de la salud la posesión de competencias en el cuidado de ésta es un factor que juega un papel importante (Rodríguez & García, 2011). La información que un individuo posee acerca de hábitos saludables y preventivos, acerca de su herencia genética, capacidades relativas a la disciplina, el autocontrol, a la defensa de sus derechos de salud o a la supervisión médica, pueden hacer más probable que una persona presente conductas preventivas o de atención oportuna y eficaz a su salud.

El último de los componentes psicológicos del proceso de salud es el que se denomina ‘competencias funcionales presentes’. El término también hace alusión a un factor disposicional y tiene que ver con la capacidad presente de una persona para enfrentar los requerimientos que una situación determinada le impone. Para identificar competencias presentes se toman en consideración los siguientes elementos: a) los requerimientos de la situación, es decir, las demandas que la situación presenta en términos de adaptación, emitir una respuesta correcta, resolver un problema o producir un resultado; b) los factores que definen el contexto de la interacción y que son identificables con las características de la situación (factores disposicionales de la situación físico/social y del propio individuo); c) las formas de respuesta del individuo, y d) los efectos de su interacción, en términos de logro o satisfacción de la demanda presentada, así como efectos sobre el propio comportamiento (Rodríguez & García, 2011).

La modulación de los estados biológicos

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

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

Los resultantes del proceso

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

La vulnerabilidad biológica

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

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

Las conductas instrumentales de riesgo y prevención

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

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

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

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

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

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

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

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

- 1) “Saber qué tiene que hacerse, en qué circunstancias tiene que hacerse, cómo decirlo y cómo reconocerlo.
- 2) Saber cómo hacerlo, haberlo hecho antes, o haberlo practicado.
- 3) Saber por qué tiene que hacerse o no (sus efectos), y reconocer si se tiende o no a hacerlo
- 4) Saber hacer otras cosas en dicha circunstancia, o saber hacer lo mismo de otra manera” (Ribes, 1990, pp. 62).

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

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

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

La patología biológica y comportamientos asociados

La relación entre prácticas de conductas instrumentales de alto riesgo y la existencia de un elevado grado de vulnerabilidad biológica, se traducen en estados de patología biológica. Dado el objetivo de este trabajo, es importante señalar que esto último puede ilustrarse con aquellos casos de pacientes obesos y sedentarios con una herencia importante de diabetes. Cuando el tratamiento y la atención de la diabetes son problemas de naturaleza estrictamente médica, los aspectos vinculados al comportamiento individual no deben subestimarse. Por lo que tres aspectos son fundamentales en este sentido: a) los factores vinculados al seguimiento y adherencia terapéutica efectiva; b) el comportamiento requerido en los aspectos rehabilitativos de enfermedades crónico-degenerativas o de aquellas con impedimentos físicos terminales y c) la aparición de comportamiento asociado a la patología biológica, que en ocasiones adquiere autonomía funcional y se convierte en sí mismo en problema terapéutico (Ribes, 1990).

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

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

- a) promoción de hábitos de higiene personal y sanidad ambiental
- b) desarrollo de hábitos alimenticios que auspicien el desarrollo y la nutrición
- c) divulgación de medidas que favorezcan la planificación familiar y la prevención de enfermedades sexuales
- d) campañas de inmunización preventivas de enfermedades infecciosas y crónico-degenerativas

- e) detección y curación de enfermedades infectocontagiosas de naturaleza endémica.
- f) diagnóstico temprano de riesgo de enfermedad o de patologías incipientes para su canalización terapéutica a los dos niveles restantes de atención. (Ribes, 1990 pp. 74)

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

- a) la detección de patologías agudas y crónicas con distinto grado de avance
- b) diversos tipos de cirugía mayor y menor
- c) atención a partos
- d) trasplante de órganos
- e) rehabilitación de pacientes con distintos tipos de impedimentos físicos
- f) atención a pacientes terminales
- g) tratamiento de cuadros patológicos con distinto grado de avance, que requiere de internamiento más o menos prolongado, así como de tratamientos ambulatorios. (Ribes, 1990, pp. 74).

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

Los aspectos cubiertos por el nivel secundario y terciario de atención a la salud corresponden todos a un nivel terciario de prevención desde el punto de vista psicológico, estos niveles excluyen desde una perspectiva biomédica, acciones preventivas; sin embargo, tales acciones pueden realizarse desde un planteamiento conductual, en la medida que la adherencia terapéutica, la eliminación de comportamientos que interfieran con la eficacia de los tratamientos biomédicos y la emisión de comportamientos que favorecen los procesos de rehabilitación, constituyen formas de prevención (Ribes, 1990).

El papel de un modelo psicológico como el que hemos descrito aquí es guiar la acción e intervención prácticas en la prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades, así como esclarecer la relación de los diversos elementos

psicológicos participantes en ellas (Rodríguez & García, 2011). Para el caso de la diabetes hay mucho que investigar en cuanto al proceso psicológico de la enfermedad, por ejemplo, ¿Cuáles son los elementos en la historia interconductual del individuo que afectan el estado biológico de manera que la persona es más vulnerable a la aparición de este padecimiento? Igualmente, es importante explorar los elementos que se conjugan para hacer más eficiente la adquisición de competencias de cuidado de la salud, competencias que van desde la información sobre hábitos alimenticios, higiene personal, supervisión médica para el diagnóstico oportuno de la enfermedad, o información sobre la propia diabetes, traducidas, por supuesto en un saber hacer, es decir, en prácticas cotidianas.

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

El trabajo que a continuación se describe se fundamenta en la psicología interconductual, y específicamente en el Modelo Psicológico de la Salud propuesto por Ribes en 1990, que, como se comentó, parte de una definición precisa de lo psicológico, que es congruente con una teoría general del comportamiento y más específicamente con una teoría del comportamiento humano. El partir de una perspectiva naturalista, evita recurrir a explicaciones mentalistas (cognición, procesos mentales, o cualquier otro constructo de corte cognitivo o mental), tautológicas o eclécticas, sobre la naturaleza de la conducta humana. Igualmente, al partir del Modelo de salud, se evitan las extrapolaciones directas ciencia-aplicación y se parte de un modelo de interfase que permite sintetizar los conocimientos generados en la psicología básica en el área de la salud. Al delimitar la actividad profesional del psicólogo en este campo, se evita que se yuxtaponga con las actividades de otros profesionales de la salud como lo son médicos, enfermeras, nutriólogos y demás personal vinculado al área de la salud y permite proponer una nueva forma de trabajo con estos profesionales como lo es la desprofesionalización del quehacer psicológico, y la multidisciplina.

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

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

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

Rodríguez, García, Rentería y Nava (2013) elaboraron y aplicaron un taller de adherencia terapéutica a la dieta en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, cuyo objetivo fue evaluar el efecto del programa. Se aplicó a 90 pacientes y el taller consistió en una intervención dividida en dos bloques. El primero fue de corte educativo, en donde a los pacientes se les enseñó qué es la diabetes, sus consecuencias, las formas de controlar la enfermedad principalmente a través de la dieta terapéutica y con ello algunos elementos funcionales para poderse alimentar de manera adecuada en diversos lugares. El segundo bloque constó de la enseñanza y práctica de diversas técnicas de modificación de conducta cuyo criterio de inclusión fue que hubieran probado su efectividad para generar habilidades específicas vinculadas con los distintos tipos de saber contemplados en el modelo de la salud de Ribes (1990). El programa fue manejado bajo la modalidad de un club, ya que los autores consideran que esta forma de intervención promueve el establecimiento de nuevas microcontingencias en donde el paciente tiene la

oportunidad de relacionarse con personas que tienen su misma condición, por lo tanto, están en condiciones de hacerlo bajo nuevos arreglos contingenciales.

Las variables dependientes del estudio fueron la adherencia a la dieta entendida como el apego autoreportado al régimen de dieta prescrito por nutriólogos, medida a través de registros conductuales de alimentación, y el peso corporal. Los investigadores calificaron los registros en tanto los participantes se adherían a la dieta en los bloques informativos y de técnicas con el propósito de evaluar la pertinencia de estos. En el primer bloque los investigadores promovieron información acerca de la diabetes y sus consecuencias, así como de nutrición. El segundo bloque tuvo por objetivo que los participantes alteraran factores de su medio, así como de su propio comportamiento, que dificultaban la adherencia a la dieta, haciendo énfasis en las características individuales. Se entrenó a los participantes a través de información, discusión, modelamiento y ensayo conductual a emplear técnicas de autocontrol para alterar tendencias. Del mismo modo se señaló la función de algunos factores disposicionales, tales como la circunstancia social, objetos o acontecimientos físicos, lugares, conducta socialmente esperada, inclinaciones, que podían interferir con el seguimiento de la dieta. También se entrenó en el uso de la técnica de solución de problemas para alterar propensiones, tales como estados emocionales o conmociones emocionales que podrían interferir con el seguimiento de su dieta. Finalmente se entrenó en el uso de habilidades sociales para que los participantes logran modificar el comportamiento de personas que interfieren con el seguimiento de la dieta.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones realizadas al inicio del taller (pre-test) y al final de la intervención, en la aplicación de ambos bloques y de manera global en el programa. Los autores concluyen que el taller tuvo un efecto positivo sobre la variable de adherencia a la dieta que se corroboró a través de las medidas de peso corporal.

En otro estudio elaborado por Rodríguez, García, Rentería y Nava (2013) que tiene como base el Modelo Psicológico de la salud de Ribes (1990), diseñaron un taller con el propósito general de mejorar la adherencia a la dieta en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y cuyo objetivo tuvo evaluar el impacto del programa de

intervención en el control de los pacientes sobre sus niveles de glucosa en sangre, de acuerdo a los parámetros de la Norma Oficial Mexicana, que indica que un caso en control es aquel que presenta, de manera regular, niveles de glucemia plasmática en ayuno de entre 70 y 130 mg/dl. Dichos niveles, consideran los autores, que es un indicador objetivo de los cambios en las prácticas alimentarias. Trabajaron con una muestra intencional voluntaria de 95 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 cuyas edades oscilaban entre los 34 y 86 años utilizando un diseño cuasi experimental con pretest-postest. La variable independiente fue un programa de intervención interconductual para mejorar la adherencia a la dieta en pacientes con diabetes tipo 2 y la variable dependiente fue el nivel de glucosa en la sangre. El taller tiene la misma lógica que el estudio anteriormente presentado. Los resultados muestran que hubo diferencias significativas entre la fase pretest y postest, y los niveles de glucosa se encontraron dentro de la norma después de la intervención. Los autores señalan que dentro de las limitaciones del estudio están el hecho de que la muestra no es representativa ni con selección al azar, por lo que dichos resultados sólo son aplicables a dicha muestra y no se pueden generalizar. Asimismo, hizo falta un estudio de hemoglobina glicosilada para tener una precisión mayor sobre el control de los niveles de glucosa. Finalmente señalan que por efectos de la institución donde se trabajó no pudieron llevar a cabo fases de seguimiento por lo que los resultados se acotan al tiempo que duró el estudio. No obstante, los autores consideran que el fin último es contar con estrategias efectivas para que cada paciente diabético haga cambios en su estilo de vida que el eviten complicaciones en la enfermedad.

Como se ha señalado, el Modelo Psicológico de la Salud de Ribes (1990) da una visión teórica de dónde partir para que la intervención del psicólogo pueda darse, dando resultados positivos a través de acciones concretas donde los individuos pueden realizar cambios pertinentes en los diversos factores que puedan interferir en el proceso que se abordará en el siguiente capítulo, devolviendo a la psicología a una forma de proceder naturalista.

CAPÍTULO 4. LA TÉCNICA EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS: UN ANÁLISIS INTERCONDUCTUAL

Una vez analizado el Modelo de la Salud Biológica de Ribes (1990) la adherencia a la dieta se ubica conceptualmente como una conducta instrumental de riesgo indirecta, por lo que puede ser alterada a través de diferentes estrategias para lograr que los pacientes la sigan al pie de la letra.

Las competencias de cuidado de la salud pertinentes a los diabéticos tienen que ver, entre otras cosas, con sus conocimientos sobre la enfermedad y los cuidados que ella implica. No obstante, estas competencias no deberían estar constituidas por la simple disponibilidad de información, sino que deben actualizarse como conductas instrumentales preventivas específicas, tales como hacer ejercicio, comer de forma saludable, vigilar niveles de glucosa, o acudir a revisiones médicas periódicas. Las competencias preventivas eficaces se traducen en acciones concretas. Llevar a cabo acciones tales como: seguir un plan de actividad física o alimenticio, implica que la persona que lo hace tiene conocimientos sobre el cuidado de su salud, es decir, sabe qué se tiene que hacer, sabe cómo hacerlo, sabe por qué tiene que hacerlo, reconoce su tendencia personal o falta de ella para hacerlo, sabe reconocer las circunstancias en que tiene que hacerlo y conoce acciones alternativas o maneras distintas de hacerlo (Ribes, 1990). Esto significa que el conocimiento que tiene no es una mera repetición de información, sino su incorporación a un hacer en la vida cotidiana.

Las conductas por establecer en el paciente diabético y que constituyen adherencia terapéutica, tienen que ver con la prevención de complicaciones de la enfermedad, o al menos, con su demora. El paciente diabético presenta conductas instrumentales de riesgo, como, por ejemplo, comer de manera poco saludable y/o llevar un estilo de vida sedentario, que compiten con aquellas conductas de adherencia que habría que lograr. Estas conductas de riesgo son uno de los mayores retos para la psicología, dado su carácter indirecto. Esto significa que producen efectos o consecuencias dañinas a mediano o largo plazo, afectando de forma gradual a diversas condiciones y estados del organismo; mientras que, en lo inmediato, tienen efectos “placenteros” o “satisfactorios”. Ribes (1990) menciona

que, dada la complejidad de estas conductas, lo más probable es que el éxito para abandonar este tipo de prácticas de riesgo instrumentales dependa de que las personas posean competencias de carácter extrasituacional. Las competencias extrasituacionales se caracterizan por estar desligadas funcionalmente de las condiciones de estimulación presentes en una situación particular. Las personas que poseen competencias de este tipo son capaces de responder en una situación como si estuvieran en otra, cuyas condiciones de estimulación no están presentes en forma concreta en el aquí y el ahora. Así, una persona que posee competencias extrasituacionales de cuidado para la salud, responde en una situación, no basándose en lo que ocurre en ella, sino de acuerdo con su información, experiencias o sus creencias.

Un paciente diabético con competencias extrasituacionales que se comporte de manera preventiva, comerá de acuerdo con un plan dietético específico; no obstante, para que adquiera dichas competencias, el comportamiento se irá estableciendo gradualmente, se empieza con habilidades específicas como contando calorías o carbohidratos, vigilando porciones, combinando cierto tipo de alimentos y evitando otros; después comerá de forma extrasituacional, sin hacer algo adicional.

