



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala


"Análisis descriptivo de variables psicológicas relacionadas con la disminución y mantenimiento de peso en personas que han tenido sobrepeso u obesidad"

ACTIVIDAD DE INVESTIGACIÓN-REPORTE

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A (N)

Alexis Antonio Enciso Olvera

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

Dictaminadores: Dra. **Norma Yolanda Rodríguez Soriano**

Lic. **Antonio Rosales Arellano**



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2021



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.



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Análisis descriptivo de las variables psicológicas asociadas a la disminución y mantenimiento de peso en personas que han tenido sobrepeso u obesidad.

REPORTE DE INVESTIGACIÓN

PRESENTA

Alexis Antonio Enciso Olvera

Directora: Dra. María de Lourdes Rodríguez Campuzano

Dictaminadores: Dra. Norma Yolanda Rodríguez Soriano

Lic. Antonio Rosales Arellano



Los Reyes Iztacala, a 25 de septiembre del 2020

Índice

Introducción.....	1
1. Aspectos generales de la obesidad.....	3
1.1 Definición de obesidad.....	3
1.2 Epidemiología.....	5
1.3 Etiología.....	7
1.4 Factores genéticos y metabólicos.....	7
1.5 Factores Psicosociales.....	10
1.6 Aspectos psicológicos.....	12
2 Psicología y Salud.....	16
2.1 Modelo de creencias de salud.....	17
2.2 Modelo de Autoeficacia.....	18
2.3 Modelo Transteórico.....	20
2.4 Modelo de acción Razonada.....	21
3. Modelo psicológico de la salud de Ribes.....	24
3.1 Proceso psicológico de la salud.....	25
3.2 Resultantes.....	27
3.3 Prevención.....	30
4. Análisis Contingencial.....	33
4.1 Sistema Microcontingencial.....	34
4.2 Sistema Macrocontingencial.....	37
4.3 Génesis del problema.....	38
4.4 Análisis de Soluciones.....	40
4.5 Intervención.....	42
4.6 Aplicaciones del Análisis Contingencial.....	43
5. Análisis descriptivo de las variables psicológicas asociadas a la disminución y mantenimiento de peso en personas que han tenido IMC de sobrepeso u obesidad.....	46
5.1 Método.....	48
5.1.1 Instrumentos y materiales.....	49
5.1.2 Procedimiento.....	50

5.2 Resultados.....	52
Discusión.....	60
Referencias.....	64

AGRADECIMIENTOS

A mis padres

Por todo el apoyo y cariño que me brindaron a lo largo de este camino. Porque nunca me dejaron solo en ningún momento de la carrera. Sin ustedes esto no hubiese sido posible. Gracias por su apoyo incondicional. Los amo.

A Mayu

Gracias por todo su apoyo, por su paciencia. Gracias por sus enseñanzas dentro del aula y fuera de ella, he aprendido mucho de usted. Gracias por tomarme en cuenta para participar en el proyecto. Es una excelente profesora.

A la profesora Norma Rodríguez y el profesor Antonio Rosales

Gracias por las enseñanzas a lo largo del proyecto de investigación. Gracias por su apoyo y por hacer que esto fuera posible.

INTRODUCCIÓN

La obesidad es una enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento en exceso del tejido adiposo en el organismo que puede ser perjudicial para la salud debido a las alteraciones metabólicas que hacen más probable la aparición de otras enfermedades (Diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, accidentes vasculares cerebrales y algunos tipos de cáncer) que deterioran la calidad de vida de las personas que la padecen (OMS, 2018).

La obesidad es una de las enfermedades crónicas con mayor índice de prevalencia en el mundo y del país, a tal punto de ser considerada como la epidemia del siglo XXI. De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud, más del 39% de la población mundial padece obesidad, situándose esta condición como la sexta causa de muerte a nivel mundial. (OMS, 2018). Por otra parte, en la perspectiva nacional, datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2016) afirman que el índice de prevalencia del sobrepeso y la obesidad es muy alto en nuestro país, situándose sobre el 72.5% en la población adulta, cifra que representa un aproximado de 46.8 millones de personas.

Además de los altos índices de prevalencia del sobrepeso y la obesidad a nivel mundial y nacional, la enfermedad representa grandes costos económicos para las instituciones de salud pública. Tan sólo en México se estima que el costo directo para el tratamiento de las enfermedades atribuibles al sobrepeso y a la obesidad ronda los 77,919 millones de pesos anuales (Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, 2010).

A pesar del grave problema que representa la obesidad, no existe literatura sobre las variables psicológicas que contribuyen a la adherencia a una dieta saludable, o al cambio de conductas de riesgo relacionadas con este problema, lo cual permitiría diseñar mejores estrategias para la prevención y tratamiento de esta epidemia. El presente trabajo pretende contribuir con este propósito, al evaluar los factores psicológicos asociados al comportamiento de personas que han tenido sobrepeso u obesidad y que han logrado cambiar sus hábitos y disminuir su peso e IMC. Es una aproximación diferente a las tradicionales, dado que, prácticamente, no se ha explorado el comportamiento de este tipo de población.

Con base en lo anterior, se estructuró al presente trabajo de la siguiente manera: En el capítulo 1 se explican los aspectos generales de la obesidad: su definición, la prevalencia a nivel mundial y nacional, su clasificación y sus posibles causas. En el capítulo 2 se abordan las diferentes perspectivas que conforman el ámbito de la psicología de la salud. En el capítulo 3 se brinda una breve explicación del modelo psicológico de la salud de Ribes (1990). En el capítulo 4 se describen las dimensiones y los elementos que conforman el análisis contingencial. Por último, en el capítulo 5 se describen las variables psicológicas presentes en la disminución y mantenimiento de peso en personas con IMC de sobrepeso u obesidad, de tal manera que los resultados permitan diseñar mejores planes de intervención y sirva como una primera aproximación para futuras investigaciones sobre el tema.

Capítulo 1. Aspectos Generales de la Obesidad

1.1 Definición de obesidad

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana para el manejo integral de la obesidad (2010), la obesidad se define como una enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento en exceso del tejido adiposo en el organismo, que tiene como consecuencia alteraciones metabólicas que probabilizan la aparición de otras enfermedades que deterioran la calidad de vida de las personas que la padecen.

Por otra parte, Pasca y Montero (2015) definen a la obesidad desde una perspectiva clínica como una enfermedad sistémica, multiorgánica, metabólica e inflamatoria crónica; que está determinada por la interrelación entre lo genómico y lo ambiental, fenotípicamente expresada por un exceso de grasa corporal (en relación con la suficiencia del organismo para alojarla), que conlleva un mayor riesgo de desarrollar enfermedades que aumentan la mortalidad de las personas.

La OMS (2018) define a la obesidad y el sobrepeso como aquellas condiciones en donde existe una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, que además se evalúa según el índice de Masa Corporal (IMC), el cual proporciona la medida más práctica del sobrepeso y la obesidad.

El índice de Masa Corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos, este indicador se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). Podemos comentar que el IMC es una medida útil y estandarizada para identificar el sobrepeso y la obesidad en ambos sexos y para adultos de todas las edades (OMS, 2018).

Tomando en cuenta dicho parámetro, la OMS propone la siguiente clasificación:

(Adaptada de WHO, 1995, OMS, 2000 y OMS 2004. http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html, recuperado el 9 de marzo de 2018)

Clasificación	IMC(kg/m ²)	Puntos de corte principales	Puntos de corte adicionales
Bajo peso	<18.50		<18.50
Delgadez severa	<16.00		<16.00
Delgadez moderada	16.00 - 16.99		16.00 - 16.99
Delgadez leve	17.00 - 18.49		17.00 - 18.49
Rango normal	18.50 - 24.99		18.50 - 22.99
			23.00 - 24.99
Sobrepeso	≥25.00		≥25.00
Pre-obesidad	25.00 - 29.99		25.00 - 27.49
			27.50 - 29.99
Obesidad	≥30.00		≥30.00
Obesidad clase I	30.00 - 34.99		30.00 - 32.49
			32.50 - 34.99
Obesidad clase II	35.00 - 39.99		35.00 - 37.49
			37.50 - 39.99
Obesidad clase III	≥40.00		≥40.00

El uso de indicadores como el IMC y la medición de la circunferencia de cintura representan estrategias de detección clínica que nos permiten una adecuada clasificación de la gravedad de la enfermedad y del riesgo asociado a esta, para establecer así medidas de prevención o de manejo tanto de la obesidad como de sus enfermedades asociadas. (Dávila, González, y Barrera, 2015)

Sin embargo; existen diferencias de género en los depósitos de grasa, las mujeres tienen más masa abdominal subcutánea y menos grasa intrabdominal en relación con los hombres, por lo que existe una inhabilidad de este índice para discriminar entre grasa corporal y grasa magra (Pelt et al, 2012, citado por Del Campo, González y Gámez 2015).

Kweitel (2007), realizó una investigación para demostrar que el IMC no es un parámetro útil para determinar el peso ideal de los deportistas, en esta investigación se encontró que la problemática del IMC se deriva de no ser más que una manipulación estadístico-matemática de dos variables de distinta dimensión: peso (volumen) y talla (altura). La principal limitación que presenta es que se basa en el supuesto de que todo el peso que exceda de los valores determinados por las tablas de talla-peso, corresponderá a masa grasa. Siendo evidente que dicho sobrepeso puede corresponder al aumento de masa muscular y/o a masa ósea.

