



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

FACTORES PSICOLÓGICOS QUE INFLUYEN EN LA  
ADHERENCIA A LA DIETA EN PACIENTES CON  
DIABETES MELLITUS TIPO 2

T E S I S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

GABRIELA OSORNIO PINEDA

DIRECTORA

DRA: Norma Coffin Cabrera

DICTAMINADORES

MTRA: María de Lourdes Jiménez Rentería

DRA: Constanza Miralrio Medina

Los Reyes Iztacala Estado de México, Marzo de 2019





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS

Un ciclo más se termina para iniciar un nuevo camino, y viene a mi mente tantos recuerdos de lo vivido en mi trayectoria escolar. Mi llegada a la Universidad fue sin duda uno de los logros más significativos, ya que al enterarme que fui aceptada a esta gran escuela, aun no puedo expresar lo que sentí en ese momento, ya que fueron tantos sentimientos al mismo tiempo. Debo ser sincera y nunca me imaginé ser parte de la UNAM, ya que no es cualquier escuela es una de las mejores, y ser parte de ella fue una experiencia maravillosa.

En la UNAM me encontré profesores preparados que me brindaron información, conocimiento de gran interés, y prácticas de suma importancia para iniciar mi formación como psicólogo, gracias a ello me ayudo a crecer como estudiante y también como persona.

Sin embargo nada de esto se hubiera logrado si no hubiera tenido el apoyo de grandes y maravillosas personas, que formaron parte de mi trayectoria escolar y de las cuales estoy inmensamente agradecida.

Una de ellas es mi madre Reyna Pineda la cual le agradezco su infinito apoyo, sus palabras, sus consejos y el estar conmigo siempre día y noche, por no dejarme en ningún momento sola aunque a veces el camino era demasiado difícil y pesado.

Mi padre Efen Osornio aunque solemos ser personas totalmente distintas pero al mismo tiempo tan semejantes, le agradezco por ayudarme en el transcurso del camino.

A mi abuela Guillermina Uribe y a mi tía Angélica Osornio , gracias por apoyarme económicamente ya que sin su ayuda de igual manera no hubiera podido llegar tan lejos, hubiera tomado otras decisiones, sin embargo no fue así y aquí estoy a un paso de terminar este ciclo.

Mi hermano Jonathan Osornio por enseñarme que nada es imposible, por su apoyo incondicional, porque siempre estuvo conmigo en todo momento.

Por último a mi novio Josué Cuarenta por su comprensión, su solidaridad, por apoyarme en todo momento.

Ahora me siento con la responsabilidad de enseñar lo aprendido, de mostrar que personas salen de la UNAM, ahora puedo decir que soy egresada de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (UNAM).

Ahora puedo decir gracias UNAM por dejarme estar en tus instalaciones y darme la oportunidad de ser parte de ti como tú lo fuiste y eres parte de mí.

**INDICE**

	<b>Página</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>ANTECEDENTES</b>	4
<b>CAPITULO 1. Breve historia de la diabetes</b>	7
1.1 Una mirada psicológica	8
1.2 Los determinantes sociales	10
1.3 Una vida con diabetes	12
<b>CAPITULO 2. Nutrición, alimentación y Diabetes</b>	15
2.1 Hábitos alimenticios	16
<b>CAPITULO 3. Importancia de la dieta en la Diabetes</b>	18
3.1 Adherencia al tratamiento	23
<b>CAPITULO 4. Factores psicológicos que afectan la condición del diabético</b>	29
4.1 El trabajo del psicólogo	31
4.2 Intervención psicológica	32
<b>Capítulo 5. Modelo Cognitivo Conductual</b>	38
<b>Discusión</b>	41
<b>Referencias</b>	44

## INTRODUCCION

Las enfermedades crónicas son consideradas como principales causas de mortalidad a nivel mundial; tan solo en el 2005 se estimó que aproximadamente el 60% de las muertes eran atribuibles a dichos padecimientos. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), las enfermedades crónicas son consideradas padecimientos de larga duración y progresión lenta, dentro de las cuales encontramos: accidentes cerebrovasculares, enfermedades coronarias, Diabetes, obesidad e hipertensión, entre otras.

En la actualidad, la Diabetes Mellitus tipo 2 es una de las problemáticas más significativas de la salud pública dada su magnitud, rapidez de incremento y el efecto negativo que tiene sobre la población que la padece (Barrera et al., 2013).

La Diabetes es considerada una enfermedad crónica, incurable, con altos índices de mortalidad y elevados gastos económicos, también es una enfermedad discapacitante por los daños micro y macro vasculares provocados a distintos órganos, es decir que van desde daño renal hasta amputaciones de alguna extremidad (Rodríguez et al., 2013).

Es alarmante el aumento excesivo en los últimos 40 años respecto a esta problemática, ya que ésta es una de las principales causas de mortalidad en México. La Federación Internacional de Diabetes (FID) (2011; Escandón et al., 2015) hace un comunicado inquietante, dado que, si no se logra un manejo o control de la problemática, se estima que en el año 2030 serán 552 millones de pacientes afectados por dicha enfermedad.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2016) menciona que del 2006 al 2012 hubo un aumento en la población diabética; la prevalencia de Diabetes se incrementó en varones mayores a 60 años, y en mujeres, el grupo etario más afectado fue el de 65 a 75 años.

Según Fuentes y Mondragón (2015), la Diabetes es un conjunto de padecimientos metabólicos representados por: hiperglucemia, resultado de

defectos en la secreción o acción de la insulina o ambas. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013; Escandón et al., 2015), la define como una alteración de la insulina, vinculada con el estilo de vida de la persona, con una dieta poco favorable e insuficiente actividad física.

La American Diabetes Association (ADA, 2017) menciona que la Diabetes Mellitus se clasifica en cuatro categorías:

- Diabetes tipo 1: es originada a causa de la destrucción de las células B y se genera deficiencia de la insulina.
- Diabetes tipo 2 (DM2): la cual se produce por pérdida progresiva de insulinas de células B, anteriormente se le denominaba Diabetes Mellitus no insulino dependiente o del adulto, teniendo en cuenta que nos referimos a partir de los 40 años. Sin embargo hoy en día son más comunes los casos de DM2, diagnosticada en jóvenes, adolescentes y niños (Conget, 2002).
- Diabetes Mellitus gestacional (DMG): es diagnosticada aproximadamente a partir del segundo o tercer trimestre del embarazo.
- Tipos específicos de Diabetes debido a otras causas: enfermedades del páncreas, genéticas o por exposición a fármacos.

Para el diagnóstico de esta enfermedad, es obligatorio realizar estudios antes de confirmar dicho padecimiento. Cuando el resultado es positivo, el paciente es “consciente” que habrá cambios en su estilo de vida, sin embargo, un especialista es el encargado de explicar una serie de significados sobre este padecimiento, tales como: herencia, no se obtuvieron los cuidados necesarios o en algunas ocasiones surge de la nada (Hernández, Rodríguez & Sierra, 2014).

Una vez diagnosticado el padecimiento (Diabetes Mellitus tipo 2), surgen cambios en el estilo de vida del paciente, teniendo en cuenta que se comienza con modificaciones en las actividades diarias, así como en el ámbito familiar, centrándose en la nutrición, los hábitos de ocio, la recreación, y los contextos de

trabajo y social. Todos estos campos tienen un papel importante en la vida del paciente, sin embargo, el ámbito familiar es el que sobresale de todos, ya que es el primer grupo con el cual se tiene mayor relación (Orozco & Castiblanco, 2015).

Cifuentes y Yefi (2005), explican que cuando se obtiene el diagnóstico de un trastorno como la Diabetes, este padecimiento exige que se realicen modificaciones en los hábitos alimenticios y la calidad de vida, ya que el seguir la dieta es básico para el control de la diabetes.

Con base en esto, el presente documento tiene como objetivo revisar los aspectos psicológicos que facilitan la adherencia a la dieta en pacientes que viven con Diabetes.



## ANTECEDENTES

La psicología y su incursión en el campo de la salud han cobrado relevancia a la luz de las redefiniciones del propio concepto y de las transiciones epidemiológicas que ha padecido el ambiente, ya que, anteriormente se había visto forzada a explicar las interacciones del organismo, el ambiente y una serie de fenómenos psicológicos, como la mera ausencia de enfermedad, es decir excluye la condición del proceso y la define como una condición “post hoc” (Bruelas-Casal, & Carrobles, 1996, Godoy, 1996, citados por Hernández & Grau, 2005).

Con lo cual es importante resaltar el papel que desempeña la psicología dentro de la salud, sin demeritar o apartar el componente biomédico o socio ambiental (Piña, 1991, citado por Hernández & Grau, 2005), debe ser vista conceptualizada por la historia conductual de cada individuo y como esta ha desarrollado las competencias requeridas para enfrentarse a una problemática, dicho de otro modo el proceso para la consecución o pérdida de la salud.

De esta manera el sector de la salud pública registra algunos factores que afectan y alteran la salud de ser humano, entre ellos: la herencia, que se refiere a la naturaleza y las características biológicas con las que nace el ser humano; otro factor es la nutrición, es decir la cantidad y calidad del alimento que consume, teniendo en cuenta que estamos partiendo desde el nacimiento; el acceso a servicios de salud de alta calidad es el tercer factor y por último es el comportamiento humano (Soberón, 1988; Sánchez 1998). Mercado (1992; Sánchez, 1998), enfatiza otro factor: el ser humano y el ambiente, ya que ambos se afectan mutuamente.

La familia y el entorno no son el único grupo de factores que tienen vínculo con la salud, ya que también se encuentran los factores relacionados con las habilidades interpersonales, tales como la competencia interactiva y social. Resulta importante mencionar este grupo de factores, debido a que constituyen cambios en la adaptación de la salud (Sánchez, 1998). Sánchez (1998), a su vez, comenta que todos los factores tienen relación con la salud tanto positiva como negativamente.

Sin duda, un concepto que está dentro del ámbito de la salud es la enfermedad temprana, ya que si no hay una intervención a tiempo esto se convierte en enfermedad avanzada, y si aún así sigue sin haber una intervención, se puede llevar a la muerte o en alguna enfermedad crónica, y en algunos casos a la incapacidad, es decir, sin alguna recuperación. Dicho lo anterior, surgen componentes que afectan al paciente como lo emocional, la pérdida de funciones, la pérdida de órganos o miembros y la adopción forzosa de estilos de vida (Sánchez, 1998).