Partiendo de estas premisas, es que se sitúa a la técnica en “solución de problemas” como una herramienta que puede ser funcional para la adquisición de competencias y habilidades pertinentes para la adherencia a la dieta; sin embargo, en primer lugar, hay que especificar cuándo y cómo surge la técnica en cuestión, así como el uso que se le ha dado recientemente para el tratamiento psicológico de la diabetes.

La técnica de “solución de problemas” surge en el ámbito administrativo a través de los trabajos de diversos autores que, de manera general, definen a un problema dentro de las administraciones cuando el estado real de los asuntos difiere del estado deseado para ellos, puede también ser visto como una oportunidad para superar los objetivos establecidos (Maier, 1963; Lindblom, 1965; Johnson, Kast & Rosensweig, 1967; Terry, 1973; Turla & Hawkins, 1983).

Existen cuatro situaciones informales e intuitivas que por lo general alertan a los administradores de la existencia de problemas (Terry, 1973):

- el desempeño se desvía de la experiencia anterior
- el desempeño se desvía de lo planteado
- otras personas expresan insatisfacción
- el desempeño de la competencia representa un reto para una organización.

Para Johnson, Kast y Rosensweig (1967) la técnica se maneja, considerando principalmente dos factores: la eficacia y el tiempo que tarde la solución dada. Se realiza el siguiente proceso de preguntas para una solución racional al problema dentro de la empresa.

- ¿Parecen severos los riesgos si no tomo medidas?
- ¿Parecen serios los riesgos si selecciono una opción fácil?
- ¿Encontraré una buena alternativa si la busco?
- ¿Hay suficiente tiempo para investigar y deliberar?

Johnson, Kast y Rosensweig (1967) supone que una vez realizadas dichas preguntas, si la mayor parte de ellas es afirmativa, la solución será la más racional. Por otra parte, si durante el proceso las respuestas comienzan a ser negativas, la decisión que se tome será ineficaz si surge el problema.

Por su parte, Janis y Mann (1977) han planteado cuatro métodos deficientes o que obstaculizan la solución de problemas dentro de las empresas:

1. Negligencia. El administrador opta por no hacer nada frente a las problemáticas que puedan surgir, lo que supone que ante su inacción pueda permanecer mayor tiempo en su trabajo.
2. Cambio relajado. El administrador decide tomar medidas una vez que surge una situación, pero las acciones son tomar la primera opción que aparentemente no provocará mayor riesgo.
3. Negligencia defensiva. Este administrador busca una salida al enfrentar un problema, únicamente al basarse con su experiencia. Optará por posponer el análisis correspondiente para poder decidirse si la solución planteada realmente es la más idónea.

4. Pánico. El administrador siente no sólo la presión del problema en sí, sino también del tiempo que le tomará la opción para solucionar el mismo. Esto lo pone ante una situación de estrés y la decisión que tome pueda ser la menos adecuada.

Es por ello que se proponen una serie de pasos sistemáticos para poder llegar a mejorar la solución de problemas. Es importante que el administrador se sienta confiado ya que aumenta la probabilidad de detectar los problemas que se presenten y que cuenten con buenas soluciones a los problemas a afrontar, los pasos que se proponen son los siguientes (Terry, 1973):

1. Establecer prioridades. Al estar en constante afrontamiento de problemas y carga de trabajo, es importante que el administrador jerarquice sus planes, para que la carga natural del día a día se optimice.
2. Adquirir información relevante. Al trabajar en la identificación y solución del problema se debe de buscar la información sobre las ventajas y desventajas que tiene cada una de las opciones propuestas.
3. Proceder de forma metódica y cuidadosa. Uno de los errores que suelen tomarse, es el mal diagnóstico de los problemas y definirlos por otra cosa que no sea su causa original. Posteriormente pueden llegar a formular los pros y contras antes de tener todo el abanico de opciones reales y es por ello que los errores surgen en el momento de su aplicación, es por ello que los pasos anteriores deben ser precisos y exactos.
4. Tener cuidado con la heurística y los prejuicios. Una vez que los administradores toman conciencia de los falsos supuestos, pueden hacer un esfuerzo deliberado para evitar confiar demasiado en ellos.

La toma de decisiones y la solución de problemas pueden mejorarse si los administradores aprenden a reorganizar y superar la barrera de negligencia, del cambio relajado, la evasión defensiva y el pánico para llevar a cabo la ejecución planeada. Para ello deben estar familiarizados con el proceso para una toma racional de decisiones, establecer prioridades y estar alerta en cuanto a heurística y los prejuicios y esto supondrá la mejora dentro de la organización, además de la responsabilidad que tiene el administrador para con sus subordinados, dado que los

beneficios en cuanto efectividad y bajos costos impactan directamente en todos los empleados y ayuda a la cohesión entre los miembros de la organización (Turla & Hawkings, 1983).

Para llegar a los resultados deseados, Terry (1973) propone que existen cinco formas básicas para solucionar los problemas administrativos:

1. Arriesgado: es un método irracional, en donde se procede de formas anteriormente realizadas sin previo análisis y en donde el riesgo es latente.
2. Científico: se procede de manera metódica, en donde se identifica la solución a la vez que se observan los pros y contras de la propuesta de solución, así como realizar una investigación minuciosa de los conocimientos actuales y de la experimentación en ambientes controlados. Se clasifican los resultados obtenidos para evaluar si la solución es la óptima o se desecha.
3. Decisional: el primer paso es enunciar el resultado deseado para que con ello se pueda plantear el problema. Basados en el planteamiento se proponen las alternativas y éstas se evalúan con base en el factor crítico. Se selecciona la alternativa y se ejecuta.
4. Creativo: se identifica y plantea el problema a la vez que se fomenta la afluencia de ideas entre un grupo de trabajo para que pueda existir una mejor opción para llevarse a cabo.
5. Cuantitativo: a través de la mayor cantidad de soluciones posibles se evalúan sus distintos efectos y con ello se llega a la mejor solución.

Estos trabajos dentro de las organizaciones para llevar a cabo una solución óptima a los problemas que se presentan se dan de manera casi paralela al movimiento de modificación de conducta de las terapias conductuales y cognitivo-conductuales, de donde es sustraída la estrategia aplicada a las empresas en el ámbito de dichos movimientos.

Se incluye a la terapia de solución de problemas en la década de 1960 y principios de 1970 como parte del movimiento cognitivo-conductual para introducirse al campo de la modificación de conducta, se intensificaron los trabajos en dicha terapia para la aplicación en campos clínicos, de consultoría y en

psicología de la salud; por lo que hay una diversificación en las modalidades que se aplica, tal es el caso de una intervención de manera individual, grupal, de pareja y en terapia familiar, como en la población que se aplica y la problemática presentada (Bravo & Valadez, 2012).

La terapia en solución de problemas tiene como propósito la intervención en el área clínica que se centra en la formación de habilidades y actitudes para resolver problemas de manera constructiva (D´Zurilla & Nezu, 2010). La terapia de solución de problemas fue propuesta por D´Zurilla y Goldfried en los setentas en el marco de la necesidad de establecer técnicas para el cambio y mantenimiento de la conducta en terapia.

La técnica asume que los resultados están determinados por dos procesos parcialmente independientes:

1. La orientación al problema. Consiste en una serie de pasos dirigidos a reconocer el problema cuando éste ocurre en la vida de una persona; estos procesos incluyen un conjunto relativamente estable de esquemas cognitivo-emocionales que representan la visión del mundo de una persona con respecto a los problemas. Este componente ayuda para:
 - a. Ayudar a los individuos a incrementar su habilidad para reconocer problemas en la vida cotidiana.
 - b. Minimizar la influencia negativa de emociones y pensamientos negativos en la solución de problemas.
 - c. Adoptar la perspectiva filosófica de que los problemas en la vida son comunes e inevitables, enfatizando que el empleo de una aproximación sistemática para resolver problemas es por un medio efectivo para afrontarlos.
 - d. Facilitar la expectativa de afrontamiento exitoso e inhibir la tendencia a reaccionar frente a los problemas.
2. La solución de problemas. es el proceso a través del cual una persona intenta encontrar una solución efectiva a un problema particular a través de la aplicación racional de las técnicas y estrategias de la solución de problemas. Esto involucra la aplicación de cuatro habilidades diseñadas para maximizar

la probabilidad de encontrar la solución más efectiva: (1) definición y formulación del problema particular; (2) generación de alternativas de solución; (3) toma de decisiones y (4) ejecución de la solución y verificación. Esas cuatro habilidades son consideradas como un conjunto de operaciones cognitivas y conductuales específicas que capacitan a una persona para resolver un problema exitosamente (D'Zurilla, 1993; Nezu, Friedman, Faddis & Houts; 1998; D'Zurilla & Nezu, 2001; D'Zurilla, Nezu & Maydeu-Olivares, 2002).

Los objetivos de la técnica son reducir y/o prevenir la psicopatología y mejorar el bienestar al ayudar a las personas a hacer frente, de manera más eficaz, los problemas estresantes de la vida y dependiendo de la naturaleza de la situación problemática, el afrontamiento eficaz puede implicar mejorar la situación (D'Zurilla & Nezu, 2001). Dicha técnica pretende establecer habilidades en las personas para afrontar las situaciones cotidianas en su ámbito social, por lo tanto, es un proceso de aprendizaje en el cual, de manera progresiva, la persona puede ir resolviendo sus problemas. La persona descubre, crea o identifica formas efectivas de comportamiento y pensamiento para afrontar los elementos estresantes en el ambiente (Nezu & Perri, 1989).

Formas de evaluación

Se han diseñado algunos instrumentos de autoinforme, algunos van dirigidos a identificar la capacidad y otros se enfocan en la puesta en práctica de la solución. En cuanto a la capacidad, se refiere a la evaluación en términos del conocimiento y comprensión de distintos procesos de solución de problemas; mientras tanto, la puesta en práctica refleja la aplicación de ese conocimiento para resolver determinadas situaciones conflictivas (D'Zurilla & Nezu, 2001). Los inventarios que se usan con mayor frecuencia son el inventario de resolución de conflictos IRC, Problem-Solving Inventory- PSI- (D'Zurilla, 1993), Problem-Solving Self-Monitoring (D'Zurilla, 1986), Social Problem Solving Inventory (D'Zurilla & Nezu, 2001) y el Means-Ends Problem-Solving (Goddard, Dritschel & Burton, 2001).

Debido a que los componentes de la técnica incluyen habilidades, cogniciones y emociones, se pueden aplicar algunas medidas colaterales con la ayuda de los inventarios de evaluación de estrés, ansiedad, depresión, habilidades sociales o cualquier otra dimensión que sea considerada como necesaria a evaluar (Bravo & Valadez, 2012).

Características de la técnica

Para entender la técnica se deben de comprender tres conceptos principalmente: solución de problemas, problema y solución. Nezu, Nezu, Friedman, Faddis y Houts (1998) definen a la solución de problemas como un proceso por el cual los individuos comprenden los problemas y dirigen sus acciones a alterar la naturaleza problemática de las situaciones y las reacciones que se tienen de este resultado.

La solución de problemas, de acuerdo con D'Zurilla (1993) es una técnica que implica la autoinstrucción y una estrategia de afrontamiento, esto es, un proceso de aprendizaje debido a que la solución requiere de cambios en la ejecución de la conducta actual; es una técnica que implica el autocontrol debido a que no requiere de un control externo y finalmente se dice que es de afrontamiento porque implica poner en marcha el aprendizaje para cambiar los elementos ambientales para disminuir el conflicto.

Respecto a lo que compete a lo implicado en un problema, se define como una situación en la vida presente que demanda una respuesta para establecer una relación funcional, pero ante la cual la respuesta no es efectiva por parte del individuo debido a la presencia de obstáculos (D'Zurilla & Nezu, 2001). Es así que un problema es la falta de concordancia entre los elementos del individuo y su capacidad para responder de manera efectiva.

La solución es la respuesta efectiva del individuo ante la demanda presentada en el ambiente de tipo conductual, cognitivo o ambos (D'Zurilla & Nezu, 2001). Cabe mencionar que, dado que cada persona puede valorar como problemáticas situaciones específicas diferentes, la solución será diferente, dado que cada circunstancia es única y, por ende, la solución lo será de igual modo. La

solución dependerá de las habilidades del individuo adquiridas y las circunstancias particulares que le subyacen.

La aplicación de la técnica contempla dos etapas; en la primera se establece la orientación al problema que abarca el proceso del reconocimiento del problema y con ello se minimiza la influencia de emociones y pensamientos que no sean funcionales para dar la solución, entender que los problemas son comunes y sólo pueden afrontarse cuando se ponen en marcha acciones efectivas para solucionarlos; el segundo componente es la solución del problema que implica la adquisición y práctica de cuatro habilidades: definición y formulación del problema, generación de alternativas de solución, toma de decisiones y la ejecución de la solución y verificación (D'Zurilla & Nezu, 2001).

Con la orientación al problema se pretende que la persona acepte el hecho de que las situaciones problemáticas forman parte de la vida diaria y que es posible enfrentarlas eficazmente. Los objetivos particulares son: a) incrementar la sensibilidad hacia los problemas y decidir la utilidad de la técnica; b) maximizar los esfuerzos y persistencia del individuo para encontrar una solución; c) minimizar la angustia emocional. D'Zurilla (1993) sugiere tres estrategias para aumentar la sensibilidad hacia los problemas:

1. Emplear los sentimientos como indicios para reconocer problemas.
2. Utilizar las conductas inefectivas como clave para reconocer problemas, lo que implica que después de cometer errores y no lograr soluciones eficaces el individuo puede percatarse de la existencia del problema.
3. Recurrir a un listado de problemas que ayudaría al individuo a concretar el problema y definirlo con claridad.

Asimismo, se identifican las emociones presentes en el problema y se hace uso de éstas para ayudar a la solución de este. D'Zurilla (1993) menciona que en este proceso existen tres fuentes de activación emocional: a) la situación problema; b) las creencias, valores y expectativas respecto al problema y; c) las tareas específicas para resolver el problema. La activación emocional puede producirse antes y durante el proceso de solución de problemas y facilitar o inhibir la ejecución de la solución, dependiendo su cualidad, intensidad y duración.

D'Zurilla (1993) presenta algunas recomendaciones sobre cómo emplear las emociones como facilitadoras de la efectividad:

- Como clave para reconocer el conflicto. Al sentir una emoción desagradable se busca la situación antecedente.
- Como motivador para resolver. Representa considerar el problema como un reto, en lugar de una amenaza.
- Como una consecuencia posible al anticipar los resultados de la solución durante la toma de decisiones. puede ser útil cuando se evalúan soluciones alternativas.
- Como criterio para evaluar los resultados obtenidos al implementar la solución. Pueden ser un criterio importante al evaluar la efectividad de la solución en la situación problema real.
- Para reforzar la conducta de solución efectiva. Las ejecuciones satisfactorias de las tareas de solución de problemas producirán consecuencias positivas.