Esto podría sugerir que, en algunos deportistas, de acuerdo con el valor de su IMC, sean considerados como individuos con algún tipo de obesidad o sobrepeso. A pesar de estas limitantes, la OMS, como autoridad de salud a nivel mundial, sugiere que se utilice como medida que facilite la clasificación del sobrepeso y obesidad.

1.2 Epidemiología.

Hasta hace cuarenta años, en el mundo, el número de personas con bajo peso era mucho mayor que el de las personas obesas. Esta situación se ha invertido por diversos factores y en la actualidad el número de personas obesas duplica el número de personas con peso bajo.

La obesidad es una de las enfermedades crónicas con mayor índice de prevalencia a nivel mundial, siendo considerada ya como una pandemia o como “la epidemia del siglo XXI”. La OMS (2018), estima que la obesidad se ha triplicado desde 1975, y para el año 2016 había 1900 millones de personas con sobrepeso en el mundo, de los cuales más de 650 millones eran obesos, es decir; más del 39% de la población adulta mundial padece esta condición, situándose, así como la sexta principal causa de muerte en el mundo.

En el continente americano se puede observar que México y Estados Unidos ocupan los primeros lugares con mayor prevalencia de obesidad en la población adulta (30 %), la cual es diez veces mayor que la de países como Japón y Corea (4 %) (Barrera, Rodríguez y Molina, 2013).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT (2016), el índice de prevalencia de sobrepeso y obesidad es muy alto en nuestro país, situándose sobre el 72.5% en la población adulta, cifra que representa un aproximado de 46.8 millones de personas y que además se ha incrementado de manera alarmante en la última década e implica un gran reto para las instituciones públicas de salud. Datos más particulares proporcionados por esta encuesta, nos muestran que la prevalencia de la obesidad fue de 33.3% y de sobrepeso con un 39.2%. Además, la obesidad en las mujeres fue de 38.6% a comparación con los hombres con un 27.7%. Por tipo de localidad, la prevalencia de sobrepeso fue de 42.7% en localidades rurales, mientras que en las localidades urbanas fue de

38.2%, y la prevalencia de obesidad en las localidades urbanas fue más alta (34.7%), que en las localidades rurales (28.9).

La obesidad también implica costos económicos para las instituciones públicas de salud. De acuerdo con información recopilada por la Secretaría de Salud a través del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (2010), se estima que el costo directo para el tratamiento de las enfermedades atribuibles al sobrepeso y a la obesidad (enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, hipertensión, cáncer y diabetes mellitus tipo 2), se ha incrementado hasta en un 61% en el periodo de 2000-2008 al pasar de 26,283 millones de pesos a 42,246 millones de pesos. Para el año 2017 se calculó que la cifra incrementó hasta 77,919 millones de pesos representando el 33.2% del gasto federal en servicios de salud, lo cual puede poner en riesgo el funcionamiento de los programas públicos de prevención y tratamiento del sobrepeso y obesidad.

El Instituto Mexicano para la Competitividad (IMCO), en un estudio titulado Kilos de Más, Pesos de Menos: Los Costos de la Obesidad en México, presentado en 2015, afirma que los costos en salud y productividad ocasionados por la diabetes mellitus tipo 2, una enfermedad atribuible al sobrepeso y la obesidad, ascienden a más de 85 mil millones de pesos anualmente. De esta cifra, 73% corresponde a gastos médicos, 15% a pérdidas por ausentismo laboral y 12% a pérdidas por muerte prematura. Se estima que cada año se pierden 400 millones de horas laborables por causa de la diabetes atribuible al sobrepeso y la obesidad.

Dávila, González, y Barrera (2015) afirman que el sobrepeso y la obesidad son causa de empobrecimiento en las familias que tienen miembros con estas enfermedades, porque a largo plazo disminuyen la productividad laboral y provocan gastos bastante elevados relacionados con enfermedades crónicas, en comparación con el índice de ingresos que perciben las familias mexicanas. Se calcula que el 12% de la población que vive en pobreza tiene diabetes y 90 % de esos casos se pueden atribuir a sobrepeso y obesidad.

Datos relacionados con el alcance los programas de salud pública son alarmantes, en una revisión de los datos de la encuesta ENSANUT 2012 realizada por Barquera, Campos, Hernández, Pedroza y Rivera (2013) encontraron que sólo

24.1% de los entrevistados reportó haber recibido en alguna institución de salud una evaluación de sobrepeso u obesidad. De estos, 55.1% obtuvo resultados positivos, y únicamente la mitad recibió tratamiento. Es decir, del total de los sujetos que recibieron un diagnóstico de sobrepeso u obesidad por parte de una institución de salud, solamente 5.9% reportó haber recibido tratamiento.

El sobrepeso y la obesidad no sólo tienen impactos en la salud de las personas que la padecen, también representan grandes costos para los gobiernos y las instituciones del país, además representa un factor importante para la aparición de enfermedades más graves como los son la diabetes, algunos tipos de cáncer e hipertensión arterial.

1.3 Etiología

De acuerdo con Bersh (2006), la obesidad es considerada una enfermedad multifactorial, en donde los factores genéticos, metabólicos y psicológicos, como la ansiedad, la depresión, trastornos alimenticios, son los más determinantes para la aparición de esta enfermedad.

Díaz, Rodríguez y Monteón (2008) también coinciden en que la obesidad es una enfermedad multifactorial, en la que intervienen aspectos genéticos, metabólicos, medioambientales, conductuales, neurobiológicos, microbiológicos, culturales y socioeconómicos. Igualmente, León, Jiménez, López y Barrera (2013) mencionan el aumento del consumo de comida rápida, el incremento de la vida sedentaria en las personas y factores como son la inseguridad.

1.4 Factores genéticos y metabólicos

Desde el punto de vista genético, (Quiroga, 2017; Peralta, Gómez, Estrada, Karam, y Cruz, 2014) se clasifica a la obesidad en tres tipos:

- La obesidad común o multifactorial.
- La obesidad monogénica no sindrómica.
- La obesidad sindrómica.

El primer grupo, hace referencia a aquella obesidad en la que la mayoría de los miembros de una familia tienden a ser obesos, unos más que otros, y comparten, además de los genes, malos hábitos alimenticios, sedentarismo y una dieta inadecuada. Tal como lo afirman Peralta et al. (2014) dentro de los múltiples factores

que ocasionan la obesidad común, se pueden enlistar el incremento al acceso a alimentos con mayor cantidad de energía, acompañados con una cantidad mayor de grasas saturadas, con hidratos de carbono saturados, sumado a la escasez de fibra y a la disminución de actividades de ejercicio.

Por otra parte, la obesidad monogénica no sindrómica se produce por alteraciones de genes, pero a diferencia de la sindrómica, no tiene como consecuencia fenotipos característicos. En este tipo de obesidad, los genes involucrados afectan la vía hipotalámica y la regulación de la homeostasis normal de energía en humanos, lo cual causa un acelerado aumento de talla, peso corporal, índice de masa corporal, de masa grasa, así como, de la densidad mineral ósea; como consecuencia de una hiperinsulinemia precoz (Miguel, Cruz, Marrero, Mosqueda y Pérez, 2009).

Por su parte Quiroga (2017) en su revisión teórica sobre la genética de la obesidad, estima que la obesidad monogénica no sindrómica es causa del 5% de casos de obesidad severa, por lo que su investigación es de gran importancia, porque permite identificar genes que se heredan de forma mendeliana y que pueden determinar formas extremas de la obesidad, que, a su vez, permitirían comprender los mecanismos involucrados en el comportamiento alimentario.

Por último, la obesidad sindrómica, es aquella en donde la obesidad moderada o extrema es una característica más dentro del conjunto que conforma el síndrome, la causa es siempre genética, puede ser monogénica, puede ser una alteración cromosómica u otras formas más complejas de herencia, y todas cursan con retardo mental (Quiroga, 2017). La mayor parte de estos desórdenes son causados por anormalidades cromosómicas y autosómicas ligadas al cromosoma X, como ejemplos se tienen el síndrome de Prader-Willi y el síndrome de Bardet-Bied (Peralta et al. 2014; Canizales, 2008).

Estudios genéticos

A pesar de que los resultados de algunas investigaciones han arrojado resultados no determinantes, de acuerdo con Peralta (2014), la importancia de analizar la participación de los factores genéticos emerge de estudios realizados en gemelos

idénticos, criados juntos o separados, lo que ha permitido demostrar que el fenotipo de la obesidad tiene una heredabilidad de hasta un 0.70 en hombres y 0.66 en mujeres.

Martos et al. (2014) realizaron un estudio para describir las características demográficas, antropométricas y metabólicas de niños atendidos por 10 hospitales españoles de endocrinología pediátrica, con la finalidad de observar si las alteraciones metabólicas asociadas a la obesidad están presentes en los primeros años de vida, lo que indicaría una posibilidad de que dichas alteraciones sean genéticas y no adquiridas. En los resultados encontraron que existe una falta de consenso sobre el diagnóstico y expresión fenotípica del síndrome metabólico en niños antes de la pubertad, pues no se consideran los cambios metabólicos y de la composición corporal. En niños menores a 5 años, ya aparecen síntomas del criterio diagnóstico, si no se asume la resistencia a la insulina como único criterio. Por lo tanto, es posible que existan otros marcadores de riesgo genéticos metabólicos que podrían determinar la obesidad o predisponerla únicamente entre aquellos individuos genéticamente relacionados.