En este aspecto, el trabajo multidisciplinario es esencial, para la modificación de trastornos físicos, mentales y prevención de la conducta errónea. Sin embargo “el cambio” es el concepto más complejo al que se enfrenta no solo el profesional de la salud sino la población en general. Por lo cual es clave poder intervenir prácticamente en cualquier momento de la progresión cronológica de la enfermedad, siendo la detección precoz o intervención primaria (Sánchez, 1998), dicha acción cumple dos funciones: La primera de ellas se focaliza en detectar la población en riesgo y diseñar el plan de intervención que facilite la adopción de patrones de comportamiento convirtiéndose en factores de protectores.

En cuanto a la segunda, trata de manifestar que todo ser humano se encuentra expuesto potencialmente a factores de riesgo, por lo que es vital promover dichos estilos protectores para la promoción de la salud (Maccoby, Farquhar, Wood & Alexander, 1997, citados por Sánchez, 1998).

No obstante un error muy común dentro de la promoción en la salud, consiste en suponer, que brindar la información sobre la manera en que opera los factores de riesgo y las conductas protectoras es suficiente para adoptarlas y rechazarlas. La afiliación de conductas benéficas incluye la asimilación de signos potenciales al inicio de un padecimiento; desde seguir las recomendaciones del médico, realizarse exámenes periódicos, llevar un estilo de vida activo y moderar la ingesta de alimentos, todo con el fin de no solo prevenir un padecimiento sino de respetar la salud (Sánchez, 1998).

Con base en esto, el presente documento revisará los aspectos más relevantes en el curso de esta enfermedad, desde su definición, etiología, tratamientos, abordando una perspectiva multidisciplinaria enfocada al trabajo del psicólogo y el campo de acción de la psicología de la salud.

## 1. Breve historia de la diabetes

La diabetes como padecimiento ya era conocido desde antes de la era cristiana, se tienen registros documentados del año 3,000 A.C., tal es el caso que los primeros tratados acerca de la diabetes se registran en el papiro de *Ebers* siendo uno de los más antiguos manuscritos médicos redactado en Egipto cerca del año 1,500 antes de nuestra era, encontrados en Luxor 1872. Las inscripciones hacen referencia a los principales síntomas característicos de la enfermedad y a recetas hechas a base de té (Sánchez, 2007; López & Avalos, 2011)

Siglos más tarde se comenzaron a llevar a cabo investigaciones para determinar su etiología y síntomas, fue así como, Tihang-Thong-King, relaciona el encuentro de orina dulce con estos pacientes, por lo cual decide nombrar a la diabetes como "Enfermedad de la Sed". Por su parte Pablo de Egina (625-690) apoyó el diagnóstico, y lo asocio a un estado de debilidad de los riñones, que conducía a una deshidratación. De igual manera Areteus de Capadocia (130-200 d.c.) en su libro "*De causis et signis morborum*" la describe como una enfermedad muy rara ya que, una vez manifestada, el enfermo no le queda mucho tiempo de vida la muerte, que a veces es fulminante, pone fin a una vida plena de dolores y disgustos (Álvarez, Rodríguez & Montoro, 2003, citados por (López & Avalos, 2011).

El nombre de diabetes mellitus resulta de una composición greco-latina, el cual procede de la palabra *Diabinex* que significa "pasar a través de". Mientras que término latino *Mellitus*, significa: "sabor a miel", esto debido al dulzor de la orina, fue acuñado por primera vez en 1674 por Thomas Willis (1621-1675), medico inglés y quien abrió paso a una nueva serie de investigaciones para encontrar su origen. En 1696 Richard Morton destacó el factor hereditario como causa, para el año de 1778 Thomas Cawley relacionó la orina con el páncreas. Por su parte Langerhans describe los islotes pancreáticos en 1869, en tanto que Opie en 1902 relaciona la enfermedad con estos islotes, por su parte Bating y Best descubren la insulina que se aplica con éxito en la diabetes. Sin embargo no fue sino hasta el año de 1942 cuando Loubatieres descubre drogas orales para el tratamiento de la

enfermedad (Enciclopedia de Medicina s/n citado por Sánchez, 2007; López & Avalos, 2011)

De acuerdo con lo anterior cabe resaltar los esfuerzos de los médicos por entender y curar al paciente, sin embargo las limitantes de la época mermaron la capacidad de encontrar respuestas, con esto no se afirma que en la actualidad sea más factible erradicar o controlar una enfermedad, ya que, en ocasiones no importa lo preparado que te encuentres ante los padecimientos estos son silenciosos y pueden gestarse sin razón alguna.

### **1.1 Una mirada psicológica**

El cambio de paradigma que se está demandando en la actualidad provoca la transformación radical desde otras perspectivas de análisis, esencialmente nuevas, de las cuestiones éticas o bioéticas en el abordaje de la diabetes mellitus. Este nuevo ángulo de estudio debe romper con los esquemas de una valoración marcada principalmente por la práctica hospitalaria de atención secundaria con una proyección curativa que ha predominado en los últimos años y descuidado el enfoque preventivo y de guías anticipadas (López & Avalos, 2011)

Esto ha traído consigo la valoración bioética de problemas relacionados con la práctica de la medicina social, tal como lo expone Diego Gracia (s/n citado por López & Avalos, 2011) en su artículo sobre el tratamiento bioético en la asistencia primaria, ya que, considera que no es igual a la hospitalaria, y por tanto, las reflexiones tienen que ser distintas, es decir, se observan dos ejes independientes, por un lado encontramos los conflictos éticos relacionados al paciente y su entorno, mientras que por el otro existe una metodología que debe seguirse para encontrar un fin o resolver una problemática.

En este sentido, se ha podido observar un proceso lento y retrograda en la cura del paciente o mejor dicho en la atención a la persona, pues se sigue viendo al profesional de la salud como el único responsable de salvaguardar la salud del individuo ya que esa premisa se ha implantado en la cultura de la sociedad. Por lo

cual se necesita principalmente, la participación de las instituciones educativas, quienes serán las que sin duda marcarán la pauta en la formación del personal de salud, para que este proceso de cambio tenga un buen resultado, sobre todo para los pacientes y su familia (López & Avalos, 2011)

Sin embargo, es imposible no contemplar el contexto en el cual se desarrolla, no solo depende de la buena voluntad de cambiar socialmente, si políticamente económicamente el pueblo no cuenta con los recursos. En México, un problema de salud como la diabetes se puede atribuir a las condiciones socioeconómicas de las personas. Sin embargo, en las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de la enfermedad, sin incorporar adecuadamente intervenciones dirigidas a la causa, tales como, las acciones sobre el entorno social (González, Cardentey, & Casanova, 2015).

Para revertir esta tendencia se hace necesario superar limitantes, tales como la creencia entre la población de que el hecho de ser "gordito" es sinónimo de ser saludable. Con referencia a lo anterior, en México los estilos de vida no saludables se reflejan en el consumo inmoderado de alimentos "chatarra" (ampliamente publicitados en los medios de comunicación) que son promocionados como comida rápida, están constituidos de un alto contenido de grasa y calorías, con escaso valor nutritivo.

La causalidad de la diabetes mellitus se encuentra conformada por un conjunto de elementos relacionados entre sí, que llevan a identificar al padecimiento como una enfermedad que invade la vida de la persona en sus diversas esferas. En consecuencia, por un lado, de una serie de elementos predisponentes presentes en las personas originados por ciertas condiciones de su vida, que facilitan la entrada de la enfermedad y su posterior desarrollo, como son la "debilidad" o "la herencia".

Por otra parte, son ocasionadas por el estilo de vida, como es la alimentación insuficiente o inadecuada, la población considera además los estados emocionales alterados y las impresiones fuertes (sustos, corajes y otros). Como consecuencia de los estilos de vida erróneamente enfocados por la población, se incrementan

considerablemente los casos y afectan la calidad de vida de las personas que la padecen.

En el paciente con diabetes, la prevención tiene que ver con el control o eliminación de factores causales. Entre estos se destacan el control de la dieta y el peso corporal, es ahí donde radica una problemática, ya que una de las formas de control que genera más polémica es la dieta, ya que se considera que viene a alterar situaciones culturales, propias de la alimentación del mexicano.

Por otro lado, se tiene la costumbre tradicional de celebrar cualquier acontecimiento importante con el consumo de alimentos, lo cual limita a las personas con diabetes mellitus a su participación, sobre todo, porque la comida tradicional mexicana es rica en carbohidratos. Se altera, asimismo, la tradición de convivencia familiar a través de la "hora de comer", la cual no necesariamente coincide con los horarios de alimentación de las personas con diabetes mellitus (las que deben ser estrictas en sus horarios a fin de evitar hipoglucemias), de igual forma, se perturba la costumbre del paciente diabético cuando convive en una comida familiar, debido que está obligado a comer alimentos diferentes a los que los demás consumen, lo cual le genera una sensación de aislamiento.

Como se ha visto, el problema no es la enfermedad en sí, sino la cultura que la rodea y de la cual pareciera que no es posible hacer nada.

## **1.2 Los determinantes sociales**

Los determinantes sociales de la salud comprenden los comportamientos y los estilos de vida saludables, los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos. Combinados todos ellos, crean distintas condiciones de vida que ejercen un claro impacto sobre la salud.

Con el paso de los años el significado de lo social se ha convertido en la interpretación causal del comportamiento, ya que, en cierta medida determina los estilos de vida de cada individuo, de igual manera, el sentido social modera cada esfera de desarrollo en la persona, sobre todo en su salud (López y avalos, 2011).

Así como el ambiente condiciona el comportamiento, las conjeturas sociales predicen las respuestas.

La comprobación de que los factores sociales determinan la direccionalidad de la sociedad, nos entregarían una base en donde el curar no es el fin primordial, sino va más enfocado a prevenir y promocionar la responsabilidad individual con respecto a la salud (Resik, 1993, citado por López & Avalos, 2011).

En otras palabras, es transitar de un paradigma biologicista a un paradigma médico social, en donde se pone ciencia y la tecnología como principio de desarrollo, desde los preceptos de la ética médica: "no haré daño", "actuaré en beneficio no solo del enfermo sino de la sociedad misma", conjuntamente con los principios bioéticos de "justicia y autonomía" y la incorporación de la sociedad y del paciente con sus dimensiones culturales, humanas y éticas, socializan este proceso de tránsito (Hernández, 2006 citado por López & Avalos, 2011).

En dicha representación social de la diabetes y su control, existe una multiplicidad de factores los cuales muestran una perspectiva global del padecimiento donde confluyen elementos de tipo social, cultural, físico, emocional, y espiritual. Desde el punto de vista de los enfermos, se presenta al padecimiento como algo que está implicado en la totalidad de su persona, en sus relaciones familiares, sociales y laborales.