Posterior a eso se formula el problema, esto es, se le auxilia al individuo a que entienda y califique al problema. La definición y formulación del problema implica establecer los objetivos que sean reales y alcanzables, además de esclarecer el problema y basarlo en hechos concretos y no en suposiciones. Para plantear objetivos, Nezu y Nezu (1991) afirman que se deben a) encontrar exigencias o expectativas para cambiar la situación actual; b) superar un obstáculo particular que impida lograr esas exigencias; c) reducir o cambiar las exigencias; d) una combinación de las anteriores.

Una vez esclarecido el problema se generan alternativas de solución, esto con el objetivo de que el individuo tenga la mayor cantidad de opciones para llegar a una mejor solución del problema. Para favorecer la generación de alternativas, se han propuesto tres principios básicos para una "buena lluvia de ideas" (Nezu, Nezu, Friedman, Faddis & Houts 1998):

1. Cantidad. Mientras más soluciones se produzcan, más calidad de ideas estarán disponibles y con más probabilidad se encontrará la mejor solución.

2. Aplazamiento del juicio. Su propósito es favorecer que las personas no evalúen las soluciones en ese momento, ya que el juicio tiende a inhibir las posibilidades.
3. Variedad. Implica que cuanto mayor es el rango de ideas de solución, más ideas de buena calidad serán descubiertas.

Una vez que haya un listado de soluciones disponible se procede a la toma de decisiones o análisis costo-beneficio (D'Zurilla, 1993). Lo primero que se hace es eliminar las opciones inferiores o de baja calidad, las cuales se identifican al considerar los riesgos y la escasa viabilidad de la solución. El propósito de la evaluación de las soluciones es favorecer el análisis minucioso de las alternativas de solución que considere más viables, de manera que, si el problema tiene solución y no se requiere más información para seleccionarla, pueda realizar un plan consistente con el objetivo de resolver el problema de manera satisfactoria.

Finalmente se lleva a cabo la ejecución y la verificación de las soluciones en donde se lleva a cabo la opción elegida en el paso anterior y evalúa el proceso. Cuando la implementación de la solución elegida se ha completado, es necesario que se juzguen los resultados de la solución.

El seguimiento sistemático de estos pasos es lo que supone de manera general un entrenamiento en solución de problemas con los que se busca que en un futuro el individuo se comporte de manera efectiva ante situaciones similares que demanden una acción de su parte. Existen amplios estudios sobre la efectividad de la técnica en distintos ámbitos como el de la clínica (Botero, 2005; Areán, Raue, Mackin, Kanellopoulos, McCulloch & Alexopoulos, 2010; Vázquez, Otero, Torres, Hermida, Blanco & Díaz, 2013); para efectos de este trabajo se analizarán los trabajos en donde se ha utilizado la técnica de solución de problemas como herramienta en el trato con pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

Investigaciones

La Asociación Americana de Educadores en Diabetes (AADE) ha señalado que la terapia en Solución de Problemas es una de las principales terapias de autocuidado (Schumann, Sutherland, Majid & Hill-Briggs; 2011). Esta asociación señala que la

solución de problemas es una conducta aprendida que abarca la generación potencial de una serie de estrategias para la resolución del problema, la aplicación de la estrategia y la evaluación de la efectividad de esta. Por otra parte, se toma en cuenta que la terapia ayuda a superar las barreras de otras conductas de autocuidado (monitoreo, actividad física, alimentación saludable) que complementan la salud del diabético (Hill-Briggs & Gemmell; 2007).

Glasgow, Fisher, Skaff, Mullan y Toobert (2007) realizaron un estudio cuyos objetivos fueron tres: el primero evaluar el rango de las habilidades en solución de problemas en una muestra multiracial y, con ello, definir las diferentes características de la muestra asociados a la solución de problemas; el segundo objetivo fue investigar la relación entre la depresión y sus efectos en las estrategias de solución de problemas y, el tercero fue evaluar la relación entre las calificaciones de la entrevista de solución de problemas en diabetes (DPSI por sus siglas en inglés) con las diferentes variables que consideraron, las cuales son: autocuidado, relaciones psicosociales y medidas antropométricas. Los autores consideran que la técnica en solución de problemas es una de las principales estrategias para el autocuidado efectivo en pacientes con diabetes y algunas otras enfermedades.

Utilizaron una muestra de 506 participantes adultos de diferentes etnicidades (asiático-americanos, afroamericanos, hispanos, gente blanca y otros), el promedio fue de 57.8 años, diagnosticados con diabetes tipo 2. Todos ellos fueron evaluados en las diferentes estrategias de autocuidado y se les tomaron medidas antropométricas y psico-sociales, además completaron la DPSI.

Los resultados que obtuvieron los autores fueron que existe una varianza importante entre las calificaciones de la DPSI y las diferentes estrategias en solución de problemas que se correlacionan de manera importante con condiciones de comorbilidad y diferentes complicaciones de la enfermedad; no obstante, no existe una relación entre los resultados y los factores sociodemográficos, incluyendo la etnicidad. Por otra parte, las estrategias de solución de problemas están relacionadas a las conductas de autocuidado que son, principalmente, los patrones de alimentación y ejercicio físico; a las variables biológicas como lo son los índices

de lípidos y los niveles de glucosa; y a las variables psicosociales, que en este caso se refieren a la depresión y el estrés.

Los autores concluyen que las estrategias en solución de problemas, medidas a través de la DPSI, son de suma importancia para el autocuidado en pacientes diagnosticados con diabetes, no importando la etnicidad. Recomiendan que en futuras investigaciones se analice e identifique la generalidad contra la especificidad de la relación entre la diabetes y la técnica de solución de problemas, así como las intervenciones prácticas para mejorar las habilidades en solución de problemas.

Un estudio llevado a cabo por Amoako, Skelly y Rossen (2008) tuvo por objetivo evaluar la eficacia de una intervención psico-educativa en el manejo de la diabetes en una población que desconoce cómo tratar su enfermedad (DM-UMI por sus siglas en inglés). Este estudio surge por la necesidad de que una de cada cuatro mujeres afroamericanas de edad adulta avanzada es propensa a la diabetes, y los autores sugieren que muchas de las complicaciones que posee esta población se debe, principalmente, a la incertidumbre de cómo manejar la enfermedad y sus diferentes complicaciones.

En la intervención participaron 68 mujeres afroamericanas con un promedio de edad de ≥ 50 años, quienes tenían previamente un diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Fueron asignadas al azar al grupo experimental y al grupo control. Las participantes del grupo experimental recibieron el tratamiento DM-UMI el cual tuvo una duración de 4 semanas. La DM-UMI estuvo compuesta por cuatro estrategias de intervención, las cuales se tomaron como variables de intervención: 1) mejora del conocimiento en diabetes, 2) comunicación efectiva entre el paciente y el proveedor del hogar, 3) habilidades en solución de problemas, y 4) reestructuración cognitiva; las cuales se utilizaron para reducir la incertidumbre relacionada con la diabetes, la cual era la variable de resultado. El grupo control recibió un cuidado usual el cual constaba de visitas de especialistas de primera atención, como oculistas y podólogos. Las mediciones que se tomaron se hicieron el periodo de pre-test y post-test.

Los resultados obtenidos llevaron a los autores a pensar que, a pesar de la mejora con toda la intervención en el grupo experimental, solo el entrenamiento en solución de problemas tuvo una correlación significativa, versus las otras variables, con el decremento en la incertidumbre del manejo de la diabetes.

Los autores concluyen que enseñando habilidades en solución de problemas y dando asistencia continua en la aplicación de estas a la población afroamericana mayor con diabetes mellitus tipo 2 de manera individual ayudará a reducir las ambigüedades en torno al manejo de la diabetes.

Un estudio llevado a cabo por Hill-Briggs, Yeh, Gary, Batts-Turner, D’Zurilla y Brancati (2007) tuvo por objetivo examinar las propiedades psicométricas de la Escala de Solución de Problemas en Diabetes (DPSS por sus siglas en inglés), la cual fue diseñada para evaluar cómo los adultos con Diabetes mellitus tipo 2 manejan y abordan los problemas encontrados en el manejo de la enfermedad.

Los participantes fueron 64 afroamericanos adultos con un promedio de edad de 60.5 años. Se les aplicó el instrumento DPSS, que midió resolución de problemas sociales, manejo de la enfermedad y síntomas de depresión. También se tomaron muestras de sangre para medir los niveles de hemoglobina glicosilada.

Los resultados que encontraron fueron que las altas calificaciones encontradas en la escala DPSS, que indican un mejor auto-reporte de problemas de diabetes, fueron asociadas a una alta adherencia al medicamento, a mayor frecuencia en el monitoreo de la glucosa, y a menores niveles de hemoglobina glicosilada. Las subescalas del DPSS de “estilo impulsivo”, “transferencia negativa de experiencias pasadas/aprendizaje” y “motivación negativa” fueron asociadas diferencialmente con autocuidado reducido y con control de la enfermedad reducido. Los autores concluyen que la escala DPSS muestra resultados aceptables demostrando consistencia interna, validez de constructo y predictibilidad.

Un estudio llevado a cabo por Hill-Briggs, Lazo, Renosky y Ewing (2008) tuvo por objetivo desarrollar un módulo educativo y evaluar si la presencia de complicaciones en diabetes mellitus tipo 2 y deterioros funcionales difieren con el impacto en el uso de la intervención.

Participaron en el procedimiento 30 afroamericanos, los cuales completaron 1 de 4 grupos de clases educativas sobre diabetes, de 90 minutos de duración cada una. Las medidas que utilizaron previo al estudio fueron el historial médico de los participantes, datos sociodemográficos, una entrevista sobre el estado cognitivo de los pacientes y un test sobre el conocimiento de las enfermedades cardiovasculares y la diabetes. Las medidas que se tomaron para los resultados finales se basaron en la clasificación que se hizo de los participantes acorde a su deterioro en la enfermedad: 1) deterioro físico. a) Físico + cognitivo; b) físico + visual; c) físico + cognitivo + visual. 2) el número de complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2: a) 0-1, b) 2-3, y c) 4-6. También se tomaron en consideración las evaluaciones finales sobre el curso educativo, las escalas de satisfacción de los pacientes y la accesibilidad del curso como el acceso a los materiales de la clase.

Los resultados que obtuvieron fueron, en primer lugar, el incremento estadísticamente significativo en el conocimiento acerca de las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, versus los datos recolectados en la línea base, con los pacientes con altos niveles de deterioro y de 0 a 3 complicaciones. Los resultados relacionados a la satisfacción y accesibilidad del material de clase fueron altos identificando pocas áreas de oportunidad entre las personas con complicaciones excesivas y el deterioro físico encontrado en la categoría de deterioro físico + cognitivo + visual.

Los autores concluyen que el módulo educativo sobre diabetes demostró accesibilidad y efectividad. Mencionan que puede ser de gran utilidad en pacientes de alto riesgo con diabetes y que presentan un deterioro notable, llegando inclusive a la discapacidad.

Otro estudio llevado a cabo por Hill-Briggs, et al. (2011) tuvo por objetivo probar la factibilidad, aceptabilidad y efecto en el control de diabetes en un programa de entrenamiento en solución de problemas para el autocuidado adaptado a una población analfabeta. Esto lo realizaron debido a que encuentran una correlación entre la población analfabeta y la falta de cuidado en enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes mellitus tipo 2.

En el estudio participaron 56 afroamericanos con una edad promedio de 61.3 años. Los participantes se asignaron al azar al grupo experimental y al grupo control. La condición para que se integraran a los grupos constaba en que los participantes debían tener una condición no óptima en los niveles de glucosa en la sangre, presión arterial y colesterol.

El grupo experimental se sometió a un tratamiento intensivo basado en la enseñanza de la técnica en solución de problemas para el autocuidado y manejo de la enfermedad. Las medidas que se tomaron fueron los niveles de azúcar glicosilada, presión arterial, conocimientos sobre la enfermedad, habilidades en solución de problemas y conductas de autocuidado. Los datos fueron recolectados en la línea base, posterior a la intervención y 3 meses posteriores a la intervención.

Los resultados que obtuvieron fue que los programas de intervención tuvieron una alta efectividad dado que hubo una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de glucosa de los pacientes, a favor del programa intensivo. Dicho cambio revela que la técnica de solución de problemas tuvo una alta efectividad, ya que se correlaciona directamente con cambios en los niveles de glucosa, siendo menores que los encontrados en la línea base. El grupo también mostró cambios en los conocimientos sobre la enfermedad y conductas de autocuidado. Los cambios fueron mayormente notables al medir también los niveles de colesterol y presión arterial.

Los autores concluyen que se puede adaptar la literatura a un programa intensivo para pacientes analfabetas con diabetes mellitus tipo 2 basado en la solución de problemas para el autocuidado y manejo de la enfermedad. Sugieren realizar el mismo programa a una población menor para obtener resultados más detallados e individuales.

Un estudio desarrollado por Allen, Whitemore y Melkus (2011) tuvo por objetivo evaluar la factibilidad, aceptabilidad y eficacia preliminar de una intervención de monitoreo continuo de glucosa y asesoramiento en solución de problemas para cambiar la conducta de actividad física en mujeres con diabetes mellitus tipo 2.

Participaron 29 mujeres con diabetes mellitus tipo 2 con un promedio de edad de 65.5 años. Fueron seleccionadas al azar para dos de los tratamientos a seguir: asesoramiento en el monitoreo continuo de glucosa y habilidades en solución de problemas; o asesoramiento en el continuo monitoreo de glucosa y educación en diabetes general. Algunos datos adicionales se obtuvieron de lo que los autores denominaron la dosis de intervención, dichos datos incluyen los registros de asistencia, la duración de la cita, y la razón de la interrupción de la participación en el estudio. Los datos preliminares de la eficacia se obtuvieron en la línea base y 12 semanas después tomando en cuenta las siguientes medidas: cantidad de actividad física e intensidad de esta, habilidades de solución de problemas al seguir la dieta, autoeficacia en la actividad física, depresión, hemoglobina glicosilada, peso y presión sanguínea.

Los autores obtuvieron como resultados que las mujeres del grupo A (asesoramiento en monitoreo de glucosa y habilidades en solución de problemas) tuvieron mayores habilidades en la técnica de solución de problemas que el grupo B, según los datos estadísticos; así como mayores minutos de actividad física moderada, pérdida de peso, y una alta satisfacción en la intervención.