Otra posible causa genética de la obesidad, es la hipótesis mencionada por Neel (1962, citado en Canizales, 2008) "sobre el gen ahorrador", la cual sugiere que los genes que actualmente predisponen a la obesidad podrían haber tenido una ventaja selectiva para las poblaciones que experimentaron hambrunas frecuentes, y que puede ser aplicada a grupos étnicos en los cuales se ha observado un riesgo alto de desarrollar obesidad y comorbilidades asociadas, como son los Indios Pima, provenientes de Arizona, de los cuales se realizó un estudio, junto con otras 12 poblaciones indígenas, en la década de los 90, con el objetivo de analizar los factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares. El resultado de este estudio, demostró que la obesidad y otras comorbilidades asociadas como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y el hipercolesterolemia tuvieron una alta prevalencia en estas poblaciones, en especial en la comunidad Pima; en donde más del 50% de la población adulta es obesa y más del 60% padece diabetes. (Welty, Lee, Yeh, et al., 1995, citado por Chacín, Rojas, Pineda, Rodríguez, Núñez, Márquez, Nilka, Añez, Toledo, y Bermúdez 2011).

En la revisión teórica realizada por citado por Chacín, et al. (2011), también encontraron que algunas poblaciones indígenas latinoamericanas sufren una alta prevalencia de obesidad y sus comorbilidades, se tiene registro de los Mapuches, que son un grupo indígena proveniente de las zonas rurales de Chile, en donde se ha descrito una prevalencia del de la obesidad del 40% en los hombres y 60% en las mujeres.

Otra variable relacionada es la adiposidad como un rasgo fenotípico, la cual está definida por la genética de los individuos y aunque es ampliamente aceptado que los factores ambientales juegan un papel muy relevante en su desarrollo, en los últimos años se ha obtenido suficiente información para sustentar que la genética contribuye de forma significativa al acúmulo normal y anormal de tejido adiposo. Esta influencia aditiva en el desarrollo de la obesidad podría alcanzar un efecto de 50 % o aún mayor en el caso de ciertos rasgos ligados al acúmulo excesivo de tejido adiposo (Peralta et al. 2014).

Comprender las causas genéticas y metabólicas del sobrepeso y la obesidad, nos permitiría tener un mejor panorama para la creación de programas de intervención y tratamiento que pueden ser aplicados en la salud pública y privada. Como se mencionó anteriormente, sólo una pequeña parte de la obesidad es causada por factores genéticos, por lo que valdría la pena estudiar más a fondo la obesidad común, cuyas causas son multifactoriales.

1.5 Factores Psicosociales

Los factores psicosociales constituyen variables de gran relevancia para la aparición y mantenimiento de la obesidad. Guzmán, Del Castillo y García (2010), describieron los factores de riesgo de la obesidad, haciendo énfasis en los factores psicosociales y psicológicos. En el caso de los infantes, entre los factores de riesgo que mencionan, se encuentran la cantidad de horas de sueño que tienen los niños, aquellos niños que duermen más de 12 horas son menos obesos que los que duermen menos de 10 horas, debido a que estos últimos están más expuestos a factores ambientales que favorecen a la obesidad. Otro factor es el incremento de la disposición y consumo de bebidas azucaradas, ya que las calorías

proporcionadas al ingerir estas bebidas se consideran como calorías extras a las que adquirimos a través de los alimentos que se consumen.

El incremento de la vida sedentaria en las personas se ha asociado con el desarrollo y mantenimiento de la obesidad. Como señala Martínez y Navarro (2013), la mayor parte de los niños pasan viendo televisión o jugando videojuegos, tan sólo datos recabados por estos autores de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, revelan que el 29% de los adolescentes entre los 15 y 18 años pasan más de 28 horas por semana viendo televisión, mientras que el 34% pasan más de 14 horas por semana. De igual manera Guzmán, Del Castillo y García (2010) afirman que el hecho de que los niños pasen tantas horas viendo televisión, no está relacionado solo con la disminución de la actividad física, sino con que en este tiempo los niños consumen entre un 20 a un 25% de calorías diarias y además, tiende a aumentar el consumo de los alimentos que se anuncian en la televisión.

Algunas investigaciones sugieren que el nivel educativo y económico de las personas también influye en la prevalencia de la obesidad. Por ejemplo, Álvarez, Goes, y Carreño (2012) hicieron un estudio con el objetivo de establecer los factores sociales y económicos relacionados con la obesidad, a través del análisis de los datos obtenidos en una encuesta que llevaba a cabo el gobierno de Medellín con 5,556 personas. Encontraron que la obesidad es mayor en personas de estratos económicos bajos y medios (52% y 42% respectivamente del total de personas con obesidad); en el caso de la escolaridad, la obesidad afecta con mayor proporción a las personas que cuentan con un nivel de escolaridad primaria y secundaria (44% y 39% respectivamente).

De igual manera, Márquez (2016) reportó resultados semejantes, su investigación tuvo por objetivo relacionar la prevalencia de la obesidad con variables como la edad, el sexo y el nivel educativo a través del análisis de los datos procedentes de las Encuestas Nacionales de Salud de España. En los datos obtenidos de la encuesta realizada en el 2011 a 21,007 personas, se encontró que el 26,7% de la población adulta con educación primaria o inferior era obesa, ese porcentaje fue del 19,0% y del 13,3% en los sujetos con educación secundaria de primer y segundo ciclo, respectivamente.

Guzmán, Del Castillo y García (2010), concuerdan que cuando el nivel educativo de la madre es bajo, en los niños se incrementa el consumo de carnes y embutidos, así como de dulces, golosinas y refrescos. De igual modo afirman que, a un menor nivel de estudios alcanzado, más calorías se ingieren y de una manera más desequilibrada. Mientras que el pertenecer a una posición económica favorable, permite la ingesta de productos más saludables.

1.6 Aspectos Psicológicos

Dentro de los diversos factores que causan y caracterizan a la obesidad, se encuentran los aspectos psicológicos. Se ha identificado que las personas obesas comparten características como lo son el estrés, la ansiedad, la incapacidad de expresar sus emociones, una baja autoestima, depresión y trastornos alimentarios. (Bersh, 2006; Guzmán, Del Castillo, y García, 2010).

En el caso del estrés y ansiedad, algunas investigaciones apuntan que son factores que propician la aparición y mantenimiento de la obesidad. Por ejemplo, Pompa y Meza (2017) llevaron a cabo una investigación con el objetivo de conocer si existe una relación entre género, índice de masa corporal y estrés en adolescentes, además de realizar una comparación entre ambos géneros de las diferentes dimensiones del estrés, ansiedad e índice de masa corporal. La muestra estuvo conformada por 849 estudiantes con una edad de entre los 11 y los 16 años, de los cuales el 53.7% eran mujeres y el 46.3% hombres. Respecto a los datos del IMC de los participantes, el 29.7% tenía sobrepeso y el 28.6% obesidad. Para la evaluación del estrés y ansiedad, se utilizó la Escala de Estrés percibido de Cohen y la Escala de Ansiedad Manifiesta Revisada, respectivamente. Los resultados demostraron que el 70.5% de los participantes que tenía sobrepeso u obesidad presentaron altos niveles de estrés, en el caso de la comparación entre ambos géneros, se encontró que las mujeres tienen una mayor prevalencia de presentar estrés (68.2%) y ansiedad (60.8). Estos resultados sugieren que la exposición continua a eventos estresantes puede incrementar la ingesta de comida en las personas, lo que ocasionaría el incremento de peso en las personas, o el mantenimiento del sobrepeso u obesidad en personas con esta condición.

Siguiendo la misma línea, Muñoz, Vega, Berra, Nava y Gómez (2015) realizaron una investigación con el objetivo de identificar si existen relaciones entre la triada del estrés (estrés-emociones-afrontamiento) y el IMC. En la investigación participaron 89 adolescentes (45 hombres y 44 mujeres) con un rango de edad de 11 a 15 años de dos escuelas secundarias del centro del país. En los datos correspondientes al IMC de los participantes, el 67.4% tenía normopeso, 15.7% bajo peso y el 16.8% sobrepeso y obesidad. Para la evaluación de las variables de interés se utilizó una batería de cuatro instrumentos: el inventario de estrés cotidiano (IEC), la escala de modos de afrontamiento, el cuestionario de emociones, estrés y afrontamiento (CEEAA) y un cuestionario de hábitos de alimentación. En los resultados se encontró que el nivel promedio de estrés es moderado, siendo la principal causa las actividades escolares, de igual manera se presentó una alta asociación entre el IMC y el estrés y emociones como la ansiedad y la culpa.

Por otra parte, Cabello y Zuñiga (2007) llevaron a cabo una investigación cualitativa en donde entrevistaron a 26 personas obesas con el objetivo de explorar, desde la perspectiva de la gente obesa, el inicio del aumento de peso y su mantenimiento, en los resultados describen que la génesis de la obesidad en muchas ocasiones se relaciona con eventos estresantes en donde las personas se refugian en el sobre consumo de la comida para compensar frustraciones, tristeza, necesidades y temores. En el caso del mantenimiento de la obesidad, los eventos de vida estresantes también fueron considerados como un factor relevante, cuando la comida es utilizada como refugio y respuesta a frustraciones y preocupaciones.