Diferentes estudios revelan que la representación social de la diabetes en los pacientes muestra una concepción biologicista y fatalista, la asocian negativamente con muerte, discapacidad y daños en el organismo. Por lo que, el padecer una enfermedad como la diabetes es innegable relacionarla a términos tales como: "mala", "terrible", "incurable", "traicionera" y "progresiva", creen que genera problemas serios en la salud de las personas e, inclusive, que los lleva a la muerte. Un concepto similar está presente en el discurso de los familiares quienes también la definen, desde el referente orgánico, como una enfermedad incurable y progresiva (López & Alvarado, 2011).



A pesar de los propósitos y los esfuerzos que hasta ahora se han hecho, hay creciente evidencia de que la contribución de la medicina y la atención de la salud es bastante limitada y que aumentar el gasto en atención curativa no resultará en mejoras significativas en la salud de la población. Los determinantes sociales que han sido objetos de políticas públicas son aquellos susceptibles de modificación mediante intervenciones que no han sido nada efectivas en el caso de las enfermedades crónicas en general (Secretariat Commission on Social Determinants of Health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health, 2005, citado por López & Alvarado, 2011).

### **1.3 Una vida con diabetes**

El hecho de tener hábitos de vida totalmente nuevos ha llevado a las personas que viven con diabetes a dejar de hacer ciertas actividades como asistir a reuniones o incluso, los otros dejan de invitarlos y la persona se siente marginada, y esto no solo afecta el ámbito social, en lo laboral, el rendimiento baja lo cual puede desencadenar diversas situaciones desde ausentismo hasta renuncia (Velázquez-Mendoza, Balcázar, 2012).

Según se ha visto, se aprecia una marcada centralización del concepto de la enfermedad en la dimensión corporal, lo que pone de manifiesto la división del ser y la interpretación de la salud y la enfermedad a partir del plano físico. Otra visión que permite aproximarse al proceso de construcción de la cronicidad de un padecimiento, es cuando más allá del plano físico o fisiológico, se abarca el plano espiritual, visto como un recurso de ayuda al proceso por el que atraviesa el enfermo.

El ser humano es dotado de una dimensión espiritual que lo diferencia de los demás seres vivos y lo abre a la trascendencia, ya que lo espiritual es algo exclusivamente humano. La experiencia de la enfermedad hace que surjan preguntas sobre el sentido de la vida, del sufrimiento y de la muerte.

El tiempo de la enfermedad se transforma en una ocasión de búsqueda de Dios, o del significado de la vida, del dolor y de la muerte. Cada persona recorre itinerarios de búsqueda personales y echa mano de recursos diferentes. La espiritualidad es un concepto para expresar los propios valores y creencias acerca de sí mismo, la humanidad, la vida y quien se las ofreció.

La OMS señala que lo espiritual se refiere a "aquellos aspectos de la vida humana que tienen que ver con experiencias que trascienden los fenómenos sensoriales"; no es lo mismo que religioso, aunque para muchos la dimensión espiritual de sus vidas incluye un componente religioso, se percibe vinculado con el significado y el propósito.

Varios estudios revelan que la espiritualidad en el enfermo con diabetes mellitus puede convertirse en un factor protector que favorece al afrontamiento de la enfermedad con menor sufrimiento, a medida que aumenta la espiritualidad, aumenta la fortaleza relacionada con la salud.

La experiencia del padecimiento no queda limitada a la persona enferma sino que se extiende a su red social más cercana que es la familia, si se asume que la familia es un sistema queda claro que la experiencia de cada uno de sus miembros afecta al sistema familiar y a su vez este afecta a cada uno de sus integrantes. La familia comparte la experiencia de un padecimiento crónico el cual es fuente de conflictos y desequilibrios al generar un clima de tensión, preocupación e incertidumbre por la presencia de los signos y síntomas y sus repercusiones en las actividades del enfermo, por la necesidad de cambiar patrones de conducta, por el temor a las complicaciones que vendrán, por el incremento de los gastos y la reducción de ingresos, más aun cuando el principal proveedor de recursos es el enfermo.

Es evidente que el apoyo familiar repercute en la enfermedad, su evolución y desenlace; se considera elemento fundamental para desarrollar conductas de salud y autocuidado, así como en la adhesión del enfermo al tratamiento médico. En este momento es muy importante la comprensión y el apoyo por parte de su

familia, los amigos y el equipo de salud. Además, la forma en que la persona afectada afronta el trastorno depende también de la situación personal en otras áreas, como la laboral, la social o la afectiva. Es evidente que una situación de conflicto en estos territorios condicionará la manera de afrontar el autocuidado de la enfermedad.

Sin duda, el estudio de la perspectiva social de la diabetes mellitus con todas sus implicaciones, brinda una fuente de valiosas aportaciones para los tomadores de decisiones, lo que les permite la creación de estrategias dirigidas y congruentes.

## 2. Nutrición, alimentación y Diabetes

La alimentación y nutrición son dos factores importantes e indispensables en la vida del paciente. Aunque son consideradas como dos variables totalmente diferentes, ambas dependen una de la otra.

De acuerdo con Bourges, (2001) cuando hablamos de alimentación nos referimos a la acción de alimentarse; por otro lado, la nutrición se enfoca a los procesos subsecuentes, es decir, a la digestión de los alimentos que se distribuye por todo el organismo; también la nutrición es considerada como el producto de la interacción compleja y dinámica de la información genética, de lo que cada individuo ha heredado de sus antecedentes. De esta forma, una persona que no tiene una buena alimentación no tendrá una buena nutrición, ya que interfieren algunos factores como: algún defecto genético, clima extremo, infección, sufrimiento emocional insatisfacción social, entre otros (Bourges, 2001)

La alimentación es considerada un fenómeno complejo, ya que está determinado por múltiples factores tanto sociales, como culturales y económicos (Bertran, 2010).

Contreras y García (2005), así como Bertran (2010), indican que la alimentación no se enfoca en los hábitos de cada persona, sino más bien en el comportamiento del individuo, aunque el ámbito social es uno de los contextos que tiene gran influencia sobre la alimentación.

La alimentación es un factor primordial del tratamiento de la Diabetes, de ahí que el objetivo de este trabajo es relevante, ya que determina los factores asociados a la adherencia a la dieta, condición necesaria para el logro del tratamiento prescrito. Hay que destacar que el plan alimenticio depende de una serie de factores, tales como la edad, el género, el estado nutricional, la actividad física y los estados fisiológicos y patológicos, con la finalidad de obtener resultados positivos (Durán, Carrasco & Araya, 2012).

Según la ENSANUT (2016), algunas causas que interfieren para una alimentación saludable son: la falta de dinero para la compra de verduras y vegetales (50.4%); no se tiene conocimiento de qué es una alimentación sana (38.4%); no se tiene tiempo de cocinar (34.4%); la preparación de la alimentación (32.4 %); consumir comida rápida (31.6%); falta de interés (28.3%)y no hay gusto por las verduras (23%), siendo estos algunos de los elementos, ya que existe un listado extenso.

## **2.1 Hábitos Alimenticios**

Hay diversas investigaciones que se han realizado para modificar los hábitos alimenticios del individuo, en esta ocasión nos enfocaremos en un trabajo realizado por Ruíz, E Alvares, I y Ruíz, M (2012), en el cual se enfocan en la población de infantes con el propósito de fomentar programas preventivos. La investigación se realizó con 225 niños mexicanos entre 8 y 11 años de edad. A todos se les realizaron mediciones antropométricas para determinar la existencia de sobrepeso u obesidad, así como el cuestionario sobre hábitos generales y de alimentación de la Confederación Nacional de Pediatría de México. Mediante estos, se encontró que existen hábitos tanto saludables como insaludables.

Entre los primeros se halló que los niños consumen alimentos chatarra dos veces o menos a la semana (75.3%), nunca comen más que un adulto (81.2%) y una mayoría de niños no tienen la costumbre de comer comida rápida más de tres veces por semana (65%). En cambio, dentro de los hábitos se detectó que los niños toman bebidas azucaradas más de 3 veces por semana o diariamente (70.8% y 33.6% respectivamente) y comen viendo televisión más de tres veces por semana (28.6%). Sin embargo, no se encontraron relaciones significativas entre la mayoría de los factores evaluados, pues solamente se asoció el IMC con la edad, el comer más que un adulto, jugar fuera de casa y que otras personas lo alimenten de 3 a 4 veces por semana, pero lo hizo en porcentajes mayores al 80%, aumentando el IMC según la edad de los participantes.

Aunque lo anterior se enfoca específicamente en poblaciones que padecen sobrepeso u obesidad el resultado es el mismo, es decir la obesidad y el sobrepeso va ligado a la diabetes, ya que son consideradas enfermedades que se desarrollan por diversos factores entre ellos los hábitos alimenticios.

Tabla 1. Hábitos, prácticas y costumbres alimentarias desde un análisis antropológico.

<b>Hábitos, prácticas y costumbres alimentarias</b>	
¿Qué?	Evitar alimentos asociados con enfermedades (como cuando se está embarazada) o según tabúes religiosos.
¿Cuándo y dónde?	De acuerdo a horarios establecidos (desayuno, comida y cena); estaciones del año (pescado en vigilia); en lugares como caldo de camarón y caracol en las cantinas; buñuelos y alegrías, fuera de las iglesias; en fiestas (mole y arroz) y conmemoraciones (pastel blanco en bodas).
¿Cómo?	Según el legado prehispánico, los alimentos son preparados en función de sus cualidades de frío o caliente, según la humedad o calor a la que se esté expuesto el alimento, se comen alimentos fríos y calientes para restablecer el orden de un desequilibrio corporal según la temperatura.
¿Para qué?	Representan la forma de establecer, fomentar o cimentar relaciones sociales (“te invito un café/ a cenar”) Además, funcionan para diferenciar clases sociales (tacos de cabeza-pobreza; tacos de filete-clase media)

*Nota:* Tabla construida a partir de los datos obtenidos en la investigación de Vargas (1993, citado en Ortíz, Vázquez y Montes, 2005).

### 3. Importancia de la dieta en la Diabetes

El término dieta hace referencia a un estilo de vida derivado del contexto donde el individuo se desarrolla; en otras palabras, es la conducta aprendida en el período del lactante hasta su madurez, es reflejada en cada acción que realiza, por lo que no puede dejar de lado su alimentación. Dicho esto, la dieta es el resultado del consumo o ingesta de alimento diaria del individuo. Sin embargo, la creencia popular acuña el término dieta a una restricción de alimentos, debido a la inadecuada difusión y estigmatización de los alimentos dentro del nuevo siglo.