Los autores concluyen que el programa de asesoramiento en el monitoreo de la glucosa adicionado con el entrenamiento en solución de problemas fue factible y aceptable, debido a que los participantes adquirieron mayores habilidades en la solución de problemas que al inicio de la intervención y, en comparación con el otro grupo.

Un estudio llevado a cabo por Lee, Kim, Park, Park y Kim (2010) tuvo por objetivo evaluar en el corto y largo plazo una intervención de 12 semanas en asesorías en solución de problemas para facilitar el uso de la caminadora con monitor en personas con diabetes mellitus tipo 2 en Corea del Sur.

Este estudio utilizó un diseño cuasi-experimental, en el cual participaron 57 pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Se dividieron en dos grupos, en ambos se les dio asesoramiento en solución de problemas y el uso de la caminadora de manera moderada-intensiva; la diferencia entre los grupos es que en el primero la intensidad del ejercicio fue monitoreada a través de un monitor ambulatorio de ritmo

cardiaco (el grupo experimental), o eran autorregulados (grupo control). Ambos programas fueron evaluados a través de medidas corporales como el índice de masa corporal, control glicémico (niveles de glucosa en sangre, hemoglobina glicosilada), índice de complicación vascular (el total del colesterol, alta densidad de lípidos en colesterol, baja densidad de lípidos en colesterol, triglicéridos, índice de riesgo cardiovascular) y el aprendizaje de estrategias en solución de problemas a los 3 y 6 meses.

Los investigadores obtuvieron como resultados que el grupo experimental tuvo un decremento estadísticamente significativo en los niveles de glucosa en sangre y hemoglobina glicosilada a los 3 meses de iniciado el protocolo. Los valores en los índices de complicaciones cardiovasculares también decrementaron de manera significativa, en comparación con los resultados en la línea base y las medidas tomadas a los 3 meses de la intervención.

Los autores concluyen que un programa combinado utilizando un monitor ambulatorio de ritmo cardiaco y el entrenamiento en solución de problemas es mejor que realizar ejercicio de manera autónoma para los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en Corea del sur.

Un estudio llevado a cabo por Wu, Juang y Lin (2016) tuvo por objetivo desarrollar un nuevo instrumento psicométrico, la escala de solución de problemas e hipoglucemia (HPSS por sus siglas en inglés) que está diseñada para evaluar cómo los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 manejan los problemas relacionados a la hipoglucemia.

Se utilizó un diseño transversal para la validación del instrumento y el desempeño de este. Se incluyeron en el estudio aquellos pacientes que hubieran sido diagnosticados, por lo menos desde hacía un año con diabetes mellitus tipo 2 y que estuviesen medicados con insulina y que, por lo menos, hubiesen experimentado una vez en su vida un ataque de hipoglucemia en los 6 meses anteriores al estudio. La muestra estuvo compuesta por 313 participantes.

Con un análisis de factores los 24 ítems del HPSS se agruparon en 7 principales factores: percepción de la solución de problemas, detección y control,

identificación de los atributos del problema, establecimiento de la meta de la solución del problema, búsqueda de estrategias preventivas y manejo inmediato.

Los autores concluyen que la escala HPSS fue verificada como válida y confiable. Sugieren que los estudios futuros deben seguir probando y mejorando el instrumento para aumentar su efectividad para la ayuda a la gente con diabetes y puedan manejar sus problemas relacionados a la hipoglucemia.

Los autores buscan que los pacientes solucionen problemas en torno a la enfermedad para llevar a cabo conductas de autogestión y autocuidado, con ello, minimizar los costos que conlleva la enfermedad y que los pacientes no dependan de alguien externo, tomando en cuenta que los sectores a los cuales estuvieron dirigidos los estudios son de niveles socioeconómicos bajos, por lo que muchos pacientes son incapaces de costear cuidados intensivos. Asimismo, buscan que poblaciones que ya cuentan con una discapacidad derivada de la enfermedad puedan llevar a cabo las conductas pertinentes y efectivas para no seguir deteriorando la salud del paciente (Hill-Briggs, Lazo, Renosky & Ewing, 2008).

Los autores, en su mayoría, señalan cómo las medidas antropométricas de riesgo disminuyeron una vez finalizados los tratamientos y en un seguimiento posterior al tratamiento, lo que sugiere intervenciones efectivas y encaminadas a mejorar la calidad de vida del paciente (Fitzpatrick, Schumann & Hill-Briggs, 2013).

Los esfuerzos de los diferentes autores tienen un fin común: ser auxiliares en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (Mulvaney, 2009); sin embargo, dichos esfuerzos están basados en el pragmatismo y la demanda que se ha hecho a los psicólogos en el campo aplicado, en este caso particular, en el de la salud y no poseen un cuerpo teórico que brinde soporte a lo extenso de los trabajos antes citados.

Uno de los aspectos principales es el uso de la técnica y su para qué. Desde un punto de vista interconductual, y a través del modelo de salud biológica de Ribes (1990) la técnica resulta útil para promover conductas de prevención en un nivel secundario, haciendo que el comportamiento de los pacientes potencie las acciones terapéuticas cooperando con el tratamiento a través de la adherencia a la dieta, la realización de actividad física y de la ingesta de medicamentos que ayudan a

controlar la enfermedad. Se comentó que diversos autores buscan medir las habilidades que tienen los pacientes a través de instrumentos varios, derivado de ello buscan realizar una intervención (Hill-Brigs & Gemmell; 2007; Schumann, Sutherland, Majid & Hill-Brigs; 2011; Fitzpatrick, Schumann & Hill-Brigs; 2013). Esto soslaya la necesidad de una intervención expedita, por lo que los investigadores y terapeutas deberían poner en primer lugar una evaluación que proporcione información de las conductas instrumentales presentes, y, como resultado final, intervenir específicamente en el comportamiento a modificar, apoyado de la técnica en solución de problemas.

Los diversos autores han encontrado una alta correlación entre la adquisición de habilidades en solución de problemas con diferentes variables:

1. Conductas de autocuidado.
2. Medidas antropométricas.
3. Estados emocionales.

Por lo que concluyen que entre mayor sea la habilidad para solucionar problemas, mayores y mejores serán las conductas de autocuidado, los niveles de glucosa y lípidos serán menores y no estarán presentes problemas tales como la depresión o problemas interpersonales. Caso contrario si se carece de las habilidades en solución de problemas.

Es por esto por lo que los investigadores y profesionales de la salud aplican la estrategia de forma indiscriminada, aludiendo a su efectividad en mantener los índices de glucosa en un estado óptimo, así como la mejora en la calidad de vida de los pacientes. Si bien, ese debiera ser el objetivo final de todo tratamiento, al tratarse de una labor científica y tecnológica, debieran existir bases fundamentales para la aplicación de cualquier estrategia.

En una revisión a diferentes aspectos sobre el uso de la técnica de solución de problemas, Fitzpatrick, Schumann y Hill-Brigs (2013) mencionan la importancia de utilizar términos en común, ya que su exploración ha develado que se utilizan conceptos diferentes, además de procedimientos muy distintos con cada grupo al que se le aplica la intervención, lo que dificulta averiguar los factores que influyen en la efectividad de la técnica; es por ello, que proponen una línea a seguir: el

entrenamiento de la técnica en solución de problemas con respecto al contenido de los programas y el entrenamiento que se brinda, siendo unificado como un paquete para su implementación en los pacientes; asimismo mencionan lo fundamental del tiempo estimado de intervención con el que tendrán incidencia con los participantes.

En términos generales los estudios presentes tienen los siguientes problemas:

1. Los instrumentos utilizados son interpretados por cualquier aproximación teórica, incluso teniendo bases de la literatura que se contraponen tales como conductismo, cognoscitivismo y humanismo (Amoako, Skelly & Rossen, 2008; Glasgow, Fisher, Skaff, Mullan & Toodbert, 2007; Hill-Briggs, Yeh, Gary, Batts-Turner, D'Zurilla & Brancati, 2007; Allen, Whitemore y Melkus, 2011, Hill-Briggs, et al., 2011).
2. Establecen como prioridad el aprendizaje de la técnica más allá de identificar los elementos funcionales del comportamiento individual para la adquisición de competencias que favorezcan las conductas de autocuidado (Hill-Briggs, 2006; Allen, Whitemore & Melkus, 2011).

La técnica en solución de problemas, como se revisó al inicio del presente capítulo, tiene su origen en la administración de empresas y no en la psicología cognitiva y/o cognitivo-conductual como se piensa (Schumann, *op.cit.*, 2011; Bravo & Valadez, 2012), por lo que esto es evidencia de algunos de los conflictos en psicología y del eclecticismo que abunda en ella, ya que se toman modelos o técnicas de disciplinas ajenas a la psicología, ya que se utilizan de manera pragmática, más allá de valorar la relación que guarda la estrategia a emplear con la situación a afrontar. La técnica en solución de problemas puede ser utilizada para los fines que se persiguen en el tratamiento de la enfermedad de la diabetes mellitus tipo 2 si se hace un análisis de su pertinencia y funcionalidad para dichos fines.

Desde una perspectiva interconductual se establece un objeto de estudio que no se yuxtapone con el de otra disciplina científica, y con ello se plantea la premisa con la que se pueden desarrollar una serie de conocimientos ordenados que posteriormente se sintetizan en el campo de la aplicación. Esto ha traído como consecuencia avances tecnológicos. En este sentido, de la teoría interconductual

se derivó una metodología para el análisis y cambio de la conducta humana en sus ambientes naturales, que es el análisis contingencial (Ribes, Díaz-González, Rodríguez & Landa, 1986; Rodríguez, 2002).

El análisis contingencial se elaboró con una doble función: a) como sistema para el análisis del comportamiento humano individual, y b) como metodología para el cambio de conducta individual. Para los propósitos que persigue el trabajo, se revisarán algunos aspectos de la segunda función que cumple el análisis contingencial.

Los pasos para su aplicación como metodología para el cambio de conducta individual son:

1. Identificación de las relaciones microcontingenciales, las cuales son el conjunto de relaciones que establece el individuo con otros dentro de una situación delimitada convencionalmente. Se revisan cuatro componentes que son las morfologías de conducta, los factores disposicionales, las personas involucradas en la situación y los efectos que tiene la situación.

2. Evaluación del sistema macrocontingencial, que se refiere al contexto valorativo que regula las relaciones que se dan dentro del sistema microcontingencial. Los valores se estudian y analizan a la luz de categorías psicológicas que permiten dar cuenta del contexto que regula al individuo respecto de sus prácticas valorativas en comparación con las de su o sus grupos de referencia.

3. La génesis del comportamiento que se refiere a la historia interactiva del individuo, debido a que juega un papel disposicional en su comportamiento presente.

4. Análisis de soluciones, que se basa necesariamente en el análisis del comportamiento valorado como problema con los tres pasos anteriores, y permite definir los objetivos para alterar el comportamiento individual.

5. La selección, diseño, aplicación y evaluación de los procedimientos de intervención, que es el último paso de la metodología y que solamente puede llevarse a cabo una vez que el problema está totalmente definido. Se puede emplear una estrategia que promueva situaciones que faciliten nuevas interacciones.

Respecto al último paso, tradicionalmente se eligen los procedimientos de modificación conductual en función de problemas establecidos *a priori* y caracterizados morfológicamente, por lo que existe un esfuerzo por encontrar la técnica *ad hoc* a cada tipo de problema, como en los estudios revisados, cuya tarea ha consistido en hacer de la estrategia en solución de problemas la esencial para establecer conductas de autocuidado y desórdenes emocionales (Schuman, *et. al.*, 2011). En el Análisis contingencial se propone un cambio, el tratamiento debe ser individualizado y se debe seleccionar o diseñar una intervención considerando tres grupos de criterios funcionales (Rodríguez, 2002):

1. La naturaleza de la interacción terapéutica: está compuesta por la propiedad definitoria de la conducta valorada como problema y los aspectos de la conducta a los que se dirige la técnica. Se dividen en:
 - 1.1. Oportunidad. Cuando la circunstancia que define al problema y las acciones terapéuticas se relacionan con la discriminación de las circunstancias en que debe o no emitirse una conducta particular. Ej. Una persona que sepa decir “no” cuando le piden favores, pero que es incapaz de llevar a cabo la misma conducta, decir “no”, cuando le ofrecen alimentos poco saludables.
 - 1.2. Precisión. Cuando el individuo sabe cómo y en qué circunstancias comportarse de alguna manera determinada, pero no lo hace con la precisión o fineza requeridos. Ej. Una persona es capaz de rechazar alimentos poco saludables a su dieta; sin embargo, el tono de voz que utiliza no es el adecuado para convencer a su interlocutor de ello, por lo tanto, insiste en ofrecerle los alimentos.
 - 1.3. Tendencia. En donde la circunstancia que define el problema y las acciones terapéuticas se relacionan con la probabilidad de emisión de ciertas conductas. Ej. El hábito de freír los alimentos al momento de prepararlos.
 - 1.4. Relación de efecto. El comportamiento se valora como problemático en términos de sus efectos. Ej. Freír los alimentos afecta los niveles de glucosa en la sangre.

- 1.5. Adquisición. Ambos aspectos se enfocan en la adquisición de funciones particulares para formas de conducta existentes. Ej. Aprender nuevas formas de preparación de alimentos.
2. El tipo de procedimiento en términos de sus efectos. Se obtiene a partir, tanto del análisis de solución como de la naturaleza de las dimensiones funcionales de los sistemas contingenciales que deben alterarse (Rodríguez 2002). Se dividen en:
 - 2.1. “Procedimientos para alterar disposiciones. Son aquellos cuyo objetivo es alterar las propiedades de objetos o acontecimientos físicos, inclinaciones, estados de ánimo o conmociones emocionales y tendencias.
 - 2.2. Procedimientos para alterar la conducta de otros. Se refiere a aquellos destinados a alterar la funcionalidad de la conducta de otras personas: conducta auspiciadora, mediadora, mediada, reguladora de tendencias, propensiones o inclinaciones, así como los efectos de tales conductas sobre el comportamiento del usuario.
 - 2.3. Procedimientos para alterar la propia conducta. Comprende procedimientos para alterar los efectos de la propia conducta sobre sí mismo, para alterar la propia conducta mediadora, para crear o alterar competencias y para establecer conductas que alteren efectos disposicionales de otras conductas propias.
 - 2.4. Procedimientos para alterar prácticas macrocontingenciales. Incluye procedimientos para establecer conductas de elección macrocontingencial, para cambiar conductas propias que cambian prácticas valorativas de otros, para cambiar conductas de otros que cambian prácticas valorativas propias y de otros, y para cambiar conductas propias para ajustarse a prácticas valorativas de otros” (Rodríguez, 2002, pp. 133-134).
3. Las funciones del terapeuta. Se considera el papel funcional asumido por el psicólogo durante el proceso de intervención. Se dividen en:

- 3.1. “Auspiciar. Consiste en crear las condiciones necesarias para que una interacción entre ciertas personas se dé, sin formar parte directa de ella.
- 3.2. Informar. Consiste en referir acerca de las circunstancias, factores y efectos que se relacionan con que una interacción tenga o no lugar.
- 3.3. Regular. Establecer los momentos y factores morfológicos de la conducta que deben implicarse en ciertas formas de comportamiento.
- 3.4. Instigar. Persuadir al usuario a comportarse de cierta manera.
- 3.5. Entrenar. Ejercitar al usuario en las conductas específicas a emitir.
- 3.6. Instruir. Referir el tipo de comportamiento específico que requiere una interacción particular.
- 3.7. Participar. Formar parte de una interacción” (Rodríguez, 2002, pp. 134-135).