Otras investigaciones señalan a la personalidad como un componente relevante que se ha identificado en personas que padecen estrés u obesidad, que además puede ser clave al diseñar e implementar estrategias de intervención. Tal es el caso de la investigación realizada por Bravo del Toro, Espinosa, Mancilla y Tello (2011), con el objetivo de identificar los rasgos de personalidad predominantes en pacientes obesos, su muestra estuvo conformada por 60 pacientes diagnosticados con obesidad (31 hombres y 29 mujeres) a quienes aplicaron la escala Perfil-Inventario de la Personalidad de Gordon, que evalúa nueve rasgos significativos de la personalidad; Ascendencia (toma de iniciativa en grupos),

responsabilidad (no poder realizar una misma tarea por mucho tiempo), estabilidad emocional (preocupación constante por diversas situaciones), sociabilidad (falta de interés en actividades grupales), cautela (tendencia a actuar impulsivamente), originalidad (preferencia a practicar proyectos más que planear), relaciones personales (ofensa ante críticas) y vigor (tomar situaciones con calma). En los resultados se obtuvo que el rasgo de personalidad de cautela fue el más predominante tanto en hombres como en mujeres. Mientras que los demás rasgos se mantuvieron en niveles bajos, indicando que las personas obesas tienden a actuar de manera pasiva, trabajan de manera más lenta, tienen menos energía que la mayoría de la gente, se sienten inseguros y se sienten ofendidos ante críticas.

Otro estudio relacionado con la personalidad en pacientes con obesidad es el realizado por Mancilla, Téllez y López (1992) con el propósito de identificar si existen diferencias entre rasgos de personalidad en personas obesas y no obesas, su muestra estuvo conformada por 41 mujeres con un rango de edad de 18-52 años, a quienes se les aplicó dos instrumentos: el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, para medir dos dimensiones de ansiedad, ansiedad rasgo y ansiedad estado, y el Inventario de Rasgos Temperamentales Thurstone para evaluar cinco áreas temperamentales: activo; impulsivo, estable, vigoroso y dominante. La muestra fue dividida en 4 grupos de acuerdo a su IMC, así en el grupo 1 hay pacientes con bajo índice de grasa; el grupo 2 está conformado por personas con normopeso y el grupo 3 y 4, por personas obesas. Se encontró que las personas del grupo 3 presentaron una ansiedad media en relación con las personas de los demás grupos. Mientras que, en los rasgos temperamentales, las personas correspondientes al grupo 1 obtuvieron las puntuaciones más altas en los rasgos de Actividad, Vigoroso, Impulsividad y Dominante, por lo que sí existen diferencias de personalidad entre las personas obesas y no obesas, que deben tomarse en cuenta para poder implementar mejores estrategias de intervención.

Por otra parte, Quintero, Alcántara, Banzo-Arguis, Martínez de Velasco, Barbudo, Silveria y Pérez (2016) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de realizar un análisis exploratorio de la prevalencia de psicopatologías en pacientes con obesidad, además de conocer posibles asociaciones con depresión, ansiedad,

estrés postraumático y trastornos de la conducta alimentaria. Participaron 180 pacientes (130 mujeres y 50 hombres) con una media de edad de 42 años, que asistían al hospital HUIL de Madrid. Para evaluar las variables de interés se utilizaron las siguientes escalas: Inventario de Depresión de Beck-II, el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, el Test de Investigación de Bulimia de Edimburgo y el Cuestionario de Experiencias Traumáticas, además de una entrevista semi-estructurada para obtener datos sociodemográficos, hábitos de vida, de alimentación, historias de vida y antecedentes familiares. En los resultados se encontró que el 80.9% de la muestra presentaba sintomatología depresiva, en el caso de la ansiedad el 56.39% tenía trastorno de ansiedad-rasgo y un 48.26% tenía trastorno de ansiedad-estado. Para las otras variables se encontró que el 24.4% de la muestra cumplía con criterios de trastorno por atracones, el 11.9% con criterios de bulimia nerviosa y el 17.3% con criterios de estrés postraumático.

Los estudios expuestos demuestran la importancia de conocer y explorar los diversos componentes psicológicos que ocasionan y mantienen el sobrepeso y la obesidad, el comprender las diversas causas de la obesidad permitirá tener un mejor panorama para el diseño e implementación de programas de intervención que tengan altos niveles de efectividad.

Capítulo 2. Psicología y Salud

La psicología ha realizado grandes aportaciones e intervenciones en el campo de la salud, son diversas las funciones de los psicólogos que se dedican a este campo, por tanto, son diversos los intentos por definir la dimensión psicológica de la salud-enfermedad. Tomemos como antecedente el modelo biomédico, que de acuerdo con Amigo (2012), tiene ciertas características como son: el dualismo mente-cuerpo, así como una perspectiva reduccionista, en donde el proceso de enfermedad se reduce a cuestiones de reacciones físicas y químicas, sin tomar en cuenta otros aspectos relevantes, como lo son las emociones del paciente o la adherencia al tratamiento. Por ejemplo, en el caso de un cáncer o un infarto, sólo se tomarán en cuenta los aspectos físicos o químicos, sin considerar que las respuestas emocionales del paciente puedan influir en el curso o tratamiento de la enfermedad.

Posteriormente apareció otro modelo con la finalidad de superar las limitaciones antes mencionadas del modelo biomédico, el modelo biopsicosocial, donde se considera que el conjunto de los factores biológicos, psicológicos y sociales es lo que determina el proceso de la salud y la enfermedad (Reig, 2005, en Amigo 2012). Además, se toman en cuenta dos procesos: los macroprocesos (hacen referencia al apoyo social, trastornos de salud mental, etc.) y los microprocesos (alteraciones bioquímicas) que interactúan en el proceso salud-enfermedad, por lo tanto, son multicausales. Para este modelo, la salud es alcanzada cuando un individuo tiene cubiertas sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales; otro aspecto a destacar es la relación entre el paciente y el clínico, que puede ser fundamental para lograr una mejor adhesión al tratamiento y su efectividad (Amigo, 2012).

Así, ante el interés de diversos psicólogos en la investigación de la salud, en 1978 la Asociación Americana de Psicología (APA) crea la División 38, denominada Health Psychology, que empezó a publicar diversos artículos y manuales con la finalidad de difundir la contribución de los psicólogos en este campo. (Grau y Hernández, 2005).

Para 1980, el primer presidente de la División 38, Joseph, Matarazzo, define a la psicología de la salud como la suma de las contribuciones profesionales,

científicas y educativas específicas de la psicología, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada. (Matarazzo, 1980).

2.1 Modelo de creencias de salud

Las aportaciones del modelo biopsicosocial contribuyeron a que aparecieran otros modelos que tomaran en cuenta aspectos “cognitivos” en el proceso de salud-enfermedad. Así, en 1950 se desarrolla el Modelo de Creencias de Salud por un grupo de psicólogos pertenecientes al Servicio Público de Salud Norteamericano, cuyo objetivo primario fue el estudio de la prevención, con el intento de comprender por qué las personas se niegan a llevar a cabo conductas preventivas, como revisiones médicas, para la detección de enfermedades. (Moreno y Gil, 2003).

De acuerdo con Moreno y Gil (2003) este modelo está conformado por los siguientes componentes básicos. a) el deseo de evitar la enfermedad (en el caso de estar enfermo, recuperar la salud) y b) la creencia de que una conducta saludable puede prevenir una enfermedad específica (en el caso de estar enfermo, la creencia de que dicha conducta puede aumentar la probabilidad de recuperar la salud).

De igual modo, lo componen las siguientes tres dimensiones: 1) la susceptibilidad, que consiste en la percepción que tienen las personas de la probabilidad de contraer alguna enfermedad, 2) la severidad, que se refiere a la percepción individual de gravedad de contraer alguna enfermedad determinada o de su no intervención y tratamiento una vez que se adquiere, 3) los beneficios percibidos, que hace referencia a la percepción de los beneficios de llevar a cabo un tratamiento o alguna recomendación del médico para disminuir la susceptibilidad o la severidad de la enfermedad, tomando en cuenta los costos, que pueden ser la conveniencia, el dolor o la incomodidad del tratamiento o la acción preventiva (Cabrera, Tascón y Lucumí, 2001).

Se han realizado varias investigaciones para identificar las creencias que tienen las personas sobre la obesidad, como la realizada por Núñez (2007), quien aplicó entrevistas a profundidad a 17 niños obesos de educación primaria (tercer y

cuarto grado), así como a sus madres, con el objetivo de identificar y analizar las creencias que tienen sobre la obesidad. Se encontró que la mayoría de los niños creen que la “salud” es la ausencia de dolor físico, estar bien, tener una buena condición física y alimentarse bien, creencias que comparten con sus padres, quienes opinan lo mismo, además de que la “salud” es un equilibrio entre lo físico y lo mental. En el caso de las creencias sobre la obesidad, se obtuvo que la mayoría de los niños creen que el sobrepeso y la obesidad no son enfermedades, debido a que no presentan “dolor físico” como lo hacen otras enfermedades, además creen que no existe diferencia entre la obesidad y el sobrepeso, o bien que la diferencia recae en el aumento de peso corporal. Mientras que los padres creen que el sobrepeso y la obesidad son un problema de salud hasta la adolescencia o la adultez, por lo que en la niñez es considerado como algo normal, además creen que la obesidad es un problema temporal que suele desaparecer en la adolescencia, y en caso de no hacerlo, se convierte más en problema estético y de socialización, que de salud física.

Por otro lado, Lewis, Thomas, Blood, Hyde, Castle y Komesaroff (2010), realizaron una investigación con el objetivo de identificar las diferencias entre las creencias de personas con obesidad y obesidad mórbida. Para esto aplicaron entrevistas a profundidad a 141 ciudadanos de Australia. La muestra fue dividida en dos grupos de acuerdo con su IMC: el primero con un rango de IMC de 30 a 39.9, mientras que el segundo con un IMC mayor a 40. Se encontró que los participantes con obesidad mórbida creían que su condición les iba a generar problemas adicionales de salud, acortaría su esperanza de vida y que nunca iban a perder peso. Por otra parte, los participantes con obesidad tenían creencias de salud completamente diferentes, pues creían que aun podían cambiar sus estilos de vida y así controlar su peso, además de que algunos participantes no se consideraban obesos.