México como país en vías de desarrollo se ha caracterizado por una gastronomía comercial, desequilibrando el balance de los grupos alimenticios. Actualmente la dieta del mexicano promedio se basa en alimentos calóricos y en porciones no recomendadas. Si a esto le añadimos la poca o nula actividad física que se realiza, todo esto impacta en la adquisición de padecimientos crónicos en edades cada vez más tempranas.

Es indispensable que los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2), obtengan una dieta balanceada, la cual debe estar compuesta por: frutas, vegetales frescos, cereales integrales, semillas, carbohidratos y proteínas; los frutos secos son de mayor importancia, ya que contienen fitonutrientes y sustancias antioxidantes, teniendo un papel interesante y significativo, pues se encargan de neutralizar los radicales libres, protegiendo a la célula del daño radicálico; los polifenoles (pigmento rojo del tomate), carotenos (aportan vitamina A), tocoferoles (aportan vitamina E), ácido ascórbico (vitamina C) y minerales antioxidantes como el selenio, zinc, cobre, entre otras, las cuales disminuyen el riesgo de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, renales y algunos tipos de cáncer (González, Cardentey, & Casanova, 2015).

Actualmente, a través de múltiples investigaciones, se ha observado que aproximadamente solo el 38% de los pacientes se adhieren a la dieta indicada por el especialista, por lo cual es necesario fomentar prácticas psicoeducativas respecto al autocuidado en la alimentación, ya que esto podría ayudar a incrementar el porcentaje de apego a la dieta. Salvador, Díaz y Romero (2011), definen apego al tratamiento a la conducta del paciente que se ajusta a las indicaciones del especialista.

Existen una serie de factores que influyen en el incumplimiento de apego a la dieta, entre los cuales predominan: sedentarismo, desconocimiento de la enfermedad, desconfianza en la capacidad del especialista, duración de la consulta menor a cinco minutos, falta de comprensión de las indicaciones requeridas por el especialista, escolaridad baja, intolerancia a los medicamentos, polifarmacia y empleo de terapias alternativas; (Hernández, Rodríguez & Sierra, 2014).

Son diversas las dificultades que surgen en el transcurso del apego al tratamiento de un paciente diabético. Según Rodríguez y García (2011) explican, la principal dificultad que tienen los pacientes, es el poder adherirse a la dieta que se les ha recetado por un especialista, pues es parte fundamental del tratamiento ya que no solo ayuda a tener un control en el metabolismo, sino también logra conservar un peso deseado; ayuda a prevenir la hiperglucemia y disminuye el riesgo de arteriosclerosis y de complicaciones secundarias (Socarrás et al., 2002). Esta adherencia a la dieta pretende normalizar la glucemia, las concentraciones de insulina, las anomalías lipídicas, las alteraciones de la presión arterial y las alteraciones de la coagulación, entre otros (González, 2012). De ahí su importancia.

Rodríguez y García (2011), comentan que es indispensable modificar y plantear nuevos programas de psicoeducación dietética, ya que esto ayudará a permitir la instauración y modificación de los hábitos y conductas. Hay que destacar que respecto a la dieta se deben tener en cuenta aspectos fisiológicos (gestación, ejercicio físico, entre otras), y patológicos (González, 2012).



Por ello, los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) necesitan servicios adecuados progresivos del sector de la salud, pero sobre todo se sugiere que se manejen pláticas de educación con el propósito que el paciente aprenda y pueda manejar la enfermedad, evitando así, tanto las complicaciones agudas como las crónicas, obteniendo una mejor calidad de vida (Quirós & Villalobos, 2007).

Según Mataix J (S/A) menciona, para tener un seguimiento en una dieta balanceada, tomando en cuenta el aporte energético para mantenimiento del peso deseable, como equilibrada en nutrientes, de igual manera para evitar excesos y sobre todo deficiencias, así como la planificación de la misma, es indispensable para un buen control metabólico de cualquier tipo de diabetes.

Un aspecto importante respecto a la dieta es la planificación diaria de esta, es prácticamente imposible dar una recomendación, ya que ésta puede variar en función de diversos factores, por ejemplo:

- Tipo y severidad de la diabetes.
- Tipo de antiabético: insulina o antidiabéticos orales.
- Hábitos alimentarios: tipo de alimentación y distribución horaria.
- Grado de actividad física del trabajo.
- Práctica de ejercicio físico.

A continuación, Mataix (S/A) nos menciona un listado de una planificación de dieta.

- Grupo del pan y cereales: No existe ninguna limitación en cuanto a su consumo aconsejándose preferentemente el consumo de variables integrales.

Tabla 2. Recomendaciones nutricionales en diabetes mellitus

<b>Macronutrientes</b>	<b>(% de la energía total)</b>
Hidratos de carbono	55-60
Proteína	10-15
Grasa	25-35
Monoinsaturada	13-15
Poliinsaturada	6-8
Saturada	6-8

Los hidratos de carbono deben ser fundamentalmente complejos, evitando los azúcares simples salvo los inevitables como la lactosa de la leche o los que se encuentran en las frutas.

Colesterol: Entre los 200 y 300 mg/ día como máximo.

Fibra: Ingerir una cantidad de fibra superior a 35 g / día

Sal: No superar los 3-6 g/ día intentando siempre consumir los valores inferiores.

Alcohol: Evitar la ingesta de alcohol o no sobrepasar una ingesta diaria de 25 g/día

Fuente: Mataix, J. (S/A). Nutrición y alimentación humana. Barcelona: Oceano.

- Grupo de frutas, verduras y hortalizas: En relación a verduras y hortalizas no existe limitación en cuanto a su consumo, debiendo ingerirlas habitualmente dentro del conjunto de una comida. Por otro lado en el caso de las frutas parece aconsejable no consumir más de cuatro a cinco raciones diarias, debiendo eliminarse las uvas, plátanos muy maduros y en general los zumos de frutas naturales.
- Grupo de leche y derivados lácteos: Leche, yogur y similares pueden estar presentes en la dieta en las cantidades recomendadas a la población general, debiendo consumirse en general las variedades descremadas correspondientes. Debe evitarse ingerir esos productos solos, aconsejándose hacerlo con otros alimentos, especialmente pan y cereales.
- Grupo de alimentos proteicos:

Carnes: Limitar el consumo de carnes no debiendo superar las tres raciones a la semana. Consumir piezas magras, y en el caso de piezas grasas, eliminar la porción grasa correspondiente en gran medida.

Embutidos: Evitar los embutidos en gran grado.

Pescados: Consumir pescados con preferencia a las carnes, debiendo estar presentes tanto las especies, blancas o bajas en grasa, como las acules o grasas.

Huevo: El consumo de huevos no debe superar los dos o tres a la semana, pudiendo utilizarse la clara en caso de eliminar la yema.

Legumbres: No hay limitación al consumo habitual de las mismas.

- Grupo de aceites y grasas: Consumir especialmente aceite de oliva, frente a cualquier otro tipo de aceite, tanto en crudo como en cualquier tipo de cocinado. Evitar tanto la grasa incorporada a carnes, embutidos, caldos, bollería, como mantequillas, margarinas, nata y otras grasas animales.

- Productos ricos en sacarosa y fructosa: Deben eliminarse de la dieta alimentos y productos alimenticios que contengan sacarosa y fructosa ya que pueden afectar a los niveles glucémicos del paciente diabéticos. De una manera general se incluyen en este apartado productos de pastelería y bollería, heladería, miel, mermelada. Almíbares, jarabes y jaleas.
- Bebidas alcohólicas: Evitar bebidas de destilación y maceración de elevado grado alcohólico, aconsejándose en caso de que el individuo beba habitualmente y no desea dejar de beber, que consuma vino tinto no superando dos vasitos al día, aproximadamente 250 ml/ día.

Dicho lo anterior (Escott, S, S/A ), es importante el control del peso. El paciente debe tener una restricción calórica moderada (250 a 500 calorías menos de la ingesta promedio diaria calculados por la historia de la alimentación) y un plan de comidas nutricionalmente adecuadas con una reducción de la grasa total, de igual manera el paciente debe distribuir las comidas y refrigerios, teniendo en cuenta la actividad física, hábitos alimentarios y requerimientos insulínico, continuar regularmente con la planificación dietética y régimen de vida. Solucionar la tendencia aglucosuria o hipoglucemia en un momento dado del día, modificando la ración alimentaria y realizar ejercicio físico, ya que esto ayudará a aumentar la captación de glucosa por el músculo y la tasa de liberación de insulina (Mataix, J, S/A), son solo algunas recomendaciones dietéticas y nutricionales de los pacientes que padecen diabetes.

### **3.1 Adherencia al tratamiento**

Para Granados y Escalante (2010), la adherencia al tratamiento se enfoca en conductas complejas dentro de las cuales hay una combinación de aspectos conductuales, relacionados con la participación del paciente y de manera conjunta con un especialista de la salud, obteniendo resultados eficaces, de esta manera la

mayoría de las intervenciones psicológicas se basan en modelos secuenciales por etapas para la adquisición de conductas saludables

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004; Escandón et al., 2015) define la adherencia al tratamiento como, la frecuencia en la cual, la conducta se apega al nuevo repertorio conductual, teniendo en cuenta un régimen alimenticio, con el propósito de modificar la calidad de vida del paciente. Un dato importante menciona Pfizer (s/a), en los países desarrollados, solo el 50% de los pacientes que padecen una enfermedad crónica cumplen con su tratamiento; cifras que inclusive se incrementan al referirnos a determinadas patologías con una alta incidencia, lo cual es alarmante.

Tabla 3. Porcentaje de adherencia en enfermedades crónicas

<b>Diabetes tipo II</b>	65-85%(antidiabéticos orales) 60-80% (Insulina)
<b>Epilepsia</b>	50-70%
<b>Hipertensión Arterial</b>	17-60%
<b>Dislipemias</b>	45-62%
<b>SIDA</b>	50-80%
<b>Osteoporosis</b>	45-70%

Fuente: Pfizer, (30 de agosto de 2018). Pfizer. 2018, de R.M. Sitio web: <https://www.pfizer.es/>

En Diabetes Medical Nutrition Therapy (Harold, I & Green, J, 1997) argumenta que la terapia de nutrición médica para la diabetes debe realizarse teniendo en cuenta un enfoque de cuatro niveles:

1.- El primer paso es una evaluación nutricional integral que incluya parámetros metabólicos de nutrición y de estilo de vida.

2.- El segundo paso es establecer metas con el cliente; estos objetivos deben ser prácticos, alcanzables y aceptables para el cliente con diabetes.