Para un mejor análisis, los autores desarrollaron una matriz de evaluación funcional de las técnicas más utilizadas en la modificación de la conducta (Díaz-González, Ribes, Rodríguez y Landa; 1989) con base en los tres grupos de criterios descritos, contemplando así las tres dimensiones: a) la naturaleza de la interacción terapéutica, b) las funciones del terapeuta y c) el tipo de efectos.

Tomando como base la matriz, la técnica de solución de problemas puede ser utilizada en la modificación de la conducta de pacientes diabéticos para alterar estados emocionales (disposiciones) y la conducta propia; la naturaleza de la interacción terapéutica sería de Adquisición (el aprendizaje de los pasos de la técnica), Oportunidad (comportamiento que el usuario ya posee y dirigirlo a situaciones particulares) y Relación de efecto, esto es, modificar las consecuencias de su comportamiento. Las funciones del terapeuta entonces serían, informar, entrenar e instruir. Lo anterior está descrito en la tabla 1, la cual se tomó de Rodríguez (2002) y solamente se muestra lo que corresponde a la estrategia en solución de problemas.

Tabla 1. Descripción de los criterios funcionales para la selección y aplicación de la técnica en solución de problemas.

Procedimientos para alterar disposiciones	Adquisición		Oportunidad		Relación de efecto	
	Técnica	Función del terapeuta	Técnica	Función del terapeuta	Técnica	Función del terapeuta
	Solución de problemas	-Informar -Entrenar -Instruir	Solución de problemas	-Informar -Entrenar -Instruir	Solución de problemas	Informar Entrenar Instruir
Procedimientos para alterar la propia conducta	Técnica	Función del terapeuta	Técnica	Función del terapeuta	Técnica	Función del terapeuta
	Solución de problemas	-Informar -Entrenar -Instruir	Solución de problemas	-Informar -Entrenar -Instruir	Solución de problemas	Informar Entrenar Instruir

Esto solo implica de momento la técnica en solución de problemas, ya que es la estrategia que se está analizando; sin embargo, esta matriz nos permite seleccionar con criterios funcionales el paquete de técnicas a emplear en la tarea de auxiliar a los pacientes diabéticos.

La técnica es potencialmente útil para incidir en estados de ánimo y conmociones emocionales, es por ello que en estudios recientes (Rodríguez, Rentería, Rodríguez & García; 2016) se ha seleccionado utilizando los criterios funcionales anteriormente descritos, tomando en consideración que incide potencialmente en adquisición, oportunidad y efectos de la conducta propia, para alterar, particularmente, propensiones, es decir, se selecciona para aquellos usuarios que reportan comer de forma poco saludable bajo estados de ánimo alterados (estando enojados, aburridos, preocupados, entre otros)

Como se mencionó, el criterio que siguen los estudios descritos (Hill-Briggs, 2006; Amoako, Sekelly & Rossen; 2008; Glasgow, *et al*; 2007; Lee, Kim, Park, Park & Kim; 2010; Allen, Whitemore & Melkus; 2011) es la efectividad que ha tenido la técnica de solución de problemas en los casos de diabetes y el estatus que le ha otorgado la Asociación Americana de Educadores en Diabetes debido a la alta correlación estadística que existe entre el entrenamiento de la técnica con notorios cambios en los índices glicémicos, el control de peso, automonitoreo, realización de actividad física, adherencia a la dieta y en la mejora de los desórdenes emocionales (Schumann, Sutherland, Majid & Hill-Briggs; 2011).

Lo que buscan los autores entrenando a los pacientes es: a) que entiendan que la habilidad para resolver problemas se refiere al enfoque que un individuo toma para resolver problemas y con ello tengan un enfoque más racional; b) cambiar las actitudes y creencias de los individuos sobre su enfermedad y los problemas que enfrentan; c) la transferencia de experiencias o aprendizajes pasados para intentar resolver problemas nuevos; y d) la adquisición de conocimientos específicos de la enfermedad para solucionar problemas relacionados con el autocontrol de la misma.

Desde una perspectiva interconductual, no existen conductas *a priori* definidas como problemáticas, por lo que no se hace el uso de la etiqueta racional o irracional, que son términos más adscritos a la tradición de enfermedades mentales basadas en el modelo clínico-médico, por lo que el empleo de la técnica no está focalizado en que los pacientes posean un pensamiento racional, simplemente ejercitarlos en la definición de un problema, para que con ello generen un abanico de posibilidades, discriminen de entre las posibilidades la opción más viable, apliquen y evalúen los resultados obtenidos.

Por otra parte, los estudios de Amoako, Skelly y Rossen (2008), Glasgow, *et al*. (2007), Lee, Kim, Park, Park y Kim (2010), Allen, Whitemore, y Melkus (2011), buscan incidir, directamente con la técnica en solución de problemas, en la mejora de la alimentación y la realización de actividad física. Los autores aseveran que un entrenamiento en solución de problemas les auxiliará en la toma de decisiones sobre lo relacionado a la enfermedad como medida regulatoria de las conductas saludables que deberían emitir, aunado a que cognitivamente les permitirá tener

presente lo que se debe y no se debe hacer para mantenerse en el régimen alimenticio y en la realización de la actividad física.

Contrario a lo que aseveran los autores, los criterios funcionales para seleccionar una técnica que sea potencialmente útil para regular la conducta alimentaria serían distintos, ya que las incidencias serían en oportunidad, precisión, tendencia, adquisición y relación de efecto como un procedimiento para alterar la conducta propia y el terapeuta debería informar, regular, instigar, entrenar e instruir, por lo que la técnica a emplear sería distinta a la de solución de problemas.

Es por ello por lo que en algunas investigaciones (Rodríguez, Díaz-González & García, 2013; Rodríguez, Rentería, Rodríguez & García; 2016) la técnica se implementa para alterar estados de ánimo y/o conmociones emocionales que pudieran alterar la ingesta de alimentos, siendo que de manera previa se entrena a los pacientes a tener un control de las porciones que deben comer diariamente.

Aspectos como los mencionados soportan la idea de que la técnica en solución de problemas y toma de decisiones se puede utilizar para que los pacientes logren identificar escenarios en los cuales sus emociones son alteradas y con ello puedan diseñar una estrategia para alterar sus efectos, evitando así que estos estados emocionales influyan en las conductas de autocontrol.

Una alternativa a lo que tradicionalmente se realiza es que, en futuras investigaciones se empleen criterios funcionales para que el diseño de intervención incida potencialmente en los aspectos específicos a modificar de la conducta de los pacientes. Se presenta a continuación una propuesta para la enseñanza y aplicación de la técnica en solución de problemas:

Objetivos

Objetivo general. Los participantes alterarán la función disposicional que tienen ciertos estados de ánimo (propensiones) para el cumplimiento de la dieta

Objetivo específico 1. Los participantes tendrán información de los objetivos del taller.

Objetivo específico 2. Los participantes adquirirán información sobre los principios de la técnica de solución de problemas y sus ventajas para mejorar la adherencia a la dieta.

Objetivos particulares

2.1 El participante conocerá los componentes de la técnica de solución de problemas

Objetivo específico 3. El participante registrará las propensiones que interfieren con su dieta.

Objetivos particulares.

3.1 El participante registrará las propensiones que interfieren con el seguimiento de su dieta.

Objetivo específico 4. Los participantes utilizarán la técnica de solución de problemas para alterar las propensiones.

Objetivos particulares

4.1 El participante definirá el problema que regula sus propensiones.

4.2 El participante generará alternativas de solución para resolver sus problemas.

4.3 El participante elegirá la alternativa más efectiva para la situación problema tomando en cuenta los efectos, costos, beneficios, recursos y apoyos sociales disponibles.

4.4. El participante ejecutará la alternativa elegida.

Método

Fase I. Aprendizaje de la técnica.

Objetivo específico 1. Los participantes tendrán información de los objetivos del taller.

Justificación. Se espera que la información proporcionada permita a los participantes ajustarse al método que se les presentará, además que es un requisito el informarles el procedimiento que se utilizará, así como de los objetivos que se persiguen, que es lograr alterar las propensiones.

Actividades.

A través de una presentación en power point se presentarán a las participantes los objetivos que persigue el taller y cómo el cumplimiento de estos ayudará a que se puedan sentir bien y tener efectos positivos para su salud:

- Implementar una estrategia para evitar que las emociones regulen nuestra forma de comer.
- Aprender de manera correcta cómo llevarla a cabo.

¿Cuáles son los beneficios que se obtienen al cumplirse dichos objetivos?

Aumento de la calidad de vida. Es importante señalar que un paciente con diabetes puede llevar una vida como cualquier otra persona. La palabra dieta no implica necesariamente la prohibición de ciertos alimentos, hace más bien referencia a un control sobre los alimentos que consumimos, una persona con diabetes puede comer de todo como cualquier otra persona, solo que, con ciertas restricciones, dada la condición de su enfermedad. Es por ello que el aprendizaje de la técnica conlleva a que la calidad de vida aumente, siendo que esta puede trasladarse a otros contextos.

¿Cuáles son las consecuencias de no llevar a cabo los objetivos?

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

-Sistema circulatorio:

Enfermedades del corazón (Infarto).

Accidente cerebral vascular.

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

Daño en las arterias del riñón (Nefropatía diabética).

-Sistema nervioso:

Falta de sensibilidad (hormigueo en los pies).

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

-Combinaciones del sistema circulatorio y nervioso

Pie diabético. Falta de sensibilidad y problemas circulatorios que produce ulceración y en casos extremos se llega a la amputación del pie.

Formas o herramientas

Para evaluar el cumplimiento de este objetivo, se les aplicará un cuestionario. Las instrucciones serán las siguientes:

A continuación, se te presentan una serie de preguntas con base en la información que acabas de recibir. Subraya la respuesta correcta. Usa exclusivamente el lápiz que se te proporciona para que puedas borrar si la respuesta es incorrecta y puedas cambiar.

Cuestionario. Objetivos del taller.

1. Uno de los objetivos que persigue el taller es:
 - a. Vivir plenamente.
 - b. Implementar una estrategia para evitar que las emociones regulen nuestra forma de comer.
 - c. Saber cómo poder llevar a cabo un plan de solución de problemas.
2. Es una complicación del sistema circulatorio provocado por la diabetes:
 - a. Hipertensión
 - b. Daños en el hígado
 - c. Ceguera
3. Es otra complicación del incumplimiento de los objetivos.
 - a. Pie diabético.
 - b. Llanto excesivo.
 - c. Problemas en los riñones.

Criterios de logro. Se considerará alcanzado el objetivo si los participantes tienen el 100% de respuestas correctas en este cuestionario. Si algún participante no alcanza el criterio de logro, se programará una tutoría con él de 30 minutos por la tarde, donde se volverá a repasar los tópicos revisados en esta sesión y al término de esta, se volverá a realizar el cuestionario de evaluación.

Objetivo específico 2. Los participantes adquirirán información sobre los principios de la técnica de solución de problemas y sus ventajas para mejorar la adherencia a la dieta.

Objetivo particular 2.1 El participante tendrá información de la técnica de solución de problemas.

Justificación. La información sobre la técnica brinda al participante las herramientas necesarias sobre cómo utilizarla después para su implementación. Se espera que, teniendo como base la información precisa de la técnica, los participantes puedan utilizar dicha información de manera futura para tener una referencia del “cómo” emplearla.

Actividades.

A través de una presentación de power point se presentará la información pertinente respecto a la técnica.

¿De qué trata la técnica?

Es una técnica que nos ayuda, con pasos muy sencillos, a dar solución a problemas sencillos, poco complicados o tremendamente complejos. Regularmente estos problemas nos hacen sentir ansiosos, estresados, tristes por creer que no tenemos una solución ante tal problemática, o tal vez frustrados. Quizá sea la mezcla de emociones y sentimientos lo que tengamos de por medio y, esto conlleva a dos cosas, principalmente:

- a. Que no podamos ver con claridad lo que podemos hacer para dar una solución adecuada a la problemática.
- b. Al estar pensando y sintiendo tantas cosas, no estemos pendiente de lo que comemos o dejamos de comer.

¿Qué sucede cuando sentimos todas estas emociones?

Solemos tomar decisiones que simplemente pueden empeorar las cosas, que nos afectan y terminan siendo un caos dentro del mismo que ya estaba antes de haber hecho algo. Es por ello que el aprendizaje de dicha técnica nos ayuda a tomar decisiones frías y calculadas para obtener el mejor resultado.

Pasos que seguir:

El primer paso para la aplicación de la técnica es DEFINIR EL PROBLEMA.

¿Cómo definimos un problema?

Hay que tomar en cuenta que un problema es todo evento que provoque en nosotros una toma de decisión. Tan sencillo como eso que de manera cotidiana nos enfrentamos a diversos problemas, desde los más sencillos, hasta los más complejos. Un ejemplo de un problema fue, antes de salir de sus casas, aquella pregunta que a veces nos formulamos al terminar el aseo personal: “¿qué me voy a poner?” Ante esta pregunta ya tenemos un problema, al cual debemos dar una solución. Existen problemas más complicados como deudas bancarias, relaciones familiares, entre otras. Pero debemos definir cuál es el problema.

¿Cuál es el criterio para definir un problema?

Lo que la situación o evento nos hace sentir. Todo aquello que nos ponga de malas, tristes, nos estrese, entre otras emociones. Teniendo en cuenta esto, debemos tener claro que el problema no es la emoción que experimentamos, sino lo que la provoca. Teniendo en claro qué provoca la emoción, podemos definir el problema.

Ejemplo:

Me siento aburrida. (Emoción experimentada)

Estoy en casa durante gran parte del día y los programas en la T.V. no logran entretenerme. (Problema identificado y definido).

NOTA: Para efectos prácticos, los problemas que abordaremos en este taller son aquellos que interfieran en la dieta, es por ello que, regresando al ejemplo puede que sentirse aburrida por estar la mayor parte del día en casa ocasione que nos dirijamos a la cocina o al refrigerador a “pellizcar” un poco de comida, quebrantando así la dieta.