2.2 Modelo de Autoeficacia

El concepto de autoeficacia fue introducido por Bandura en 1977 y representa un aspecto central de su teoría, en la cual la motivación humana y la conducta están

reguladas por el pensamiento y además se involucran tres tipos de expectativas: a) las expectativas de situación, en las que se presentan consecuencias por eventos ambientales independientes de la acción de la persona, b) las expectativas de resultado, en donde se tiene una creencia de que una conducta producirá un resultado determinado, y c) las expectativas de autoeficacia, que se refiere a la percepción que tiene una persona de contar con las capacidades y habilidades necesarias que le permitan realizar ciertas acciones para conseguir resultados deseados. Por lo que la autoeficacia influye en cómo la gente piensa y actúa (Bandura, 1997).

En el ámbito de la salud, el modelo de autoeficacia ha tenido un papel importante debido a que ha sido aplicado a diversos problemas y temas de salud, como lo son el manejo de enfermedades crónicas, uso de drogas, fumar, realizar ejercicio, bajar de peso, etc. Los individuos con alta autoeficacia tienen más probabilidades de iniciar cuidados preventivos, buscar tratamientos tempranos, adherirse al tratamiento y a recuperarse más rápidamente de las enfermedades (Olivari y Urra, 2007).

Como se acaba de mencionar, los altos niveles de autoeficacia permitirían a las personas que padezcan alguna enfermedad, una mejor adhesión al tratamiento. Muestra de esto, es la investigación realizada por Hernández, Hernández y Moreno (2015), cuyo objetivo fue estudiar el papel de la autoeficacia en la adherencia a los tratamientos médico-nutricionales de la obesidad. Su muestra estuvo compuesta por 200 adultos mexicanos diagnosticados con sobrepeso u obesidad, de los cuales, 100 personas seguían un tratamiento médico-nutricional para perder peso, y las otras 100 personas, habían abandonado un tratamiento similar en los últimos años. Para evaluar la variable de interés, se utilizó la Escala de Autoeficacia General y el Cuestionario del modelo HAPA, compuesto de 8 escalas, con el objetivo de evaluar la autoeficacia en las fases motivacional y volitiva. En los resultados se encontró que los participantes que estaban en tratamiento obtuvieron mayores niveles de autoeficacia que aquellos participantes que lo habían abandonado. Asimismo, se encontró que los participantes que estaban en tratamiento obtuvieron puntajes superiores en la mayoría de las escalas del modelo HAPA, por ejemplo, las

personas en tratamiento tienen una mejor autoeficacia percibida en la recuperación de recaídas, en la planificación de acciones concretas y en la planificación del afrontamiento. Por lo que sugieren estudiar más a fondo la autoeficacia específica, para mejorar los programas de intervención.

Por otra parte, González y Lugli (2012) realizaron una investigación con el objetivo de determinar si existe una relación entre las habilidades de autorregulación, autoeficacia percibida, locus de control y la adherencia terapéutica en pacientes a los cuales se les colocó el Balón Intragástrico. Para esto, aplicaron los inventarios de autoeficacia percibida para el control del peso, auto-regulación y locus de control del peso corporal, así como los cuestionarios de autoeficacia percibida para la adhesión al tratamiento farmacológico y de comportamientos de adhesión terapéutica, a 75 personas obesas antes de que se les colocara el Balón Intragástrico (BI) y 3 meses después de colocárselo. En los resultados, se obtuvo que a los 3 meses después de colocarse el BI, la autoeficacia estuvo asociada a las habilidades de autorregulación, adherencia al tratamiento farmacológico, estilos de alimentación y actividad física, por lo que los participantes que se sentían capaces de realizar las actividades relacionadas con la ingesta alimentaria y mantenerse en la práctica de ejercicios físicos, son las que cumplieron las indicaciones nutricionales proporcionadas por sus médicos. Los autores resaltan la importancia de estimular creencias de autoeficacia en pacientes que se encuentren bajo tratamiento de alguna enfermedad, para incrementar la adherencia al tratamiento de éstos.

2.3 Modelo Transteórico

El Modelo Transteórico del cambio de comportamiento en salud (MT), tiene sus orígenes a finales de la década de los 70 en Estados Unidos, y fue producto del trabajo de James Prochaska, al analizar y unificar veintinueve teorías que explicaban los cambios del comportamiento en personas consumidoras de drogas. De ahí, que su nombre derive de la integración de los principios y componentes teóricos de las teorías que se analizaron. (Cabrera, 2000).

De acuerdo con Cabrera (2000), para la década de los 90, el MT fue utilizado en investigaciones e intervenciones en el ámbito de la salud, en donde se reconocía

su capacidad para describir y explicar las etapas que conforman los procesos de cambio comportamental, en particular el inicio de conductas saludables, como lo son el consumo de dietas adecuadas y la adopción de hábitos de ejercicio.

Los fundamentos del MT se basan en que el cambio comportamental de las personas es un proceso (divido en seis etapas) en donde se tienen diversos niveles de motivación. Las etapas que lo componen son las siguientes (Cabrera, 2000):

- 1) Precontemplación: Se refiere a la etapa en donde las personas no están interesadas en cambiar un comportamiento de riesgo para su salud, ya sea por falta de información o por desmotivación, al fracasar en intentos previos.
- 2) Contemplación: Es la etapa en donde las personas tienen una intención de cambiar su comportamiento. Contemplan esa opción, pero los factores negativos del cambio pueden ocasionar que no se asuma el compromiso.
- 3) Preparación: Se define como la etapa en donde las personas han decidido cambiar y tienen el compromiso de hacerlo, además de que cuentan con un plan para hacerlo y están conscientes de los beneficios de cambiar su comportamiento.
- 4) Acción: Se refiere a la etapa en donde las personas realizan cambios observables y objetivos de su comportamiento. En general las personas tienen altos niveles de autoeficacia y buena valoración de los pros de cambiar.
- 5) Mantenimiento: Es la etapa donde se manifiesta una estabilización del cambio de comportamiento realizado en la etapa de la Acción. En esta etapa las personas se mantienen activas en la intervención y en la prevención de las conductas modificadas.
- 6) Terminación: En esta etapa las personas ya no vuelven a recaer en los comportamientos que modificaron.

2.4 Modelo de Acción Razonada

Este modelo fue propuesto por Fischbein y Ajzen en 1980, para estudiar el comportamiento humano tomando en cuenta las actitudes y creencias, y el contexto en donde tienen lugar estos factores. El modelo parte del supuesto de que los seres

humanos son esencialmente racionales y esta cualidad les permite hacer uso de información para realizar comportamientos determinados. La teoría también afirma que es posible predecir la conducta de las personas desde las actitudes, intenciones conductuales y las creencias en relación a la influencia social (Reyes, 2007).

Al respecto, Porras, Díaz, Ruiz y Vázquez (2015) comentan que el modelo postula, que el sujeto actúa de manera consciente, tomando como referencia sus creencias, la actitud hacia la acción o la norma subjetiva. Y aunque a pesar de que el actuar del individuo sea consciente, esto no supone un proceso lógico y razonado de los motivos, por lo que la racionalidad recae en el proceso deductivo o inductivo con el cual se llega a esa conducta o acción.

Los elementos que conforman el Modelo son los siguientes (Fischbein y Ajzen 1980):

- a) Las creencias: que se refieren a asociaciones de eventos no comprobables, pero que el individuo les atribuye algún valor sustentado en una experiencia externa.
- b) La actitud: hace referencia a la postura valorativa (negativa o positiva) de una persona sobre un evento u objeto, a través de las creencias.
- c) La norma subjetiva, que implica la carga social que percibe el sujeto al realizar una conducta específica.
- d) La probabilidad o intención conductual: en donde el sujeto evalúa las consecuencias de realizar una acción, así como el resultado a obtener.

Los modelos descritos en este capítulo mantienen un discurso dualista, en donde reducen el comportamiento de las personas a pensamientos, emociones o “cogniciones”, en ámbitos de salud-enfermedad, como si esta categoría fuese, por un lado, unívoca y, por otra como si se tratara de una variable explicativa de este proceso. Piña y Rivera (2006) mencionan que desde el surgimiento de la psicología de la salud se han propuesto diversas definiciones sobre la acción del psicólogo en este ámbito de aplicación, pero al plantearse sin un modelo teórico o ser producto de la tarea de solucionar problemáticas sociales, no siempre delimitan la dimensión psicológica en este campo.

Piña y Rivera (2006) proponen que un modelo psicológico de la salud debe estar sustentado bajo un modelo teórico, debe definir con precisión la dimensión psicológica en el ámbito de la salud, explicar los procesos de salud-enfermedad a través de categorías analíticas y conceptos que permitan dar cuenta de los diferentes niveles en lo que opera lo psicológico. Esta propuesta puede ser más clara si se estudia el Modelo Psicológico de la Salud Biológica (Ribes, 1990) el cual será explicado en el siguiente capítulo.