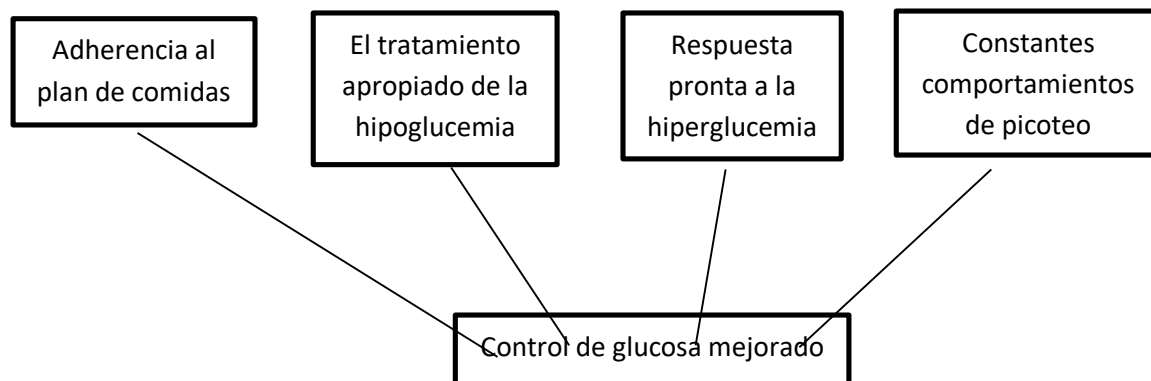
3.- El tercer paso, la intervención nutricional, debe incorporar una variedad de recursos de planificación de comidas y educación nutricional que los clientes con diabetes puedan entender y usar fácilmente.

4.- El cuarto paso es la evaluación, que vuelve a evaluar cómo se ha logrado el objetivo e indica áreas para la educación futura de autogestión.

La educación nutricional es un pilar para promover la adherencia al tratamiento ya que ésta tiene gran influencia en la conducta y genera habilidades para promover tácticas de autocuidado (Páez, Cárdenas & Poveda, 2010).

Uno de los factores más desafiantes del cuidado de la diabetes es fomentar cambios para incrementar cambios en los hábitos alimenticios personales, el cliente con diabetes y el equipo de cuidado de la diabetes. En el Ensayo de Complicaciones y Control de la Diabetes ECCD afirmó la importancia de la planificación de comidas para alcanzar y mantener los niveles deseados de glucosa en sangre.

Tabla 4. Comportamientos Nutricionales



Fuente: Harold, J, & Gren, J. (1997). Diabetes Medical Nutrition Therapy. UNITED STATES AMERICAN: The American Dietetic Association.

Sin embargo, el incumplimiento del tratamiento es más común de lo que se piensa, ya que encontramos obstáculos como las creencias erróneas que tiene el paciente respecto a la salud y enfermedad, y por otro lado la complejidad del régimen del tratamiento (Quirós & Villalobos, 2007).

El ECCD proporcionó información valiosa sobre el papel de la intervención en la terapia intensiva de la diabetes, los cuales son los siguientes (Harold, I & Green, J, 1997):

- Algunos perfiles individuales y/o hábitos alimenticios predicen la capacidad de los clientes para cumplir con el tratamiento intensivo de la diabetes.
- Existen diversas estrategias de intervención de nutrición que se pueden utilizar para lograr consistencia en la alimentación y la promoción de un patrón de alimentación más saludable.
- Es indispensable una rígida y cuidadosa atención a la relación entre los alimentos y la insulina para archivar las metas de HgbA1c sin una hipoglucemia excesiva y un aumento de peso.
- Las variaciones en la ingesta de alimentos, como el consumo excesivo de alimentos para tratar la hipoglucemia y comer bocadillos adicionales durante la noche, a menudo explican los resultados erráticos de glucosa en sangre, que se asocian con niveles más altos de HgbA1c.

Los objetivos de la terapia de nutrición médica de pacientes con diabetes son los siguientes (Harold, I & Green, J, 1997):

- Alcanzar los objetivos de glucosa en sangre

- Alcanzar niveles óptimos de lípidos en la sangre
- Proporcione calorías apropiadas para un peso razonable, crecimiento y desarrollo normal, y embarazo y lactancia.
- Prevenir, retrasar o tratar las complicaciones relacionadas con la nutrición
- Mejora la salud a través de una nutrición óptima.

Por otra parte, Castro, Rodríguez y Ramos (2005) mencionan respecto a las intervenciones psicológicas, que predominan cuatro aspectos importantes, el primero es la evaluación de habilidades y autocuidado que se enfoca en qué tan preparado se encuentra el paciente para seguir la dieta o inyectarse la insulina; es decir, la evaluación de adherencia al tratamiento.

El segundo, se encarga de identificar cuáles conductas frente a la dieta se encuentran en excelente estado, con el fin de modificar y mejorar la conducta del paciente. En cuanto al tercero, se define como la evaluación de barreras de adherencia, se encarga de determinar los obstáculos que presenta el paciente para poder adherirse al tratamiento; y por último la evaluación de situaciones estresantes en la Diabetes, la cual determina cuáles son las situaciones que le generan estrés al paciente con el objeto de identificar si éstas pueden ser evitadas, ya que son perjudiciales para su salud.

Pfizer (s/a) hace mención en uno de sus artículos llamado; la adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida, la falta de adherencia se relaciona con diversos factores como ya se mencionó anteriormente, sin embargo el pensar que están curados o la ausencia de entendimiento sobre cómo seguir el tratamiento, por la misma negación de la enfermedad o porque creen que se van a morir con independencia del tratamiento, por el carácter asintomático de la enfermedad e inclusive por no considerar que se está enfermo, son una de las causas por las cuales los pacientes no le dan seguimiento al tratamiento. En un estudio realizado entre oncólogos, el 85% de los encuestados afirmaba que la falta



de adherencia constituía un problema significativo en sus pacientes y los problemas psicológicos eran la causa más citada, siendo los más frecuentes el temor, la incertidumbre y la falta de control, sin duda son factores que no se pueden dejar a un lado ya que son temas de suma importancia para adquirir el entendimiento, de la adherencia al tratamiento.

## **4. Factores psicológicos que afectan la condición del diabético.**

Existen factores psicológicos que se ven reflejados en la presencia de cambios de estados emocionales como la depresión, la cual se centra en la aparición de nuevos síntomas asociados a la enfermedad, que en cierto momento se tenía control sobre ellos, y esto trae como desventaja que el paciente comience a generar ansiedad con pensamientos de esperanza de una cura real (Orozco & Castiblanco, 2015).

La depresión tiene un impacto negativo, ya que reduce la motivación y la energía que se necesitan para realizar actividades de uso cotidiano como las tareas de autocuidado, es decir, la toma de medicamentos, automonitoreo y actividad física (Janevic, Rosland, W2tala, Connell & Piette, 2012; Orozco & Castiblanco, 2015). La depresión también se ve reflejada en el compromiso del tratamiento que tiene el paciente con éste, ya que, mediante la toma de medicamentos requeridos por el profesional, se originan cambios en los estilos de vida del paciente (Paterson et al., 2011; Orozco & Castiblanco, 2015).

La autoestima también se ve afectada, ya que surgen cambios en la percepción de está, por ejemplo, cambios en los estados de ánimo, como la presencia de irritabilidad (Mendenhall, Fristad & Early, 2009; Orozco & Castiblanco, 2015). Además, surgen preocupaciones por problemas tanto ocupacionales como económicos, asociados a la enfermedad (González-Gutiérrez, Fonseca- Fonseca & Jiménez-Jordán, 2006; Orozco & Castiblanco, 2015).

Otro factor que incide en los aspectos psicológicos del diabético, de manera importante, es la familia. El núcleo familiar se muestra tenso ante dicho padecimiento, ya que se encuentra la presencia de síntomas, condiciones emocionales, dependencia y disminución en la productividad (Checton; et al., 2012; Orozco, & Castiblanco, 2015). Sin embargo, Koch (1985; Arroyo, Bonilla & Trejo, 2005), menciona dos alternativas para la adaptación familiar:

- Cuando las familias tienen comunicación entre sus miembros y pueden expresar sus emociones, la adaptación será eficiente y podrán manejar la situación moderadamente.
- Por otro lado, si la comunicación de la familia es ineficaz, y por lo tanto los miembros de la familia no tienen la confianza para expresar sus emociones, esto traerá como consecuencia que vivirán en un ambiente tenso y de estrés.

Son diversos los temores y preocupaciones tanto del paciente como de los familiares, enfocándose en el desarrollo de complicaciones, por lo cual comienzan en “pensar en el futuro”, asumiendo los familiares que no se encuentren capaces de resolver dicha complicación, dando respuestas inesperadas e intensas que no beneficiarán al paciente (Arroyo, Bonilla, & Trejo, 2005).

Sin embargo, el paciente como los familiares necesitarán pláticas de psicoeducación, ya que esto ayudará que el paciente pueda modificar sus estilos de vida. El apoyo es fundamental para el paciente, por lo tanto la familia se caracteriza por un régimen de compromiso, ya que ésta se convertirá en los educadores del padecimiento, así la familia ayudará al paciente cuando sea necesario teniendo en cuenta que no podrán juzgarlo (Hernández, Rodríguez & Sierra, 2014).

Como ya se ha mencionado antes, el apoyo familiar es importante para el paciente, ya que esto ayudará a evitar los obstáculos que se presenten en el camino. Así, mientras más integrantes de la familia se sumen tanto al cuidado del paciente como al tratamiento con un nivel alto de compromiso, el paciente evitará recaídas y se sentirá cada vez más cerca de su red social natural de apoyo (Cifuentes & Yefi, 2005).

Hernández, Rodríguez y Sierra (2014) mencionan que el paciente no solamente obtiene apoyo familiar, sino también de otros contextos como el social, ya que esto ayudará al paciente a adquirir un progreso positivo.

Existen dos teorías que explican la relación entre apoyo social y la salud, que son: el efecto directo y efecto amortiguador. La primera nos habla de los procesos

psicofisiológicos y cambios conductuales, los cuales se encargan de fomentar los niveles de salud, potencializando los estados emocionales y físicos. La segunda teoría disminuye los impactos estresantes, incluso el paciente puede confrontar los procesos psicopatológicos por medio de la confianza y el conocimiento.

#### **4.1 El trabajo del psicólogo**

Los psicólogos que se encuentran en los ámbitos hospitalarios son fundamentales para la adherencia al tratamiento, sin embargo, se realiza un trabajo multidisciplinario (enfermeros, doctores, nutriólogos), con el fin que el paciente mejore.