Paso 2. Generación de alternativas o “lluvia de ideas”

Una vez definido el problema, el paso a seguir es generar todas las alternativas posibles para poder resolver dicho problema. Para esto se utiliza lo que se conoce

como “lluvia de ideas”, que, como su nombre lo indica, la finalidad es que caigan sobre nosotros todas, TODAS, las ideas que puedan ayudar a resolver la situación. En este punto debemos olvidar todos nuestros prejuicios. Todas las ideas son válidas, desde la más “lógica” hasta la más “ilógica”. De nada sirve juzgar a una idea antes de tiempo. Al fin y al cabo, sólo es una idea. Deben dejar fluir todas y, de preferencia, colocarlas en una libreta o algún lugar donde podamos tenerlas presentes.

Ejemplo:

Destruir mi habitación Salir a pasear Planear un crimen Llamarle a mi comadre Subir a la azotea y ver la vida pasar Dormir todo el día Ir a comer Leer un libro Aprender computación Tocar algún instrumento Buscar actividades divertidas Ir de compras Saltar en la cama Visitar a los hijos Dormir en lo que se me pasa el aburrimiento

Como pueden apreciar, algunas ideas les pueden resultar disparatadas, pero en este apartado eso no tiene importancia, no hay que juzgar ninguna idea en este momento.

Paso 3. Análisis costo-beneficio (Ventajas y desventajas)

En este paso lo que vamos a realizar es a comenzar a descartar algunas de las opciones que no sean viables en lo absoluto, siempre y cuando comencemos a analizar que cada una de estas tiene su ventaja y desventaja. En este momento, ambas tienen que ser reales, esto es, la ventaja y desventaja de cada una de las ideas propuestas tiene que mantenerse dentro del margen de los hechos.

Ejemplo:

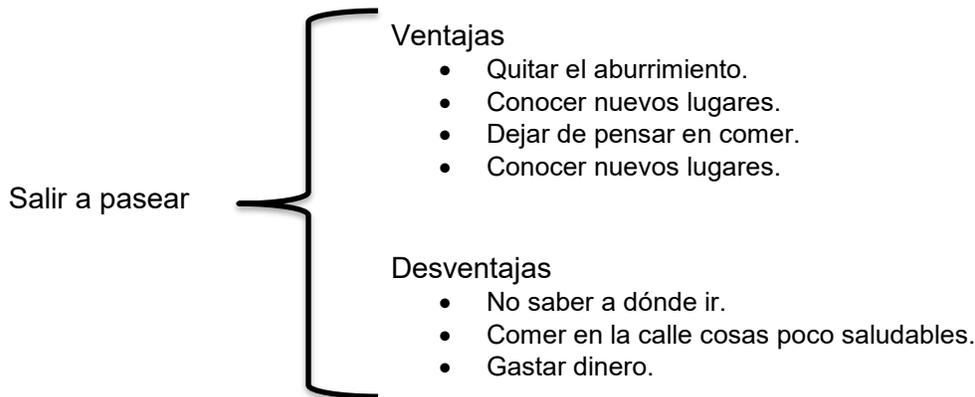


Figura 1. Análisis de ventajas y desventajas (también conocido como costo-beneficio)

Una vez que hagamos un repaso de qué vale más, o que se analicen otras ventajas y desventajas, o inclusive se vea que algunas de estas no son del todo reales, tomaremos la decisión adecuada.

Paso 4. Ejecución.

Una vez que hayamos tomado la decisión de lo que haremos, pues el paso a seguir, casi de manera obvia, es llevar a cabo dicha decisión. Lo más sensato es que la decisión o la solución a la que hayamos llegado sea la más conveniente y, sobre todo, que podamos llevarla a cabo sin que nos genere otro problema o que conlleve a otra toma de decisiones, de lo contrario estaríamos en un círculo vicioso, y lo que buscamos es que se solucione el problema desde el inicio, es por ello que el primer paso es uno de los más importantes, ya que un problema bien definido, es un problema casi resuelto.

Formas o herramientas. Para corroborar que el objetivo se haya cumplido, los usuarios tendrán que contestar el siguiente cuestionario.

1. ¿Para qué nos sirve la técnica de solución de problemas?
 - a) Para solucionar nuestra vida.
 - b) Para ponerle fin al sufrimiento.
 - c) Para evitar que los problemas alteren nuestra dieta/forma de comer.

d) Para aprender nuevas cosas.

2. ¿Cuántos son los pasos que se deben de tomar en esta técnica?

- a) 2
- b) 4
- c) 8
- d) 12

3. ¿En qué consiste el primer paso?

- a) Definir el problema.
- b) Elegir nuestra dieta.
- c) Solucionar el problema.
- d) Hablar de los problemas.

4. ¿Cuántas ideas puede haber en “la lluvia de ideas”?

- a) 1
- b) 5
- c) No hay límite.
- d) 8

5. ¿En qué consiste el análisis de costo-beneficio?

- a) Determinar la mejor opción con base a lo que me dé más beneficios que costos.
- b) Determinar que todas las opciones tienen ventajas y desventajas.
- c) Nos permite ver que la solución es muy complicada.
- d) Nos permite darnos cuenta de lo complicado que es analizar un problema.

6. ¿De qué depende que el proceso llegue al final?

- a) De que el problema no sea complicado.
- b) De que pensemos bien las consecuencias.
- c) De que no nos compliquemos la vida.
- d) De seguir cada uno de los pasos para poder llevar a cabo la solución.

Criterio de logro. Para determinar que los participantes aprendieron bien los pasos de la técnica, es necesario que el cuestionario este contestado al 100% correcto. Aquellos que no lo hayan alcanzado, tendrán una tutoría extra en sus dudas para que puedan alcanzar el criterio de logro.

Objetivo específico 3. El participante registrará las propensiones que interfieren con su dieta.

Objetivo particular 3.1. El participante registrará las propensiones que interfieren con el seguimiento de su dieta.

Justificación. El uso de un registro permite que los usuarios identifiquen lo que altera la dieta, así como pueden comenzar a identificar los cambios que vayan generando al observar que las condiciones van evolucionando conforme apliquen la técnica en un futuro.

Información

Utilizando como recurso didáctico una presentación de Power Point y el uso de registros conductuales en blanco, se entrenará a las participantes en esta sesión a llevar un registro conductual de las propensiones que interfieren con los hábitos alimenticios. El principal objetivo de este registro conductual es conocer cuáles son los eventos que interfieren con el cumplimiento de la dieta de cada uno de los participantes.

Se proporcionará la siguiente información:

¿Qué es un registro conductual?

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

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

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

Cuadro 1. Registro conductual en el cual se registra la hora de comida, la cantidad y tipo de alimentos y el estado emocional que pudiese llegarse a experimentar.

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

Cantidad de Alimentos ingeridos

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

Algunas medidas son:

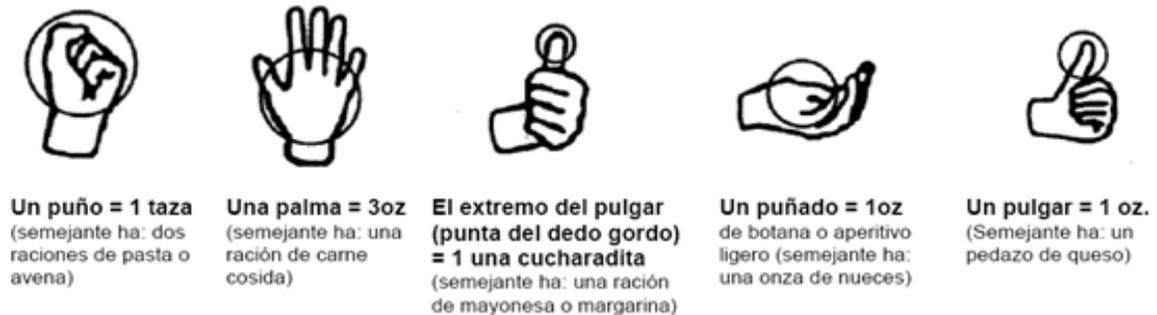


Figura 2. Medidas auxiliares para ingerir contabilizar y medir alimentos. Tomados de García (2010).

Así podemos contabilizar lo que comemos. Por ejemplo: El extremo del pulgar (punta del dedo gordo) nos permite determinar una cucharadita de diversos productos como mayonesa, aceite, vinagre o azúcar. Un puñado es una medida más grande que un puño, equivale a 30 gramos de comida aproximadamente, o a dos bolsas pequeñas de Sabritas. Un pulgar semejante a 30 gramos, que son un pedazo pequeño de queso. También los podremos hacer por piezas, por ejemplo 1 pieza de huevo, 1 manzana, 1 plátano, 1 naranja, 5 piezas de uva, 2 piezas de durazno, 1 pieza de pan de dulce, etc. También podemos registrar 1 rebanada de pan de caja, 1 rebanada de jamón, o 1 rebanada de jitomate. Para registrar los líquidos podemos usar como medida un vaso estándar, registrar 6 vasos de agua al día, 2 vasos de refresco, 2 vasos de leche, o 2 vasos de cerveza.

Colocado en el registro, quedaría de la siguiente manera:

Día	Hora	Cantidad y tipo de alimentos ingeridos	Estados Emocionales
Lunes	6:59am 8:40am	Un vaso de leche, una taza de cereal de caja. 2 piezas de huevo, 2 rebanadas de jamón, 2 piezas de tortillas.	
Martes			
Miércoles			
Jueves			
Viernes			
Sábado			
Domingo			

Cuadro 2. Registro conductual. En este se registra un ejemplo a los participantes.

Estados Emocionales

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

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

Ejemplo de llenado:

Día	Hora	Cantidad y tipo de alimentos ingeridos	Estados Emocionales
Lunes	6:59am 8:40am	Un vaso de leche, una taza de cereal de caja. 2 piezas de huevo, 2 rebanadas de jamón, 2 piezas de tortillas.	Estrés de llevar a mis hijos a la escuela. Tranquilidad de estar solo(a) en casa
Martes			
Miércoles			
Jueves			
Viernes			
Sábado			
Domingo			

Cuadro 3. Registro conductual. En este se registra un ejemplo a los participantes.

Forma de evaluación

Se darán las siguientes instrucciones:

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

Criterio de logro

Los participantes tendrán que llenar de la forma en que se les modeló el registro. En caso de dudas, se les resolverán en el momento para dar la agilidad. Se considerará cumplido el objetivo si los participantes no presentan dudas en el llenado del registro.

Al término de la actividad se les indicará que deberán llevarse el registro para su llenado diario, teniendo como tarea para la siguiente sesión presentar el registro lleno en su totalidad, esto con el fin de identificar lo que ocurre cuando los

participantes presentan cierta disposición a estados de ánimo que alteren sus hábitos alimenticios.

Fase 2 Intervención

Objetivo específico 4. Los participantes utilizarán la técnica de solución de problemas para alterar las propensiones.

4.1 El participante definirá el problema que regula sus propensiones.

Justificación. Las propensiones son estados de corta duración, como los estados de ánimo (tristeza, felicidad, enamoramiento) o las conmociones emocionales (emociones intensas de corta duración, como euforia, ira, o miedo). Algunas propensiones pueden hacer menos probable que una persona cumpla con su dieta, por ejemplo, si un participante se encuentra estresado porque tiene una carga de trabajo enorme, es posible que no preste atención a su dieta y consuma una mayor cantidad de alimentos, o si se encuentra triste porque tiene problemas con su pareja es más probable que deje de comer y no cumpla con su dieta de forma adecuada. En estos casos tiene que identificar que estas emociones son independientes del acto de comer, para que no interfieran con el cumplimiento de la dieta. Las propensiones están circunscritas al ambiente donde los participantes se desenvuelven, caracterizados como problemas; la idea es también hacer que se comporten inteligentemente al identificar a qué se deben estas propensiones.

Actividades.

Se les pedirá a los participantes que en sus registros conductuales identifiquen las emociones que han sentido/experimentado y que influyen en su forma de ingerir alimentos. Asimismo, se les pedirá que relacionen cómo estos estados de ánimo han influido en mayor o menor medida en la cantidad de alimentos, ya sea que hayan comido más de lo debido o que hayan comido alimentos que tienen restringidos, o si dichas emociones han hecho que se deje de comer. Se les brindará la siguiente información:

Los estados emocionales que han identificado en sus registros pueden deberse principalmente a dos causas, la primera se debe a un déficit de habilidades para

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

¿Recuerdan cuando les hablé de la técnica de solución de problemas? Bueno, pues este es el momento en que comenzamos a identificar y definir el problema que coadyuva a que ingiramos más/menos alimentos de los indicados en la dieta.

Se les proporcionará una hoja en blanco en donde cada uno definirá el problema, ya sea que este esté relacionado con un déficit o con una circunstancia que no puedan controlar por sí mismos.

Posteriormente deberán describirlo ampliamente, esto junto a la forma que tienen habitualmente de reaccionar, esto es, el estado de ánimo generado.

Ejemplos:

1. Falta de organización del tiempo matutino.

Descripción: Cada mañana tiene que alistarse, así como preparar la comida de su esposo e hijos, lo que le genera un alto nivel de estrés, por lo que sólo se toma un vaso de té/café/leche, lo que no está indicado como un desayuno adecuado según su dieta.

2. Falta de actividades en fin de semana.

Descripción: Cada que llega el fin de semana, inevitablemente es el día de descanso, mi marido no quiere hacer otra cosa que no sea ver deportes por televisión, a veces lo acompaño y, como me aburro, voy a ver qué puedo comer, y constantemente voy a revisar el refrigerador y “pellizcar”, cuando me doy cuenta, ya me comí mucho más de lo debido.

3. Recuerdo del fallecimiento de mi madre.

Descripción: Cada que veo la foto de mi madre, o su ropa, o sus accesorios, me entra una profunda depresión y ello me lleva a perder el apetito, causándome bajas en los niveles de azúcar.

4. Lidar con otras personas al momento de comer.

Descripción: Cada que es la hora de comer en el trabajo, mis compañeros me presionan para ir al puesto de comida (tacos, huaraches, gorditas, quesadillas, etcétera), lo que me provoca ansiedad y nerviosismo y termino cediendo ante sus peticiones.

Formato de evaluación.

Se revisará lo que cada participante haya escrito y, en compañía de los otros miembros del grupo se discutirá si el problema está o no bien definido, esto es, que realmente señale el déficit que se tiene ante la situación o la situación que no está dentro de lo que cada uno pueda controlar.

Criterio de logro.

Se considerará cumplido el objetivo cuando el problema cubra el criterio de señalar el déficit que se tiene ante la situación o si señala la situación que no puede controlar por sí mismo.

Objetivo particular 4.2 El participante generará alternativas de solución para resolver sus problemas.