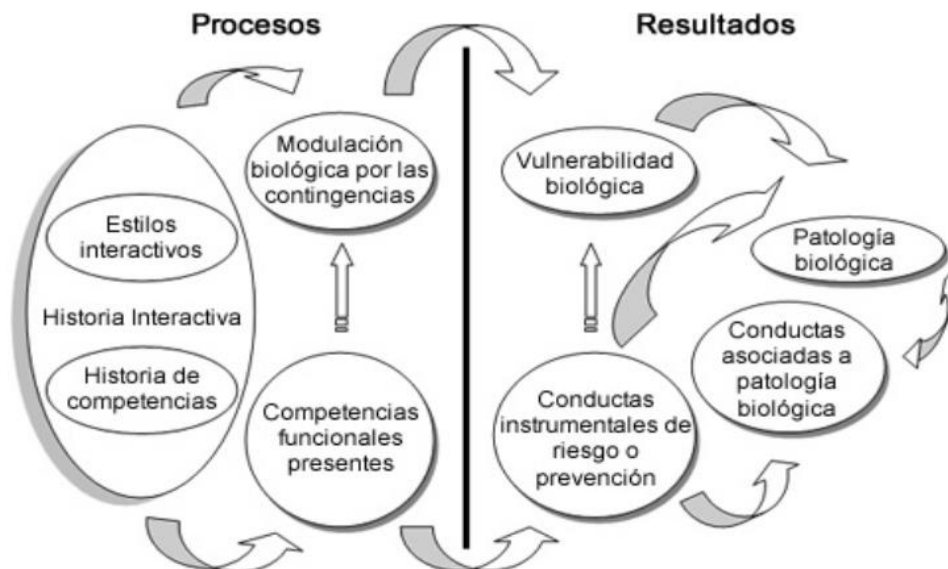
Capítulo 3. Modelo psicológico de la salud de Ribes

Los modelos de la salud descritos anteriormente se caracterizan por mantener una postura dualista frente a los procesos de salud-enfermedad, y además, carecen de fundamentos teóricos o están conformados por diversas teorías, como es el caso del modelo transteórico. Es, precisamente, esta falta de fundamentos teóricos y eclecticismo entre los modelos existentes, lo que ocasiona que la psicología no cuente con las delimitaciones correctas acerca de su quehacer en el ámbito de la salud.

Ante esta situación, Ribes en 1990, con base en el modelo interconductual propuesto por Kantor en 1953, creo un modelo psicológico de la salud con el objetivo de guiar la acción e intervención prácticas en la prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades; así como para esclarecer la relación de los diversos elementos psicológicos participantes en ellas (Rodríguez y García, 2011).

De acuerdo con Ribes (1990) el modelo cuenta con dos categorías descriptivas: La primera hace referencia a los procesos psicológicos que vinculan las condiciones del organismo con acciones del individuo en un contexto sociocultural, mientras que la segunda se refiere a las resultantes o consecuencias de dichos procesos en términos de características funcionales.

Figura 2. Representación gráfica del Modelo Psicológico de la salud Biológica, tomada de Ribes (1990).



3.1 Proceso psicológico de la salud

El proceso psicológico se compone de tres factores: a) la historia interactiva del individuo, b) las competencias del individuo y c) la modulación de los estados biológicos por las contingencias ambientales. A continuación, se describirá de manera breve cada uno de los factores, de acuerdo con Ribes (1990).

La **Historia Interactiva del individuo** se refiere a la historia interconductual de un individuo, el cómo se ha comportado en el pasado en circunstancias específicas, lo que constituye una disposición que determina cómo un individuo se comportará en el presente, es decir que hace más o menos probable que se emitan ciertas conductas, con base en su experiencia previa, sin olvidar que esto no es un factor causal o determinante (Ribes, 1990).

A su vez, Ribes (1990), menciona que la Historia Interactiva, puede examinarse desde dos dimensiones: 1) los estilos interactivos, que aluden a lo que tradicionalmente se estudia en la categoría de personalidad de un individuo, es decir, la forma idiosincrásica que tiene un individuo de enfrentarse de forma consistente a situaciones específicas. 2) La disponibilidad de competencias funcionales, que hace referencia a la capacidad conductual de un individuo adquirida en el pasado, para que se comporte bajo ciertos requerimientos que una situación específica exige. Estos elementos pueden influir en gran medida para que un individuo tenga comportamientos saludables o no.

Las **Competencias Funcionales Presentes** de acuerdo con Ribes (1990), el concepto de competencia funcional comprende el comportamiento de un individuo, la situación y los requerimientos de esa situación. El comportamiento consiste en morfologías motoras, sensoriales y lingüísticas, que tienen un sentido colectivo y social. En el análisis de estas competencias, se toman en cuenta los siguientes componentes: A) los requerimientos de la situación, que se refiere al tipo de consecuencias que tendrá un individuo y el ambiente, como efecto de un comportamiento. B) Los factores que definen el contexto de la interacción, dentro de éstos se encuentran condiciones físicas, personas, condiciones biológicas. C) La historia de competencias pertinente, que describe la capacidad del individuo para interactuar con dicha situación.

De igual modo, existen cuatro niveles funcionales en las que pueden tener lugar las competencias funcionales (Ribes, 1990):

- 1) Interacciones situacionales no instrumentales: En donde el individuo reacciona de manera diferencial ante los objetos, personas y acontecimientos de la situación sin alterar sus características o propiedades funcionales.
- 2) Interacciones situacionales instrumentales: constituyen formas de comportamiento en las que el individuo desarrolla una conducta efectiva sobre la situación, es decir, produce cambios en ella, y por lo tanto, consecuencias que afectan favorable o desfavorablemente el comportamiento del individuo.
- 3) Interacciones extrasituacionales: En éstas el individuo actúa en una situación particular como si los elementos y relaciones de contingencias que la conforman estuvieran regulados por acontecimientos que tienen, tuvieron, o tendrán lugar en otro momento. Por lo que el individuo reacciona ante los elementos y contingencias de la situación como si estuvieran presentes, cuando en realidad no lo están.
- 4) Interacciones Transituacionales: Representa un nivel de competencia que implica la abstracción de las condiciones a las que se enfrenta el individuo. El individuo no enfrenta la situación con base en lo que ocurre en ella, sino que, a través del comportamiento lingüístico, interpreta o conceptualiza la situación, así como la regulación de las propiedades y eventos que serán funcionales para el individuo.

De acuerdo con Ribes (1990), en la **Modulación de los estados biológicos por contingencias ambientales**, se entiende que el individuo representa una totalidad, por lo que no se puede hablar de comportamiento psicológico sin hacer referencia a los aspectos biológicos que lo facilitan y que están presentes en cualquier interacción, por lo que las contingencias ambientales, además de afectar los aspectos psicológicos, también influyen sobre los sistemas biológicos y los estados resultantes de un organismo. Lo que resultaría de suma importancia el identificar

los eventos ambientales que afectan los aspectos psicológicos y biológicos de un organismo, permitiéndonos comprender mejor la relación de salud-enfermedad.

Estos factores psicológicos se relacionan de formas específicas y esto influye en la fase de resultantes.

3.2 Resultantes

La segunda fase del modelo describe las resultantes o consecuencias del proceso psicológico de la salud en un individuo, las cuales pueden ser de naturaleza biológica o psicológica. En donde las conductas instrumentales asociadas a condiciones de mayor o menor riesgo, así como los comportamientos vinculados a los estados de enfermedad, constituyen los resultantes psicológicos, mientras que la vulnerabilidad biológica y los estados patológicos constituyen las resultantes biológicas (Ribes, 1990).

La vulnerabilidad biológica puede estar determinada por condiciones orgánicas, como lo son algunas malformaciones genéticas o congénitas, que hacen más probable que se desarrolle o contraiga alguna enfermedad. Sin embargo, existen también otras condiciones que están reguladas por el comportamiento del individuo, en la manera en cómo interactúa con las contingencias ambientales, cuyos efectos producen cambios en los diversos sistemas orgánicos de la persona, incrementando el riesgo de enfermedad.

Según Ribes (1990), las conductas instrumentales, ya sean de riesgo o de prevención que posea un individuo, dependen de su historia, de su experiencia y de la interacción cultural y convencional con otras personas y grupos de éstas. El hecho de que un individuo sepa qué hacer en diversos ámbitos o situaciones de su vida, (emitir conductas instrumentales) se entiende como la capacidad instrumental, que también puede concebirse como la disponibilidad de conductas requeridas como morfologías, la disponibilidad de información para realizar o no ciertas conductas, la disponibilidad de información para saber en qué momento o situación realizar ciertos comportamientos y la disponibilidad de comportamientos alternativos en situaciones específicas.

Las conductas instrumentales de riesgo son aquellas en donde la conducta expone al individuo a condiciones ambientales (contaminación, intoxicación) o

produce en el organismo cambios que puedan desencadenar en alguna enfermedad, también cuando la conducta del individuo es responsable del contacto directo con agentes patógenos o cuando la misma conducta es responsable directa de daño biológico, como en el caso de algún accidente con lesiones motoras o sensoriales.

De igual manera, las conductas instrumentales pueden ser preventivas, para disminuir los riesgos de salud, para evitar el contagio, la producción directa de daño o disfunciones biológicas y la inducción gradual de alteraciones patológicas. La manera de distinguir las conductas de prevención es a través de sus efectos o consecuencias, hay conductas cuyos efectos son inmediatos sobre la salud, como aquellas que propician accidentes, lesiones o que producen reacciones alérgicas instantáneas. La mayor parte de las conductas instrumentales tienen efectos mediados o demorados, por ejemplo, aquellas conductas que propician infecciones cuya incubación no es instantánea, o las conductas de consumo de sustancias (drogas, principalmente) que producen daños graduales a la salud. (Ribes, 1990).