Un componente clave para el tratamiento es el “psicólogo”, ya que se encarga de implementar técnicas, que beneficiarán al paciente a obtener cambios eficaces en su vida. La intervención de la psicología, por medio del psicólogo de la salud es muy importante, ya que ayuda al paciente a aceptar y entender la enfermedad que padece de una manera sutil, así como los síntomas que se desarrollan en el transcurso de la enfermedad. De igual forma, el psicólogo de la salud está especializado para resolver algunas situaciones como: identificar las conductas en situaciones de riesgo, desarrollar programas para modificar las conductas y obtener una mejor calidad de vida, así como buscar los factores que alteren la intervención del tratamiento de la enfermedad (Olvera & Soria, 2008).

Sin duda, el psicólogo debe de manejar algunos temas como: los principios de aprendizaje, conocimiento de análisis funcional y utilización de técnicas conductuales; también debe tener conocimiento acerca de otras áreas ya que realiza un trabajo en conjunto y así poder identificar las variables psicológicas de intervención.

Otra función que realiza el psicólogo es la entrevista y la intervención, centrada en el comportamiento del paciente (Reynoso & Becerra, 2013). Según Morgeny y Cogger (1975; Reynoso & Becerra, 2013) mencionan que hay cuatro habilidades importantes que deben poseer el entrevistador y el terapeuta con el fin

de establecer un ambiente de confianza: sociales, de comunicación, analíticas e interpretativas y de toma de decisión.

Para El Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP) (1978; Piña, 2010), menciona que es fundamental que el psicólogo se encuentre capacitado para realizar una serie de procesos como planeación, prevención, intervención e investigación, las cuales actualmente han sido conceptos ambiguos. Se necesita de mayor precisión e información para futuras investigaciones, o en este caso, para tener más conocimiento sobre los factores de la adherencia al tratamiento.

Son diversas las actividades que realiza un psicólogo sobre todo en el sector de la Salud y sin duda tiene una gran responsabilidad, ya que en gran medida la integridad del paciente “depende” de él. Otra actividad relevante que realiza el psicólogo es ayudar al paciente a desarrollar nuevos repertorios conductuales que faciliten la adherencia a la dieta.

El psicólogo debe actualizarse constantemente, es decir, saber qué es lo que está pasando en el campo de la salud en cuanto a las enfermedades, nuevos padecimientos y sintomatología entre otros, ya que tendrá la tarea de investigar nuevas técnicas para que el paciente tenga una mejor calidad de vida.

#### **4.2 Intervención psicológica**

Según Bados (2008), la intervención psicológica puede aplicarse para lograr metas, objetivos, desafíos, modificar pensamientos erróneos o negativos, por ejemplo aceptarse a sí mismo y cambiar conductas, teniendo en cuenta que es un proceso, que se lleva tiempo, es decir, que esta intervención está constituida por una serie de sesiones con duración de meses y en algunas ocasiones de años de aproximadamente una hora y de frecuencia semanal, esto dependerá del paciente o del tipo de problemas que tenga. El psicólogo, con base a sus conocimientos, empleará técnicas o modelos para ayudar al paciente; la mayoría de los tratamientos psicológicos se encuentran basados en modelos secuenciales, segmentados de acuerdo al mismo.

García-Allen (<https://psicologiyamente.com/clinica/terapia-cognitivo-conductual-tratamiento-obesidad>, recuperado el 9 de septiembre de 2018), menciona en cuanto a la aplicación de la Terapia Cognitivo-Conductual para la obesidad, que el tratamiento psicológico combinado con los programas de dieta y ejercicio aporta mejores resultados. El problema surge porque muchos aún piensan que los programas de ejercicio y nutrición serán suficientes para lograr el éxito. Por tanto, existen dos elementos claves en este proceso, y éstos están muy interrelacionados: la motivación y la psicoeducación. Asimismo, refiere que la motivación es un aspecto clave para conseguir el éxito en cualquier tipo de tarea, y es un prerrequisito necesario al acudir a la terapia grupal para el tratamiento de la obesidad.

El autor sostiene que un programa psicoeducativo es necesario para el correcto desarrollo de la motivación, tanto a corto plazo como para el mantenimiento de los resultados obtenidos. Es bastante frecuente que las personas con obesidad ya hayan intentado realizar dietas y planes de entrenamiento sin lograr los resultados deseados en el pasado, y suelen tener información excesiva pero inadecuada sobre alimentación o el ejercicio físico.

En muchas ocasiones, las personas con obesidad sufren comorbilidad con ciertos trastornos psicológicos que puede interferir en la evolución y el tratamiento del programa y, por tanto, es necesario detectarlos. Esto podría encontrarse también en pacientes con diabetes.

Este autor también menciona que otro tipo de problemas, como pueden ser: la autoestima baja, la impulsividad o los estilos negativos de resolución de problema, también pueden requerir terapia individualizada. Para ello, se suelen emplear distintas técnicas cognitivo-conductuales. Entre las más habituales encontramos las siguientes:

- Técnicas de autocontrol: La autoobservación, las hojas de registro, establecimiento de metas realistas o control de estímulos, son técnicas que se han mostrado eficaces en este ámbito.

- Reestructuración Cognitiva: Los programas de reestructuración cognitiva de Aaron Beck, Albert Ellis u otros autores, pueden ayudar al paciente a tener conocimiento sobre sus propias emociones o pensamientos frente a las distintas situaciones problemáticas, así como detectar pensamientos irracionales y sustituirlos por ideas o creencias más adaptativas.
- Focos de trabajo: Trabajar la autoestima, las creencias de autoeficacia, la percepción de la imagen corporal, el refuerzo de logros es beneficioso para el tratamiento.
- Desarrollo de habilidades de manejo de dificultades: Es positivo para el paciente adquirir conocimiento sobre conductas alternativas en vez de comer, el entrenamiento de habilidades sociales, la asertividad o estrategias de manejo del estrés.
- Reevaluación y Feedback: Especialmente útil para el seguimiento y la evolución de los cambios producidos.

En este trabajo se consideró mencionarlas, ya que podrían utilizarse para el tratamiento en la adherencia del paciente con diabetes.

Flórez (2007) menciona un modelo interesante llamado Proceso de Adopción de Precauciones (PAP), el cual fue propuesto por Neil Weinstein, (Weinstein, 1988; Flórez, 2007). Este modelo se originó con cinco etapas, las cuales se enfocaban en la utilización de estrategias que tiene el sujeto para afrontar problemáticas que surgen en la vida cotidiana respecto al concepto de salud-enfermedad; la etapa 1 llamada *susceptibilidad*, se refiere cuando el paciente tiene conocimiento de la enfermedad en forma general; la etapa 2, se denomina *severidad*; en esta etapa, el sujeto tiene conocimiento acerca de los riesgos que podría ocasionar hacia las otras personas que lo rodean; en la etapa 3, *efectividad*, es la etapa en la cual el sujeto tiene conocimiento de la propia susceptibilidad de riesgo personal; la etapa 4, *decisión personal*, es la etapa en que el sujeto lleva a cabo la acción; y por último, la etapa 5, llamada *acción*, es cuando el sujeto ejecuta la conducta saludable.

Posteriormente, estas cinco etapas tuvieron una transformación, teniendo como resultado siete etapas, las cuales se explicarán a continuación:

Etapa 1.- la persona no tiene conocimiento de la importancia de la conducta.

Etapa 2.- el sujeto no tiene interés de mejorar la conducta o involucrarse en ella.

Etapa 3.- hay un leve interés, pero aún no lo pone en práctica.

Etapa 4.- el sujeto no quiere y dice no actuar.

Etapa 5.- ya hay motivación de querer actuar, pero aún no lo hace.

Etapa 6.- la persona ya ha incorporado la conducta a su repertorio conductual, pero hay respuestas negativas.

Etapa 7.- se mantiene la ejecución de la conducta y surgen respuestas afirmativas.

El PAP es un modelo eficaz ya que se encarga de superación de barreras entre una etapa y otra, esto por medio de actividades, por ejemplo; en lo que es la etapa 1 y 2, existen mensajes por medio de medios de comunicación; en las etapas 2 y 3, existen mensajes por parte de personas cercanas al sujeto (familiares, amigos), con el fin de superar las barreras de dichas etapas: el desarrollo de creencias favorables para la superación de la barrera, en las etapas 3 y 5 ó 4 y 5; y por último, una información detallada acerca de los recursos para superar barreras de las etapas 5 y 6, en la etapa 7 ya se superaron las barreras y se mantiene la ejecución de la conducta. El modelo es cognoscitivo con el fin de realizar una progresión de cambio positivo (Weinstein, 1987; Flórez, 2007).

De igual manera el tratamiento psicológico basa su efectividad dentro del panorama cognitivo, pues muchas veces la conducta es reflejo del pensamiento o viceversa. Dentro de la amplia gama de herramientas utilizadas por los psicólogos para ayudar en la modificación conductual, se encuentra la llamada terapia racional emotiva conductual, desarrollada por Albert Ellis (1954), pues consideraba que los problemas conductuales y emocionales podían tener su génesis a partir de sus tres fuentes: la del pensamiento, la emocional y la conductual, ya que enfatizó en cómo los pensamientos inciden en las alteraciones psicológicas.



Si esto lo llevamos al campo de la salud, podemos tratar de comprender el porqué de la no adherencia al tratamiento, es decir, las personas son en gran parte responsables de sus sentimientos perturbados, que son generados tanto consciente o inconscientemente. Por ende, esas mismas personas disponen de todos los recursos para poder modificar sus pensamientos y traer a sus vidas estados duraderos y estables.

Lo mismo pasa en la salud, cada individuo es responsable en primer instancia de las decisiones que toma, sin embargo estas son mediadas por un sistema de creencias o pensamientos que direccionan la conducta. Para demostrar más este punto remitámonos a la esquematización de la TREC, la cual nos dice: ante todo acontecimiento existe un pensamiento de expectativa, en este caso el bienestar, el acontecimiento siempre es la acción inmediata o en este caso la interacción (sedentarismo, malos hábitos saludables), posteriormente es el pensamiento ante la acción (lo que hago me hace bien), para pasar al sentimiento (da igual, así estoy bien), finalmente la consecuencia (enfermedad).

Dicho lo anterior, Ellis (1962) afirmaba que lo que causa la alteración o dificultad emocional no es lo que sucede en el punto A, sino que las personas crean una estructura de creencias en el punto B y refuerzan estas creencias en una forma negativa y muchas veces perjudicial, lo cual se manifiesta en las reacciones conductuales o emocionales: el punto C.

De esta manera la Terapia Racional Emotiva Conductual tiene un cometido claro, tal como afirma Saranson (2006) en su libro *Psicopatología anormal*, el problema de la conducta inadaptada, donde hace referencia a Ellis y Dryden (1977): las personas han de cuestionar sus creencias fundamentales (en la mayoría de casos, irracionales), para después sustituirlas por otras más constructivas (racionales).