Justificación: Las alternativas generan en los usuarios mayores opciones para poder desligarse de la propensión que los afecta, asimismo promueve el comportamiento creativo, esto es, que el comportamiento sea variado pero efectivo.

Actividades

Se les pedirá que ahora lleven a cabo “la lluvia de ideas” y con esto ofrezcan diversas soluciones a su problema; escribirán en su hoja la mayor cantidad de soluciones posibles al problema planteado, no importando lo complicadas o difíciles que parezcan ser e inclusive la improbabilidad de llevarlas a cabo.

Ejemplo 1

Problema	Solución
Falta de organización del tiempo matutino.	Hacer un organigrama. Decirles a mis hijos que se preparen de comer. Levantarme más temprano. Dejar hecho mi desayuno desde la noche anterior.

Ejemplo 2.

Problema	Solución
Falta de actividades en fin de semana.	Salir a la calle. Leer un libro. Ir a visitar a mi familia. Pasear por un parque.

Ejemplo 3.

Problema	Solución
Recuerdo del fallecimiento de mi madre.	Tirar todas las pertenencias de mi madre. Llorar desconsoladamente. Cambiar la idea que tengo de sus pertenencias. Esconder todas las cosas de mi madre.

Ejemplo 4.

Problema	Solución
Lidiar con otras personas al momento de comer.	Hablar con todos para que no me inviten a comer. Llevar mi propia comida y solo acompañarlos al lugar. Dejarles de hablar a todos en la oficina. Hacer entender a los demás la naturaleza de mi enfermedad.

Formato de evaluación

En la misma hoja del participante se irá revisando cada una de las ideas posibles para llevarse a cabo.

Criterio de logro

Se considerará cumplido el objetivo en cuanto los participantes hagan una lista de posibles soluciones.

Objetivo particular 4.3 El participante elegirá la alternativa más efectiva para la situación problema tomando en cuenta los efectos, costos, beneficios, recursos y apoyos sociales disponibles.

Justificación: El comportamiento será dirigido a la alternativa de la cual el participante disponga un mayor repertorio conductual y produzca efectos sobre la conducta propia.

Actividades: Se les pedirá que de cada solución posible realicen un análisis sobre las ventajas y desventajas de cada caso, así como también puedan o no contar con recursos para llevar a cabo la solución planteada y, finalmente, si esto implica el apoyo de alguien más o puede llevarse a cabo solo.

Ejemplo 1.

Falta de organización del tiempo matutino	
Hacer un organigrama	
Ventajas	Desventajas
1. Aprender a distribuir el tiempo. 2. Hacer uso correcto del tiempo. 3. Evitar hacer actividades que no corresponden al horario. 4. Ser más organizada	1. No sé cómo hacer un organigrama.

Decirles a mis hijos que se preparen de comer	
Ventajas	Desventajas
1. Tendría menores actividades. 2. Podría acostarme más temprano y levantarme más tarde. 3. Estaría menos estresada. 4. Estaría más descansada.	1. Tendría que enseñarles a cocinar. 2. Me disgusta que usen mi cocina. 3. Tendría que limpiar si usan cosas que no debieran. 4. Podrían comerse algo que no estaba destinado para ellos.
Levantarme más temprano	
Ventajas	Desventajas
1. Disponer de más tiempo para realizar todas mis actividades.	1. Tendría más sueño todo el tiempo. 2. Me sentiría mal durante el día. 3. Rendiría menos en mis actividades.
Dejar hecho el desayuno una noche antes	
Ventajas	Desventajas
1. Podría levantarme más tarde. 2. Dispondría de tiempo para hacer mis actividades.	1. Me tendría que dormir más tarde. 2. Puedo olvidar el desayuno en casa, debido a que no estoy acostumbrada.

Ejemplo 2.

Falta de actividades el fin de semana	
Salir a la calle	
Ventajas	Desventajas
1. Realizaría una actividad distinta. 2. Probablemente no me aburriría. 3. Evitaría estar cerca del refrigerador.	1. Me disgusta salir sola. 2. Me expongo a distintos peligros en la calle estando sola. 3. Quizá me compre algún antojito que vea en algún puesto.

Leer un libro	
Ventajas	Desventajas
1. Me distraería. 2. Puedo aprender algo nuevo.	1. No soy muy fanática de la lectura. 2. Sigo en casa y puedo ir al refrigerador.
Ir a visitar a mi familia	
Ventajas	Desventajas
1. Estaría con personas que quiero. 2. Estaría con otras personas platicando. 3. Estaría fuera de casa. 4. Sana convivencia.	1. Puedo llegar a ser inoportuna. 2. Pueden ofrecerme de comer algo fuera de mi dieta.
Pasear por un parque	
Ventajas	Desventajas
1. Realizaría una actividad distinta. 2. Probablemente no me aburriría. 3. Evitaría estar cerca del refrigerador.	1. Me disgusta salir sola. 2. Me expongo a distintos peligros en la calle estando sola. 3. Quizá me compre algún antojito que vea en algún puesto.

Ejemplo 3

Recuerdo del fallecimiento de mi madre	
Tirar las pertenencias de mi madre	
Ventajas	Desventajas
1. Ya no vería más las cosas, por lo que no me pondría triste.	1. Me sentiría culpable de haber tirado sus pertenencias.

2. Tendría más espacio en el lugar en el cual están guardadas. 3. Podría tener nuevas cosas en aquel lugar.	2. No me quedarían objetos personales de ella.
Llorar desconsoladamente	
Ventajas	Desventajas
1. Me desahogaría.	1. Probablemente de estar tanto tiempo así no me dé hambre. 2. Se me hincharían los ojos. 3. Me sentiría mal
Cambiar la idea que tengo de sus pertenencias	
Ventajas	Desventajas
1. Podría convivir con sus pertenencias sin permitir que me afecten. 2. Superaría la pérdida que fue mi mamá. 3. Podría recuperar el apetito.	1. No sé cómo lograrlo.
Esconder todas las pertenencias de mi madre	
Ventajas	Desventajas
1. No tendría contacto con ellas por lo que no me sentiría triste. 2. Podré recuperarme	1. Puedo encontrarlas nuevamente y las cosas serían igual que antes.

Ejemplo 4.

Lidiar con otras personas al momento de comer	
Hablar con todos para que no me inviten a comer	
Ventajas	Desventajas
1. Evitaría ir a lugares que perjudican mi dieta. 2. Podría alimentarme con lo que yo traje. 3. No tendría que lidiar con la presión.	1. Mis compañeros se molestarían conmigo. 2. Perdería amistades. 3. Ya no me invitarían a ningún lugar.

Llevar mi propia comida y solo acompañarlos al lugar	
Ventajas	Desventajas
1. Podría convivir con ellos mientras comemos. 2. Comería saludablemente.	1. La gente me vería raro de ir con alimentos ajenos al lugar. 2. Se me puede antojar algo de donde vayamos. 3. Podrían incitarme a dejar mi alimento para comer lo que ellos.
Dejarles de hablar a todos en la oficina	
Ventajas	Desventajas
1. Evitaría ir a lugares que perjudican mi dieta. 2. Podría alimentarme con lo que yo traje. 3. No tendría que lidiar con la presión	1. Perdería amistades.
Hacer entender a todos la naturaleza de mi enfermedad	
Ventajas	Desventajas
1. Comprenderían mi situación. 2. Ya no me incitarían a comer cosas que no puedo.	1. Me da pena decirles

Una vez que todos los participantes hayan colocado las ventajas y desventajas de cada una de sus alternativas, procederán a realizar el análisis de cuál es la opción más conveniente. Se les hará énfasis en que, no porque existan mayores ventajas o desventajas implica que esa sea la opción a elegir, sino que la mejor opción será la que nos proporcione una solución viable, esto es, dispongamos de las habilidades necesarias y también los recursos necesarios para llevarlo a cabo y también el apoyo que tengamos de otras personas.

Ejemplo 1.

Para la falta de organización del tiempo en la mañana la opción más viable será hacer un organigrama para la distribución del tiempo que tendrá destinada cada actividad. A pesar de que la persona no sabe realizarlo, puede aprenderlo de manera sencilla y con ello controlar sus actividades por la mañana.

Ejemplo 2.

Para la falta de actividades el fin de semana la opción más viable sería ir a visitar a la familia, ya que implica una actividad un tanto más lúdica (en este caso) y en caso de que le ofrezcan algo de comer que pudiese romper con la dieta, se les puede solicitar amablemente los alimentos que no podrá ingerir.

Ejemplo 3.

Para el recuerdo del fallecimiento de la mamá, la opción más viable sería cambiar la idea que se tiene de sus pertenencias, haciendo del recuerdo algo diferente. Se puede apoyar a la persona para ir superando el dolor de manera individual y con ayuda del grupo, ya que al largo plazo podría dejar de hacerle daño.

Ejemplo 4.

Para lidiar con otras personas al comer en un escenario de oficina, lo más prudente sería explicarles la enfermedad, aunado a ello también puede llevar su comida al lugar que la inviten, y así no perder la comunicación con el equipo de trabajo.

Formato de evaluación

En la misma hoja del participante se irá revisando cada una de las ventajas y desventajas que haya colocado, así también deberán justificar la decisión que hayan tomado.

Criterio de logro

Se considerará cumplido el objetivo en cuanto los participantes elijan la solución al problema que se considere más viable conforme al análisis de costo-beneficio.

Objetivo particular 4.4 El participante ejecutará la alternativa elegida.

Justificación: Una vez que se identificaron las diferentes soluciones a la problemática planteada de inicio, aplicará la solución con el objetivo de regular las propensiones que hacen probable que deje de adherirse a la dieta.

Actividades: Se les explicará a los participantes que el paso natural, una vez elegida la solución más viable, es aplicarla, por lo que tendrán por tarea llevar a cabo las soluciones planteadas. Cada participante expondrá las dudas adicionales que pudieran tener sobre cómo llevar a cabo la solución definida.

Ejemplo 1.

Una vez que la persona definió que realizará un organigrama, se le puede apoyar elaborándolo, planteándole los horarios que debería cubrir desde que se levanta por las mañanas hasta que concluye sus actividades, planificando así los tiempos para cada actividad y dejando espacio para tiempos libres.

Ejemplo 2.

La persona decidió que los fines de semana visitará a su familia, por lo que se puede planificar a quiénes visitará, en qué horarios y se le puede apoyar en un breve entrenamiento en habilidad social para que pueda explicarles a sus seres queridos la enfermedad que padece y lo que puede comer y las porciones que comería.

Ejemplo 3.

La persona decidió afrontar el duelo de su madre, por lo que se le puede apoyar con otras estrategias conductuales que permitan comportarse de manera diferencial cuando esté ante la presencia de objetos personales de su madre, para que no tenga sentimientos de tristeza, sino que simplemente comprenda que son objetos que pueden tener un significado distinto.

Ejemplo 4.

La persona decidió combinar soluciones y va a sensibilizar a sus compañeros de la enfermedad que padece, así como también los acompañará llevando sus alimentos de casa con las porciones indicadas. Se le apoyará en un breve entrenamiento en habilidades sociales para que tenga una menor dificultad en compartirle a sus compañeros lo que puede y no comer.

Formato de evaluación

El formato de registro que tendrán que llevar llenado la siguiente sesión.

Criterio de logro

Los participantes tendrán que mostrar que los eventos que regularmente alteran sus estados emocionales se vieron modificados a través de la estrategia establecida. En caso de que algún participante no lograse modificar sus propensiones y con ello haya tenido problemas con el régimen alimenticio, se tendrá una tutoría personal con él para saber qué sucedió y qué otras opciones puedan tener para la solución al problema.

Para concluir este capítulo se puede afirmar que las investigaciones previamente descritas, presentan una serie de métodos y resultados con la carencia de un marco teórico conceptual, pensando que el uso de métodos estadísticos de correlación, demuestran una causación entre variables, y que ello valida el uso de las estrategias propuestas de manera indiscriminada. Es por ello que se hace uso del modelo de la salud biológica propuesto por Ribes (1990) para identificar el punto de partida, además de hacer uso de la metodología del análisis contingencial (Ribes, DíazGonzález, Rodríguez & Landa, 1986; Rodríguez, 2002) para elegir de manera pertinente la o las estrategias a utilizar.

La técnica en solución de problemas debe implementarse, entonces, con criterios funcionales y de pertinencia, para, que, así como se aprecia en el modelo (Ribes, 1990), se pueda intervenir en cualquiera de los tres niveles de prevención planteados por el modelo si se detecta que las propensiones que se generan en algunas situaciones afectan la forma en que se come, en la que se realiza o no actividad física, en acudir al médico periódicamente; entre otras conductas de

prevención o de riesgo. Se sugiere que en futuros estudios se aborde con mayor amplitud el diseño de estrategias en un nivel primario de prevención.

CONCLUSIONES

Actualmente, el mundo está en una grave crisis de salud mundial debido al padecimiento de diabetes mellitus tipo 2, en el cual cada vez más personas son proclives de padecerla y están muriendo millones de personas al año a causa de la misma, por lo que cada vez la preocupación por atender esta necesidad es apremiante para evitar colapsos en los sistemas de salud, así como también en la economía mundial.

Es una enfermedad crónica, por lo que no tiene una cura, pero de entre otras enfermedades del tipo crónico, es la que ofrece la posibilidad de seguir un tratamiento y cuidados necesarios para llegar a ser prácticamente asintomática y devenir en que las personas posean una buena calidad de vida.

Los profesionales de la salud, entonces, tenemos la tarea de ser un equipo multidisciplinario de atención a las diversas dimensiones de la enfermedad para que los pacientes puedan lograr el objetivo del tratamiento planteado. El psicólogo, particularmente, es un promotor de la salud que provee al paciente de información y estrategias que le permitan adoptar estilos de vida saludables, y acompaña a otros especialistas para obtener resultados favorables.

El modelo de la salud biológica (Ribes, 1990), el cual sustenta parte del presente trabajo, nos permite tener un panorama amplio del proceso en el que se ven involucrados los factores psicológicos y biológicos para la prevención de una enfermedad, o en su defecto, los elementos necesarios para fomentar conductas saludables cuando la enfermedad está presente. 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 presencia de una enfermedad biológica.

Una vez descrito el modelo, se hace mención de los diferentes estudios realizados a partir del mismo, con la finalidad de mostrar los efectos que han tenido en las poblaciones, a fin de ejemplificar lo que se ha hecho partiendo de la lógica interconductual y aplicando estrategias que son funcionales a los usuarios de los tratamientos.

A la luz de diferentes asociaciones e investigaciones, se ha determinado que la técnica en solución de problemas es uno de los ejes principales para la intervención con pacientes diabéticos, ya que ha demostrado resultados en cuanto al cambio de conductas de autocuidado, control de índices glucémicos, control de peso y trastornos emocionales.