De acuerdo con Ribes (1990), las conductas preventivas y de riesgo no sólo están reguladas por los efectos que producen sobre la salud del individuo, las conductas de riesgo pueden emitirse por la carencia de conductas preventivas o incluso cuando esté disponible la conducta preventiva, por lo que Ribes sugiere que se analicen las conductas instrumentales preventivas, además de su disponibilidad morfológica, por sus efectos en relación a las conductas de riesgo y por los factores situacionales que las auspician y las hacen más probables.

Ribes (1990, p.62) menciona que existen cinco formas de competencias disponibles que configuran las conductas instrumentales preventivas, las cuales son:

1. "Saber qué tiene que hacerse, en qué circunstancias, cómo decirlo y cómo reconocerlo"
2. "Saber cómo hacerlo, haberlo hecho antes o practicado"
3. "Saber por qué tiene que hacerse o no (sus efectos), y reconocer si se tiende o no a hacerlo"

4. “Saber cómo reconocer la oportunidad de hacerlo y no hacerlo”
5. “Saber hacer otras cosas en dicha circunstancia, o saber hacer lo mismo de otra manera” (Ribes, 1990, p. 62)

Estas formas de saber implican algo más que un simple ejercicio de recepción de información o una forma particular de conducta, implica el que individuo sepa saber hacer en diferentes situaciones.

De igual manera, las conductas asociadas a enfermedad, como resultantes del proceso psicológico de la salud, pueden presentarse sin que exista alguna patología relacionada, o pueden presentarse con la existencia de una condición patológica, dicha relación se puede demostrar de tres maneras distintas: la primera como efecto de una alteración biológica, por ejemplo trastornos motrices asociados a daño neurológico; en la segunda manera se encuentran conductas que se derivan de los tratamientos empleados para modificar una condición patológica; por último, los comportamientos que surgen de manera inespecífica como reacción psicológica a la enfermedad, por ejemplo el desaliento, la apatía, ansiedad, etc. (Ribes, 1990). El establecimiento de conductas instrumentales adecuadas, además de mejorar la condición de vida del individuo y disminuir su vulnerabilidad biológica, puede favorecer que desaparezcan o minimicen los tipos de conducta relacionados con la condición patológica (Ribes, 1990).

Ribes (1990), agrega que en relación con las conductas asociadas a la enfermedad sin que exista alguna patología relacionada, se desempeñan las conductas instrumentales en 2 clases:

- 1) Comportamiento enfermo vinculado a formas sistemáticas de interactuar con situaciones problema: el cual hace referencia a aquellos individuos que tienen un riesgo real de que puedan caer en una condición patológica
- 2) Comportamiento enfermo que regula efectos sistemáticos del entorno social en relación con el individuo: este tipo de conductas corresponde a aquellas en donde el individuo presenta molestias como dolores y estados de ánimo sin que exista alguna condición patológica.

Ambos tipos de comportamiento enfermo poseen un carácter instrumental, y pueden ser alterados para se sustituyan por nuevas competencias efectivas más adecuadas a las circunstancias sociales con las cuales interactúa el individuo (Ribes, 1990).

3.3 Prevención

De acuerdo con Ribes (1990) la prevención se puede abordar desde diferentes perspectivas como lo son la socioambiental, la biomédica y la psicológica. La primera hace referencia a la disponibilidad de circunstancias físicas favorables a la prevención de la enfermedad, como lo es tener un ambiente saneado, potabilización del agua, construcción de drenajes, y la existencia de prácticas culturales de prevención, que hacen referencia a la higiene personal, a evitar el consumo de bebidas embriagantes o sustancias tóxicas. La segunda perspectiva se concibe a través de dos planos: el primero se refiere a la inmunización de agentes biológicos potencialmente infecciosos y la segunda a través de la detección y tratamiento de patologías iniciales.

Por último, la perspectiva psicológica, que se considera la más importante, plantea tres niveles de prevención: primario, secundario y terciario. (Ribes, 1990).

El nivel primario implica las siguientes acciones:

- a) Promoción de hábitos de higiene personal y sanidad ambiental
- b) Desarrollo de hábitos alimentarios
- c) Divulgación de medidas que favorezcan la planificación familiar y la prevención de enfermedades sexuales
- d) Campañas de enfermedades infecciosas y crónico degenerativas
- e) Detección y curación de enfermedades infectocontagiosas
- f) Diagnóstico temprano de riesgo de enfermedad para su canalización a otros niveles de atención.

Cabe destacar que las tres primeras acciones de prevención están vinculadas a la vida cotidiana de los individuos y corresponden al ámbito psicológico, a las acciones vinculadas al comportamiento del usuario de los servicios de salud. Además de estas acciones, se pueden incluir otras, que,

apoyadas por un sistema de información adecuado, sirven para aumentar la probabilidad de prevención primaria, como lo son (Ribes, 1990):

- a) El desarrollo de estilos de vida que reduzcan la propensión a condiciones de vulnerabilidad biológica, como lo son el seguimiento de dietas.
- b) El desarrollo de conductas alternativas a aquellas que representan un riesgo para la salud
- c) El adiestramiento en la prevención de accidentes en la vida cotidiana (quemaduras, traumatismos, intoxicaciones).
- d) Adquisición de comportamientos que prevengan la muerte o lesiones en un individuo, así como conductas de prevención en catástrofes naturales.

Ribes (1990) menciona que, en los niveles secundario y terciario de prevención, se cubren las siguientes acciones:

- a) Detección de patologías agudas y crónicas con distinto grado de avance
- b) Diversos tipos de cirugía mayor y menor
- c) Atención en partos
- d) Trasplantes de órganos
- e) Rehabilitación de pacientes con impedimentos físicos
- f) Atención a pacientes terminales
- g) Atención a pacientes que requieran tratamientos prolongados y ambulatorios

Las acciones de los niveles secundario y terciario corresponden a condiciones en las que la patología ha evolucionado en grados avanzados o bien, ha producido daños e impedimentos irreversibles o parcialmente reversibles, por lo que en estas situaciones ya no se pueden implementar acciones preventivas, más bien se deben establecer comportamientos de adherencia terapéutica a través de la eliminación de comportamientos que interfieran con la eficacia del tratamiento biomédico (Ribes, 1990).

En la figura 2 se describió la propuesta del modelo psicológico de la salud. En la etapa de procesos se pueden ubicar las acciones preventivas primarias, mientras que en la etapa de resultados se pueden ubicar las acciones de prevención secundaria. Por último, en la prevención terciaria se incluyen las conductas

asociadas a enfermedad y las conductas instrumentales preventivas relacionadas con patología biológica (Ribes, 1990).

El modelo psicológico de la salud biológica tiene correspondencia con el análisis contingencial, la cual es una propuesta metodológica para el análisis y alteración del comportamiento individual desarrollada por Ribes y López (1985) por lo que, para entender algunos conceptos de este modelo, se describirán en el siguiente capítulo.

Capítulo 4. Análisis Contingencial

El análisis contingencial es una propuesta metodológica para el análisis y alteración del comportamiento individual, que se desarrolló como una alternativa a las premisas teóricas de las psicologías que se aplican hoy día y para superar sus limitantes teórico-metodológicas. Sus bases están fundamentadas en la taxonomía funcional elaborada por Ribes y López (1985) a partir de la teoría interconductual de Kantor. El análisis contingencial como sistema permite el análisis funcional del comportamiento humano individual y como metodología analiza el comportamiento para transformarlo (Rodríguez, 2018).

El análisis contingencial cuenta con 4 dimensiones que permiten el análisis de la conducta humana individual y cada dimensión incluye conceptos que corresponden a las categorías analíticas del modelo interconductual. A continuación, se describirán de manera breve cada una de las dimensiones, de acuerdo con (Rodríguez, 2018):

Primera dimensión:

La primera dimensión, denominada Sistema Microcontingencial, se refiere al conjunto de relaciones que se establecen entre un individuo y otras personas, circunstancias, o eventos y se delimita de forma situacional/convencional. En este sistema se identifica la relación que se va a analizar o transformar a partir de un individuo.

Segunda dimensión

La segunda dimensión, denominada Sistema Macrocontingencial, se refiere al contexto valorativo que regula las relaciones que se dan en un nivel microcontingencial. Esta dimensión se relaciona al estudio de creencias y valores que regulan las prácticas individuales.

Tercera dimensión

Esta dimensión está constituida por los Factores Disposicionales, que son elementos que no corresponden al concepto de ocurrencia y que se caracterizan por tener la función de hacer más o menos probable que una interacción particular ocurra, ya sea haciéndola más probable o interfiriendo con ella. Pueden estar constituidos por el propio individuo, por el ambiente o por ambos.

Cuarta dimensión

Esta dimensión corresponde al comportamiento de otras personas. Hace referencia a las funciones del comportamiento de las personas significativas en la interacción de estudio.

Cuando el análisis contingencial se emplea como metodología para el cambio de comportamiento se sigue un procedimiento de cinco pasos:

1. Identificación del sistema microcontingencial.
2. Análisis del sistema macrocontingencial.
3. Análisis de la génesis del comportamiento.
4. Análisis de soluciones.
5. Selección, diseño, aplicación y evaluación de estrategias de intervención.

Cada paso se lleva a cabo en el orden establecido. A continuación, se dará una breve explicación de ellos.