Lo mismo pasa con los pacientes que viven con enfermedades crónicas, lo primero que deben aprender a identificar son aquellos pensamientos o situaciones que les generan un malestar físico, o que en su defecto dañan su salud, para

posteriormente modificar su conducta, ya que el bienestar físico va de la mano del bienestar emocional.

La TREC no solamente se ha aplicado en el campo clínico sino que existen varios escritos sobre la intervención en los ámbitos laboral y educativo. Una psicoterapia que brinda muchas oportunidades en el estudio sobre el ser humano, las emociones, el pensamiento y la salud mental.

Sin embargo, Orozco y Castiblanco (2015) mencionan que en el transcurso de la enfermedad el paciente desarrolla una serie de estrategias, una de ellas es: afrontamiento al automanejo y autorregulación (Knittle, De-Gucht, & Maes, 2012; Orozco & Castiblanco, 2015), esta estrategia les permite obtener control respecto a los síntomas y tratamiento, preparándolos psicológicamente, así como modificar los estilos de vida (Francis, Feyer & Smith, 2007; Orozco & Castiblanco, 2015).

Por otro lado, la resolución de problemas, la recopilación de información y la regulación de las emociones son estrategias de afrontamiento activas, y éstas se encargan del manejo del dolor, de los estados de ánimo y del aumento de la capacidad funcional (Garnefski, Grol, Kraaij & Hamming, 2009; Orozco & Castiblanco, 2015). Por otro lado, también se encuentran estrategias activas enfocadas a objetivos que dan sentido de identidad y significado de la vida, lo que favorece al bienestar psicológico del paciente (Garnefski et al., 2009; Orozco & Castiblanco, 2015).

Gracias a las intervenciones psicológicas se pueden manejar de manera adecuada las condiciones psicoemocionales, cognoscitivas y comportamentales del paciente. Dicho lo anterior en las intervenciones psicológicas más destacadas se encuentra la entrevista motivacional, ya que es la que se encarga de generar un compromiso orientado hacia el cambio (Garnefski et al., 2009; Orozco & Castiblanco, 2015).

## 5. Modelo Cognitivo Conductual

Actualmente la psicología de nuestro centuria se ha diferenciado por ser multifacética, teniendo en cuenta tres poderosas fuerzas en la experiencia humana: hacer, pensar, y sentir (Mahoney, 1991; Becoña, E, & Oblitas, L, s/a). Camacho, J (2003) menciona que la palabra Psicología deriva del griego, psique (ψυχή): alma, mente, espíritu, vida y logos (λόγος): palabra, razón, inteligencia, pensamiento. Entonces entendemos etimológicamente a la psicología como la razón o la palabra con sentido que puede dar cuenta de la mente humana o del espíritu.

El modelo cognitivo conductual (CC) es un modelo de psicoterapia que cobra fuerzas a finales en la década de los años 80 como terapia breve orientada hacia el presente, pero entendiendo la historia de aprendizaje de la persona intervenida (Gálvez, J 2009).

Díaz, Ruiz y Villalobos definen a la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) como una aplicación clínica de la ciencia de la psicología, en la cual se enfoca en lo que son principios y procedimientos validados empíricamente (Plaud, 2001., Díaz, Ruiz y Arabella, S/A). Hace aproximadamente cinco décadas que la Terapia de Conducta se adhería fuertemente a los principios y teorías del aprendizaje, una larga y compleja evolución se ha dado en esta disciplina, teniendo en cuenta su amplio sustento teórico que va más allá de las teorías del condicionamiento, para pasar a considerar en la explicación del comportamiento humano factores y modelos procedentes de otros ámbitos de la psicología.

La TC parte de la idea de que toda la conducta (adaptada y desadaptada) es aprendida y puede modificarse mediante los principios del aprendizaje, siendo esta la manera en la cual dio lugar de indagar acerca de posibles conflictos y estructuras subyacentes, gracias a esto los terapeutas de conducta comenzaron a centrarse en la conducta observable y el ambiente en el que se produce la acción, obteniendo como resultados en el proceso de evaluación conductual, y alternativa también radical a los sistemas diagnósticos tradicionales, así percibieron la terapia como una

empresa empírica y fundamentada en la metodología experimental propia de la investigación científica.

Para los conductistas la conducta o acción y sus consecuencias determinan la cognición y el efecto: para los cognitivistas el papel central se le da a la cognición, de tal modo que su afirmación esencial es que “como tú piensas, tu sientes y actúas”. (Becoña, E, & Oblitas, L, s/a)

Según Bartlett (citado en [www.upbbga.edu.co/filesupb/ENFOQUE\\_COGNITIVO.pdf](http://www.upbbga.edu.co/filesupb/ENFOQUE_COGNITIVO.pdf) S/A), menciona que los modelos conductuales-cognitivos combinan modelos de la teoría del aprendizaje con aspectos del procesamiento de la información, en su intento de explicar cómo se instauran las conductas durante la infancia y la adolescencia. Al integrar estos dos postulados teóricos, la teoría conductual y la cognitiva, integra los factores internos y externos del sujeto.

A continuación, se presenta una tabla de algunas técnicas de las cuales son empleadas en la terapia cognitivo-conductual.

Tabla 5. Técnicas empleadas en el tratamiento cognitivo conductual.

Técnicas	Descripción
Autoregistro	Autoregistro de hábitos alimentarios y actividad física. Identificar conductas de ingesta que favorecen enfermedad y el sedentarismo
Control de estímulos externos	Caracterización de rutinas alimentarias inadecuadas: tamaño de la vajilla, estrategias para la compra de alimentos, ejercicios de masticación.

Control de estímulos internos	Descubrir comportamientos compulsivos de alimentación por alteraciones emocionales. Adiestramiento en relajación muscular y meditación sobre pensamientos positivos.
Reestructuración cognitiva	Sustituir aspectos negativos como diálogo interior de pensamientos automáticos, autodeclaraciones negativas y pensamientos irracionales.
Refuerzo positivo	Premiar conductas que ayudan a la consecución del peso. Apoyo social o familiar.
Adiestramiento nutricional	Alimentación saludable y equilibrada a través de grupos de nutrientes. Educación sobre contenido calórico y elaboración de menús.
Actividad física	Identificación del sedentarismo. Sugerencia de ejercicios adecuados para la enfermedad.
Prevención de recaídas	Distinguir obstáculos y tentaciones y preparación para superarlos.

---

Fuente: Abilés, V., Abilés, J., Rodríguez, S., Luna, V., Martín, F, Gándara, N. & Fernández, S. (2013). Efectividad de la terapia cognitivo-conductual en la pérdida de peso tras dos años de cirugía bariátrica en pacientes con obesidad mórbida. *Nutrición Hospitalaria*. 28, 1109-1114.

## DISCUSIÓN

Con base a lo expuesto en este artículo la Diabetes es considerada una de las problemáticas más significadas de la Salud Pública dada la rapidez de su incremento y el efecto negativo que tiene hacia la población (Barrera et al, 2013), ya que mientras aumenta la edad del individuo también aumenta el porcentaje de personas que padecen Diabetes, teniendo en cuenta que el género no importa (Terechenko, Baute & Zamoncky, 2015).

Dicho lo anterior, la mayoría de los tratamientos focalizan su atención en la modificación conductual a corto plazo, lo que implica un cambio radical en su estilo de vida.

La adherencia al tratamiento es quizá la parte primordial en el control de la Diabetes, pues además de desarrollar un nuevo repertorio conductual, el paciente asume su enfermedad como el inicio de una nueva etapa, de la cual puede disponer en plenitud.

Para ello el tratamiento, más que una imposición u obligación debe asimilarse como el conducto al desarrollo, respetando al paciente en cada atmósfera en la que se desenvuelve. De esta manera, la mayoría de los tratamientos basan su estructura en modelos de cambio, pues consideran al paciente el todo y no la unidad, es decir tratan la causa y no solo el síntoma del problema.

Sin embargo, el porcentaje de éxito no siempre es positivo, pues en esencia el paciente es quien decide al final si desea cambiar su vida. Es aquí donde el psicólogo en la salud debe actuar, generando un nivel de conciencia en el paciente y su familia, a tal grado que la salud sea vista como un valor y no un estado.

El criterio de éxito o deserción al tratamiento puede basarse en el conocimiento del paciente y cómo éste fue construido por una sociedad

contradictoria, en donde alguna vez mencionaron que la grasa era la culpable de todos nuestros males y ahora es el azúcar, una sociedad ambigua que mal informa a la población, desensibiliza a las personas y la programa para actuar conforme a lo convencional.

Por otra parte, el cuidado de salud corresponde a la responsabilidad de cada individuo, teniendo en cuenta que los padres juegan un papel importante ya que los hábitos alimenticios, el realizar ejercicio, son heredados de padre a hijos y eso interfiere para que haya o no haya cuidado del mismo, sin duda si el hijo observa que los padres prefieren comer comida rápida, que comer comida sana y balanceada, el hijo aprenderá y hay probabilidad que el hijo crezca repitiendo la misma conducta con sus hijos.

Sin duda para evitar el padecer alguna enfermedad crónica, lo fundamental es aprender a cuidarnos, ¿cómo se hace?; lo principal es aprender a comer, ya que lo que nos hace daño no es la comida sino la porción de la cual comemos, o de la forma en cómo comemos, de igual forma el contexto social igual predomina en los hábitos alimenticios, pero los contextos en los cuales el individuo se desarrolle no son, totalmente los culpables ya que, el individuo es responsable de elegir las opciones adecuadas para que esta conducta sea benéfica o perjudicial es la historia de cada persona.

Lo mismo pasa cuando el especialista le dice al paciente que padece Diabetes, que se deberá realizar una dieta ya que eso ayudará a obtener una mejor calidad de vida, sin embargo en ese momento al paciente llegan tantos pensamientos erróneos como quitar alimentos de nuestra alimentación, bebidas y el realizar ejercicio, sin en cambio al paciente cuando comienza la dieta comienza un camino de mayor complicidad, y en algunos casos se desarrollan ya que en algunas ocasiones comienzan a desarrollar depresión, angustia, baja autoestima, entre otros, aquí como en todo el transcurso del tratamiento se comienza el trabajo multidisciplinario y trabajo familiar, ya que la familia deberá de asistir a sesiones psicoeducativas, para que el apego al tratamiento sea más eficaz.