Diferentes estudios demuestran el uso de la técnica en solución de problemas y cómo se ha aplicado sin criterios de funcionalidad y pertinencia para establecer su uso adecuado en los objetivos que se buscan, que es mejorar la calidad de vida de los pacientes. Si bien, no se niegan los efectos positivos que han tenido las estrategias enfocadas en la técnica en sí, se hace énfasis en la carencia de un sustento teórico y su uso, aparentemente, indiscriminado ante las problemáticas de salud que se presentan.

La finalidad de conocer el estado del arte de la estrategia en solución de problemas podría resumirse en los siguientes puntos:

- 1) Evitar la repetición de trabajos en los cuales ya se ha demostrado la efectividad de la técnica en solución de problemas.
- 2) Develar que la estrategia se aplica de manera indiscriminada a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, con el único criterio lógico de su efectividad en otros tratamientos similares.
- 3) Demostrar que su uso puede estar circunscrito a una teoría coherente y congruente y aplicarse con criterios funcionales para el cambio del comportamiento humano individual.
- 4) Proponer una forma de aplicación con base a criterios funcionales.

Sin lugar a duda, queda mucho camino por recorrer en tópicos de desprofesionalización del psicólogo en los ámbitos de salud, pero los esfuerzos que se han realizado son un de gran ayuda para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

REFERENCIAS:

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. En J. Khul y J. Beckman. *Action control from cognition to behavior* (pp. 11-39). Estados Unidos: Springer Berlin Heidelberg.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.
- Alba, A., Verdaguer, J., & Vives-Pi, M. (2004). Diabetes mellitus tipo 1: autoinmunidad frente a la célula beta. *Endocrinología y Nutrición*, 51(3), 121-125.
- Alpízar, M. (2001) *Guía para el manejo integral del paciente diabético*. México: Manual Moderno.
- Alpízar, M., Trujillo, G., Gutiérrez, C. & Sánchez, B. (2011). Manejo práctico del paciente con diabetes mellitus en la Atención Primaria de Salud. *Revista Finlay*, 1(3), 229-251.
- Allen, N., Whittemore, R. & Melkus, G. (2011). A continuous glucose monitoring and problem-solving intervention to change physical activity behavior in women with type 2 diabetes: a pilot study. *Diabetes technology & therapeutics*, 13(11), 1091-1099.
- Amoako, E., Skelly, A. H., & Rossen, E. K. (2008). Outcomes of an intervention to reduce uncertainty among African American women with diabetes. *Western journal of nursing research*, 30(8), 928-942.
- Areán, P., Raue, P., Mackin, R., Kanellopoulos, D., McCulloch, C., & Alexopoulos, G. (2010). Problem-solving therapy and supportive therapy in older adults with major depression and executive dysfunction. *American Journal of Psychiatry*, 167(11), 1391-1398.
- Bandura, A. (1978). The selfsystem in reciprocal determinism. *American Psychologist*, 33 (4), 344-358.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción: fundamentos sociales*. España: Martínez Roca.

- Bayés, R. (1979). *Psicología y medicina*. España: Fontanella.
- Belmar, C., Salinas, P., Becker, J., Abarzúa, F., Olmos, P., González, P., & Oyarzún, E. (2004). Incidencia de diabetes gestacional según distintos métodos diagnósticos y sus implicancias clínicas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 69(1), 2-7.
- Botero García, C. (2005). Efectividad de una intervención cognitivo-conductual para el trastorno por estrés postraumático en excombatientes colombianos. *Universitas psychologica*, 4(2), 206-2019.
- Bravo, M. & Valadez, A. (2012). Solución de Problemas. En P. Valladares, & A. Rentería (Ed.) *Psicoterapia cognitivo-conductual: técnicas y procedimientos*. (pp. 113-128). Iztacala, México: Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Cabrera, A., & Gustavo, A. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 18(2), 129-138.
- Cabrera, G., Tascón, J., & Lucumí, D. (2001). Creencias en salud: historia, constructos y aportes al modelo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19(1), 91-101.
- Cañadel, J. (1980). *Libro de la diabetes*. México: Editorial JIMS.
- Chiasson, J. L., Josse, R. G., Gomis, R., Hanefeld, M., Karasik, A., Laakso, M., & STOP-NIDDM Trial Research Group. (2002). Acarbose for prevention of type 2 diabetes mellitus: the STOP-NIDDM randomised trial. *The Lancet*, 359(9323), 2072-2077.
- Contreras. C. (2004). *Diabetes Mellitus*. Chile: Mediterraneo Ltda.
- D'Zurilla, T. J. (1986). *Problem-solving therapy. A Social Competence Approach to Clinical Intervention*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- D'Zurilla, R. (1993). *Terapia de resolución de conflictos*. Bilbao: Descleé de Bouwer.

- D'Zurilla, T. & Nezu, A. (2001). Problem solving therapies, en K. Dobson (Ed.) *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. (pp. 211-245) New York: The Guildford Press.
- D'Zurilla, T., Nezu, A. & Maydeu-Olivares, A. (2002). *Manual for the social problem-solving inventory-revised*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Dean, R, Farrell, J., Kelley, M., Taylor, M. & Rhodes, R. (2007). Testing the efficacy of the theory of planned behavior to explain strength training in older adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 15(1), 1-12.
- Díaz-González, E., Ribes, E., Rodríguez, M. & Landa, P. (1989). Analisis funcional, de las terapias conductuales: una clasificación tentativa. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 7(3), 241-255
- Durán-Varela, B., Rivera-Chavarría, B. y Franco-Gallegos, F. (2001). Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de Méx.* 2001; 43:233-236.
- Ehrenzweig, Y. (2007). Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. *Avances en psicología latinoamericana*, 25(1). 7-21
- Fitzpatrick, S. L., Schumann, K. P., & Hill-Briggs, F. (2013). Problem solving interventions for diabetes self-management and control: a systematic review of the literature. *Diabetes research and clinical practice*, 100(2), 145-161.
- Geoffrey G., Pickup, J. y William, G. (2002). *Diabetes aspectos difíciles y controvertidos*. España: Medicina STM Editores.
- Gil-Velázquez, L. E., Sil-Acosta, M. J., Aguilar-Sánchez, L., Echevarría-Zuno, S., Michaus-Romero, F., & Torres-Arreola, L. D. P. (2013). Perspectiva de la diabetes mellitus tipo 2 en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(1), 58-67.
- Glasgow, R., Fisher, L., Skaff, M., Mullan, J., & Toobert, D. (2007). Problem solving and diabetes self-management: investigation in a large, multiracial sample. *Diabetes Care*, 30(1), 33-37.

- Goddard, L., Dritschel, B., & Burton, A. (2001). The effects of specific retrieval instruction on social problem-solving in depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(3), 297-308.
- Gómez, V., Zuñiga, S., García, E. & Couttolenc, M. (2002). Control de la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*, 40(4), 281-284.
- Greene, G., Rossi, S., Rossi, J., Velicer, W., Fava, J. & Prochaska, J. (1999). Dietary applications of the stages of change model. *Journal of the American Dietetic Association*, 99(6), 673-678.
- Federación Internacional de Diabetes (2017). *Diabetes atlas de la FID*. 7a ed. Bruselas: FID.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Estados Unidos: Addison-Wesley Reading.
- Hernández-Ávila, M., Gutiérrez, J. P., & Reynoso-Noverón, N. (2013). Diabetes mellitus en México: El estado de la epidemia. *Salud pública de México*, 55, 129-136.
- Hill-Briggs, F. (2006). Problem solving. En: C.Mensing *The art and science of diabetes self-management education: a desk reference for healthcare professionals* (pp. 731-758). Chicago, IL: American Association of Diabetes Educators.
- Hill-Briggs, F., & Gemmell, L. (2007). Problem solving in diabetes self-management and control. *The Diabetes Educator*, 33(6), 1032-1050.
- Hill-Briggs, F., Lazo, M., Renosky, R., & Ewing, C. (2008). Usability of a diabetes and cardiovascular disease education module in an African American, diabetic sample with physical, visual, and cognitive impairment. *Rehabilitation Psychology*, 53(1), 1-8.

- Hill-Briggs, F., Yeh, H. C., Gary, T. L., Batts-Turner, M., D'zurilla, T., & Brancati, F. L. (2007). Diabetes problem-solving scale development in an adult, African American sample. *The Diabetes Educator*, 33(2), 291-299.
- Hill-Briggs, F., Lazo, M., Peyrot, M., Doswell, A., Chang, Y. T., Hill, M. N., ... & Brancati, F. L. (2011). Effect of problem-solving-based diabetes self-management training on diabetes control in a low-income patient sample. *Journal of general internal medicine*, 26(9), 972.
- Holmes, H., Robinson, J., & Tscheschlog, B. (2007). *Diabetes mellitus: guía para el manejo del paciente*. Barcelona: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins
- Janis, I. & Mann, L. (1977). *Decision making: a psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. Nueva York: Free Press.
- Janz, N. & Becker, M. (1984). The health belief model: A decade later. *Health education quarterly*, 11(1), 1-47.
- Jiménez-Corona, A., Aguilar-Salinas, C. A., Rojas-Martínez, R., & Hernández-Ávila, M. (2013). Diabetes mellitus tipo 2 y frecuencia de acciones para su prevención y control. *Salud pública de México*, 55, 137-143.
- Johnson, R., Kast, F. & Rosenweig, J. (1967). *The theory and Management of systems*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Lee, H., KIM, M. S., PARK, K. Y., PARK, H. S., & KIM, I. J. (2011). Effects of a problem-solving counseling program to facilitate intensified walking on Koreans with type 2 diabetes. *Japan Journal of Nursing Science*, 8(2), 129-139.
- Luna-Ruiz, M. Á., Rangel-Vázquez, D., Guizar-Mendoza, J. M., & Amador-Licona, N. (2007). Modificación de factores de riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en escolares obesos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(1), 53-62.

- Ley, P. (1985). Doctor-patient communication: some quantitative estimates of the role of cognitive factors in noncompliance. *Journal of Hypertension*, 3(1), 51-55.
- Lindblom, C. E. (1965). *The intelligence of democracy: Decision making through mutual adjustment*. Free Pr.
- Maier, N. (1963). *Problem-solving discussions and conferences: Leadership methods and skills*. McGraw-Hill.
- Martínez, B. B., Loaíza, M. J. B., del R Aguilar, M., De La Cruz, M. D. J., Delgado, M. G., Ontiveros, S. U., & Flores, P. F. (2008). Nivel de conocimientos del Diabético sobre su Auto Cuidado. *Enfermería Global*, 7(2), 1-13.
- Mulvaney, S. A. (2009). Improving patient problem solving to reduce barriers to diabetes self-management. *Clinical Diabetes*, 27(3), 99-104.
- Nezu, A., & Perri, M. (1989). Social problem-solving therapy for unipolar depression: An initial dismantling investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 408-413.
- Nezu, A. y Nezu, C. (1991). "Entrenamiento en solución de problemas". En V. Caballo (director). *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. (pp. 527-533). Madrid: Siglo XXI.
- Nezu, A., Nezu, C., Friedman, S., Faddis, S., & Houts, P. (1998). *Helping cancer patients cope: A problem-solving approach*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014). *Salud en las Américas. Panorama regional y perfiles por país*. Washington, EU.
- 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.

- Pérez-Cuevas, R., Reyes-Morales, H., Flores-Hernández, S., Wachter-Rodarte, N. (2006). Efecto de una guía de práctica clínica para el manejo de la diabetes tipo 2. *RevMedInstMex Seguro Soc*, 45(4), 353-360.
- Prochaska, J., DiClemente, C. & Norcross, J. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47 (9), 1102-1114.
- Quiroz, J., Castañeda, R., Ocampo, P., Pérez, P. y Martínez, M. (2002). Diabetes tipo 2. Salud-competencia de las familias. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 40(3), 213-220.
- Ribes, E., Díaz-González, E., Rodríguez, M., & Landa, P. (1986). El análisis contingencial: una alternativa a las aproximaciones terapéuticas del comportamiento. *Cuadernos de psicología*, 8(1), 27-53.
- Ribes (1990). *Psicología y Salud: Un análisis conceptual*. México: Trillas.
- Ríos, C., Sánchez, S., Barrios, S. y Guerrero, S. (2004). Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica del IMSS*, 42(2), 109-116.
- Rodríguez, M. (2002). *Análisis contingencial*. México: Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Rodríguez, M., & García, J. (2011). El Modelo psicológico de la salud y la diabetes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(2), 210-222.
- Rodríguez, M., Díaz-González, E. & García, J. (2013). Un instrumento para evaluar factores disposicionales relacionados con la adherencia a la dieta en pacientes diabéticos. *Enseñanza e investigación en psicología*, 18(2), 263-273.
- Rodríguez, M., García, J., Rentería, A. & Nava, C. (2013). Efectos de una intervención psicológica en los niveles de glucosa en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(4), 1262-1282.

- Rodríguez, M., Rentería, A., Rodríguez, A. & García, J. (2016). Importancia atribuida a factores disposicionales situacionales en el rompimiento de la dieta. *Revista de Investigación Apuntes Psicológicos*, 1(2), 34-48.
- Rojas-Martínez, R., Basto-Abreu, A., Aguilar-Salinas, C. A., Zárate-Rojas, E., Villalpando, S., & Barrientos-Gutiérrez, T. (2018). Prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en México. *Salud Pública de México*, 60, 224-232.
- Rosenstock, I. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 354-386.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health education quarterly*, 15(2), 175-183.
- Schumann, K. P., Sutherland, J. A., Majid, H. M., & Hill-Briggs, F. (2011). Evidence-based behavioral treatments for diabetes: problem-solving therapy. *Diabetes Spectrum*, 24(2), 64-69.
- Stefani, D. (2005). Teoría de la Acción Razonada: Una propuesta de evaluación cuali-cuantitativa de las creencias acerca de la institucionalización geriátrica. *Revista Evaluar*, 5, 22-37.
- 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.
- Stone, G. (1988). Psicología de la Salud: Una definición amplia. *Revista latinoamericana de psicología*, 20(1), 15-26.
- Terry, G. (1973). Principios de administración. CONTINENTAL.
- Turla, P. A., & Hawkins, K. L. (1983). Time management made easy. *Plume Books*.
- Vázquez, L., Otero, P., Torres, Á., Hermida, E., Blanco, V., & Díaz, O. (2013). A brief problem-solving indicated-prevention intervention for prevention of depression in nonprofessional caregivers. *Psicothema*, 25(1), 87-92

Wu, F. L., Juang, J. H., & Lin, C. H. (2016). Development and validation of the hypoglycaemia problem-solving scale for people with diabetes mellitus. *Journal of International Medical Research*, 44(3), 592-604.