La Diabetes Mellitus es considerada una de las enfermedades más alarmantes, peligrosa y al mismo tiempo silenciosa ya que en la mayoría de los casos no presentan ningún síntoma y piensan que se encuentran sanos, saludables. Generalmente las personas que padecen Diabetes, su mayor complicación al tratamiento es el poder adherirse a la dieta establecida por el especialista, sin duda el apoyo de su entorno es de mayor importancia para que el paciente pueda llevar a cabo la dieta, ya que el apoyo es fundamental para cualquier tipo de enfermedad.

Todos nos encontramos expuestos a contraer alguna enfermedad crónica, en este caso el padecer Diabetes, ya sea porque es hereditario, por los hábitos alimenticios, por no realizar alguna actividad física, o por el simple hecho de no hacernos un chequeo médico cuando nos indican pensando, “a mí no me va a pasar”, pero es erróneo ya que nadie esta inmunizado de no contraerlo, aunque en nosotros está el poder evitarlo y el poder vivir saludablemente.



## REFERENCIAS

- Abilés, V., Abilés, J., Rodríguez, S., Luna, V., Martín, F., Gándara, N. & Fernández, M. C. (2013). Efectividad de la terapia cognitivo-conductual en la pérdida de peso tras dos años de cirugía bariátrica en pacientes con obesidad mórbida. *Nutrición Hospitalaria*. 28, 1109-1114.
- American Diabetes Association. (2017). Standards of medical care in Diabetes. *The Journal of Clinical and Applied Research and Education*. 40(1), 142. Recuperado de: [http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2016/12/15/40.Supplement\\_1.DC1/DC\\_40\\_S1\\_final.pdf](http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2016/12/15/40.Supplement_1.DC1/DC_40_S1_final.pdf).
- Bados, A. (2008). LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA: CARACTERÍSTICAS Y MODELOS. *Universidad Barcelona*. 1-48. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/4963/1/IPCS%20caracter%C3%ADsticas%20y%20modelos.pdf>
- Bertran, M. (2010). Acercamiento antropológico de la alimentación y salud en México. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20 (2), 387-411. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n2/a04v20n2.pdf>
- Bourges, H. (2001). La alimentación y la nutrición en México. *Comercio Exterior*, 897-904. Recuperado de: <http://revistas.bancomext.gob.mx/rce/magazines/31/6/RCE.pdf>

Cifuentes, J., & Yefi, N. (2005). La familia: ¿Apoyo o desaliento para el paciente diabético? *Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción*, Osorno 1-13. Recuperado de: [http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Osorno%202005/La Familia y el paciente diabetico.pdf](http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Osorno%202005/La_Familia_y_el_paciente_diabetico.pdf)

Durán, S, Carrasco, E & Araya, M. (2012). *Alimentación y Diabetes. Nutrición Hospitalaria*, 27, (4) 1031- 1036. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n4/10\\_revision09.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n4/10_revision09.pdf)

Camacho, J. (2003). El ABC de la Terapia Cognitiva. 2018, de mm Sitio web: <https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>

Conget, I. (2002). Diagnóstico, clasificación y patogenia de la diabetes mellitus. *Revista española de Cardiología*, 55 (05), 528-35. Recuperado de: [http://apps.wl.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?f=10&pident\\_articulo=13031154&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=25&ty=99&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v55n05a13031154pdf001.pdf&anuncioPdf=ERROR\\_publici\\_pdf](http://apps.wl.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=13031154&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=99&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v55n05a13031154pdf001.pdf&anuncioPdf=ERROR_publici_pdf)

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino. (2016). Informe final de resultados. 2017, de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino Sitio web: [http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/doctos\\_2016/ensanut\\_mc\\_2016-310oct.pdf](http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/doctos_2016/ensanut_mc_2016-310oct.pdf)

Escandón, N, Azócar, N, Pérez, C, & Matus, V. (2015). Adherencia al tratamiento en Diabetes tipo 2: Su relación con calidad de vida y depresión, *Revista de Psicoterapia*, 26, (101), 125-138. Recuperado de: <http://www.revistadepsicoterapia.com/ojs/index.php/rdp/article/view/31/1>

Escott, S. (S/A). Nutrición, diagnóstico y tratamiento. Norte de Carolina: Winterville

Flórez Alarcón, L (2007). Psicología Social de la Salud. Capítulo 2, El desarrollo de la conducta saludable: Un proceso segmentado por etapas. 29-68

Fuentes, A & Mondragón, M. (Marzo 2015). La importancia de la piel en la Diabetes mellitus. *Medicina e Investigación*, 3, (1) 61-73. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medicina-e-investigacion-353-articulo-la-importancia-piel-diabetes-mellitus-S2214310615000254>.

Gálvez, J. J. (2009). Revisión de evidencias científicas de la terapia cognitivo-conductual. *Medicina Naturista*. 3, 10-16.

García-Allen, J. (<https://psicologiymente.com/clinica/terapia-cognitivo-conductual-tratamiento-obesidad>, recuperado el 9 de septiembre de 2018),

González, O. (2012). Manejo nutricional en la Diabetes mellitus tipo 2 y obesidad. *Revista Médica MD*, 4, (1) 22-31. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2012/md121g.pdf>

González, R, Cardentey, J., & Casanova, C. (2015). Intervención sobre educación nutricional en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2. *Archivo Médico de Camagüey*, 19, (3) 262-269. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v19n3/amc080315.pdf>

Granados, E., & Escalante, E. (2010). Estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes mellitus. *Liber*, 16, (2) 1-20. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v16n2/a10v16n2>

Harold, J, & Gren, J. (1997). Diabetes Medical Nutrition Therapy. UNITED STATES AMERICAN: The American Dietetic Association.

Hernández, J., Rodríguez, B., & Sierra, A. (2014). El paciente diabético y su entorno familiar y social. *Sx Cardiometabólico Diabetes*, 1, 38-42.

López, C., & Avalos, M., (2011). Diabetes Mellitus hacia una perspectiva social. Instituto Mexicano del Seguro Social. Disponible en Línea: [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol39\\_2\\_13/spu13213.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol39_2_13/spu13213.htm)

Mataix, J. (S/A). Nutrición y alimentación humana. Barcelona: Oceano.

Oblitas, L. (2008). Psicología de la Salud. *Una Ciencia del bienestar y la felicidad*, 16 (1), 1-15. Recuperado de: <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/psicologiasalud.pdf>

Olvera, J, & Soria, M. (2008). La importancia de la psicología de la salud y el papel del psicólogo en la adherencia del tratamiento en pacientes con VIH. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 11, (4) 149- 158. Recuperado de: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol11num4/Vol10No4Art9.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2014), Diabetes. En línea: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

Orozco, Á., & Castiblanco L. (2015). Factores Psicosociales e Intervención Psicológica en Enfermedades Crónicas No Transmisibles. *Revista Colombiana de Psicología*, 24, (1) 203-217. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/804/80438019013.pdf>

Ortíz, A. S., Vázquez, V. & Montes, M. (2005). La alimentación en México: Enfoques y visión a futuro. *Estudios Sociales*. 13, 8-34.

Páez, L Cárdenas, P, & Poveda, B. (2010). Identificación de la adherencia al tratamiento nutricional aplicando el modelo de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en un grupo de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidas en la Asociación Colombiana de Diabetes. *Diaeta*, 28, (133) 17-23. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/diaeta/v28n133/v28n133a03.pdf>

Pfizer, (30 de agosto de 2018). Pfizer. 2018, de R.M. Sitio web: <https://www.pfizer.es/>

Piña, J. (2010). El rol del psicólogo en el ámbito de la salud: de las funciones a las competencias profesionales. *Enseñanza e investigación en psicología*, 15, (2) 233-255. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Julio\\_Pina\\_Lopez/publication/5028592\\_8\\_EL\\_ROL\\_DEL\\_PSICOLOGO\\_EN\\_EL\\_AMBITO\\_DE\\_LA\\_SALUD\\_DE\\_LAS\\_FUNCIONES\\_A\\_LAS\\_COMPETENCIAS\\_PROFESIONALES/links/0912f50eaf2d162f33000000/EL-ROL-DEL-PSICOLOGO-EN-EL-AMBITO-DE-LA-](https://www.researchgate.net/profile/Julio_Pina_Lopez/publication/5028592_8_EL_ROL_DEL_PSICOLOGO_EN_EL_AMBITO_DE_LA_SALUD_DE_LAS_FUNCIONES_A_LAS_COMPETENCIAS_PROFESIONALES/links/0912f50eaf2d162f33000000/EL-ROL-DEL-PSICOLOGO-EN-EL-AMBITO-DE-LA-)

[SALUD-DE-LAS-FUNCIONES-A-LAS-COMPETENCIAS-PROFESIONALES.pdf](#)

- Quirós, D., & Villalobos, A. (2007). Comparación de factores vinculados a la adherencia al tratamiento en Diabetes mellitus tipo 2 entre una muestra urbana y otra rural de Costa Rica. *Universitas Psychologica*, 6, (3) 679- 688. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/647/64760317.pdf>
- Reynosa, L & Becerra, A. (2013). Medicina Conductual: teoría y práctica. Universidad Nacional Autónoma De México: Qartuppi, S. de R.L. de C.V. Recuperado de: <http://www.qartuppi.com/medicinaconductual.pdf>
- Rodríguez, L., Rentería, A., & García, J., (Marzo 2013). Adherencia a la dieta en pacientes diabéticos: efectos de una intervención. *Summa Psicológica UST*, 10, (1) 91-101.
- Rodríguez, M., & García, J. (2011). El modelo psicológico de la salud y la Diabetes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala.*, 14, (2) 210- 222.
- Ruiz, A, Díaz, M, & Villalobos, A. (S/A). Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales. Colombia: UNED.
- Ruíz, E., Álvarez, I. & Ruiz, M. (2012). Hábitos de alimentación en niños con sobrepeso y obesidad. *Pediatría de México*. 14, 124-130.
- Salvador, R., Díaz, G., & Romero, Hilda. (2011). Estilo y calidad de vida de pacientes con Diabetes mellitus tipo 2. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 49, (2), 125-136. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2011/im112f.pdf>
- Socarrás, M., Bolet, M., & Licea, M. (2002). *Diabetes Mellitus: tratamiento dietético*. *Rev Cubana Invest Biomed*, 21, (2) 102- 108. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002002000200007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002002000200007)

Terechenko, N, Baute, A, & Zamonsky, J. (2015). Adherencia al tratamiento en pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2. *Biomedicina*, 10, (1) 20-33. Recuperado de: <http://www.um.edu.uy/docs/diabetes.pdf>.

Vetere, G, & Rodríguez, R. (2009). Psicoeducación en pacientes con Diabetes tipo 1 y trastornos de la conducta alimentaria. 2017, de Universidad de Buenos Aires Sitio web: <https://www.aacademica.org/000-020/198.pdf>