4.1 El sistema microcontingencial

Rodríguez (2018) define a este sistema como la red de relaciones que establece un individuo con su medio, que se define de manera situacional y que constituye el campo de contingencias a analizar. Se compone de 4 elementos, de los cuales se asume dependen unos de otros y uno de ellos regula el campo de contingencias, es decir estructura la relación que se estudia. Generalmente, esta mediación, la cual se puede definir como la manera en que se configura una relación determinada, se da a través de la conducta de alguna persona específica, que puede ser el mismo usuario u otra persona significativa en la interacción. Aunque también pueden ser algunos elementos del ambiente.

Para poder llevar a cabo la identificación del Sistema Microcontingencial, se realiza un análisis funcional de cada interacción para identificar los elementos que la componen y cuál es su papel dentro de ésta. Los elementos que se identifican y analizan son (Rodríguez, 2018):

- a) Morfologías de conducta
- b) Situaciones
- c) Conductas de otras personas
- d) Efectos

Las **Morfologías de conducta** se refieren a aquellas formas de respuesta del usuario y de aquellas personas significativas en la interacción, lo que hacen, o dicen entre ellos para relacionarse, así como con objetos y eventos de su medio. Rodríguez (2018) menciona "...cuando se analiza una interacción, se identifica qué es lo que hace el usuario en tal interacción, igualmente se identifica qué es lo que hacen otros para que el usuario responda del modo en qué lo hace" (p. 64). Es importante recordar, que no se debe de confundir las morfologías de conducta con conducta, la conducta como tal es el conjunto de elementos que conforman la microcontingencia.

Las **Situaciones** son el conjunto de características físicas y sociales, tanto del usuario como del ambiente. En este rubro se identificarán factores disposicionales, es decir, los elementos que pueden hacer más o menos probable una interacción particular. Los factores disposicionales que se evalúan en el rubro de situaciones son los siguientes (Rodríguez, 2018):

- **Circunstancias sociales:** Se define la circunstancia social en la cual ocurre la interacción a estudiar. Ejemplos de circunstancia social, podemos mencionar la familiar, laboral, o de pareja, entre otras.
- **Lugar o lugares:** El ambiente físico puede ser un factor disposicional, ciertos lugares pueden probabilizar o no ciertos tipos de comportamiento.
- **Objetos o acontecimientos físicos:** Existen algunos objetos (prendas de vestir, juguetes, libros) o acontecimientos físicos (tormentas, sismos) que hacen más probable o facilitan cierto tipo de conductas.
- **Conductas socialmente esperadas:** Al desarrollarse los individuos en un medio social, su comportamiento siempre es valorado, y las prácticas convencionales de un grupo social particular determinan dicha valoración, de acuerdo con el momento histórico, a la cultura, a una circunstancia social y a grupos de personas concretos. De ahí que en las distintas circunstancias sociales se esperan cierto tipo de comportamientos de una persona en particular, de acuerdo al lugar que ocupa en la jerarquía social.

- Competencias e incompetencias para llevar a cabo lo socialmente esperado: Se refieren al conjunto de habilidades que ha adquirido un individuo a lo largo de su historia y que, en determinado momento, pueden facilitar que cumpla lo socialmente esperado en una situación específica. O la situación contraria, en donde la falta de capacidad interfiere con prácticas que socialmente se esperan.
- Inclinationes, propensiones y motivos: Las inclinaciones se refieren a gustos y preferencias de un individuo. Las propensiones aluden a estados temporales de corta duración, como son los estados de ánimo, las conmociones emocionales y ciertas condiciones biológicas. Los motivos, por su parte, se vinculan a las consecuencias probables a mediano o largo plazo de algún comportamiento. Estos factores pueden fungir como factores disposicionales, cuando hacen más probable una relación o bien cuando interfieren con ella.
- Tendencias: Rodríguez (2018) las define como: “las costumbres, hábitos y formas de conducta, que en el pasado han estado vinculados a efectos específicos y que, por ello, en ciertas circunstancias tienen una alta probabilidad de emisión.” (p.70)

En el rubro de **Conductas de otras personas**, se considera la función que ejerce el comportamiento de los individuos que participan significativamente en la interacción valorada como problema. Es importante aclarar que es el comportamiento de una persona en una situación específica lo que se analiza en términos de su papel funcional, no es la persona la que tiene una función, sino su comportamiento, de modo tal que la misma persona en distintas situaciones puede tener funciones específicas diferentes para el comportamiento de otros. Rodríguez (2018) menciona las siguientes funciones para el comportamiento de los individuos:

- Mediador: Cuando el comportamiento de un sujeto es el que establece las contingencias de la interacción, es decir quien regula el comportamiento de las demás personas en una situación particular.
- Mediado: Es el comportamiento que se ajusta o que está regulado por las contingencias establecidas por la persona mediadora.

- Auspiciador: Se refiere a aquella persona que facilita o promueve una interacción particular, sin formar parte de ella.
- Regulador de propensiones, inclinaciones y motivos: En esta función se analizan comportamientos de personas significativas a un usuario que están haciendo más probable cierto tipo de interacciones, regulando gustos, estados de ánimo, conmociones emocionales o motivos.
- Regulador de tendencias: Si en el rubro de situaciones se identifican tendencias en el comportamiento de interés, en esta función se analiza e identifica si existen personas que regulen estas tendencias. Cabe destacar, que es necesario evaluar si la persona adquirió esta función reguladora por capacidad o por historia, es decir, si esta función se construyó de manera histórica o por tener características similares a las de otros reguladores históricos.

Por último, los **Efectos** hacen referencia a la relación de consecuencia entre la morfología de conducta de un individuo y las de otros. Se consideran 3 tipos: 1) Comportamiento efectivo, 2) comportamiento inefectivo y 3) comportamiento afectivo. El primero hace referencia a aquel que afecta el comportamiento de otros. El segundo hace referencia a aquel que no tiene ningún efecto sobre el comportamiento de las demás personas. El último tipo, hace referencia al comportamiento que afecta sólo al individuo que lo emite y que puede incluir efectos de tipo disposicional, como cuando se afectan estados de ánimo, tendencias, condiciones biológicas o hasta morfologías de conducta propias. (Rodríguez, 2018).

4.2 El sistema macrocontingencial

Rodríguez (2018) menciona que este sistema se centra en el estudio del contexto valorativo de la interacción que se está analizando. Los fundamentos de este sistema se derivan de la importancia de la naturaleza social-convencional que tiene el comportamiento humano. El ser humano se comporta de acuerdo con las propiedades convencionales de su ambiente, lo cual está estrechamente vinculado con el lenguaje, pues permite la individualización de lo social y el surgimiento de la convención cultural como practica compartida. Los elementos que estructuran y

regulan la cultura son: el trabajo, el lenguaje, la política y la moral. Es importante destacar que el lenguaje y la moral son componentes inseparables, es a través del lenguaje que asignamos valoraciones a las acciones que realizamos. (Ribes, 1992, citado por Rodríguez 2018).

Como tal, la conducta no posee un valor intrínseco, no es buena o mala, normal o anormal, más bien, la conducta se valora según el contexto cultural, el contexto histórico, de cultura a cultura o de grupo a grupo, de acuerdo con condiciones socioeconómicas o geográficas. Los criterios que se emplean para valorar el comportamiento pueden ser un criterio común, como lo es la moral, la cual regula el comportamiento de los individuos en grupos específicos. (Rodríguez, 2018).

El análisis macrocontingencial tiene como objetivo evaluar las correspondencias o la congruencia entre la conducta de un individuo y las prácticas valorativas de su grupo social. Su nombre hace referencia a un análisis de correspondencias entre dos microcontingencias: situacional y ejemplar (conducta y creencias morales). Tenemos entonces, que se analizan dos dimensiones: Las dadas como relación efectiva (en términos del hacer) y la conducta sustitutiva (en términos del creer). Debido a que se analiza el creer y el hacer de un individuo en dos microcontingencias distintas, se estudian distintos niveles de correspondencia o de congruencia: a) intrasujeto, que hace referencia a lo que una persona hace y lo que cree con respecto a lo que hace, por ejemplo, una persona puede creer que está mal ser infiel, sin embargo, termina siéndole infiel a su pareja, y b) entre sujetos, que se refiere a la congruencia que debe existir entre las prácticas de los distintos individuos que conforman la interacción, o grupos a los cuales pertenece el individuo, en términos de actos, y de creencias.

4.3 Génesis del problema

En el análisis contingencial es de gran importancia conocer la historia interconductual del individuo para comprender una conducta específica. A toda la experiencia conductual de un individuo se le llama su "Historia Interconductual", mediante los detalles conductuales que componen esa historia, es que el individuo desarrolla sus habilidades, conocimientos, capacidades y conductas potenciales

(Kantor y Smith, 2016). En esta fase, el interés reside en identificar y analizar la génesis u origen histórico de la interacción problemática y los aspectos relevantes para poder explicarla, sin olvidar que esta explicación no es causal, sino que existen diversos componentes y elementos que juegan un papel importante como elementos probabilísticos para que se presente un comportamiento específico. Elementos tales como tendencias, competencias, inclinaciones, propensiones, estilos interactivos; entre otros, se conforman históricamente (Rodríguez, 2018).

Un concepto fundamental a tener en cuenta es el de Estilo interactivo, que hace referencia a la especificidad o idiosincrasia con la cual un individuo se comporta de cierto modo, de forma consistente, en situaciones contingenciales específicas y que está construido de manera histórica. El concepto alude a una categoría disposicional, pues su papel es el de hacer más probable cierto tipo de comportamientos en situaciones ante las que no existen criterios de logro, esto es, donde no hay respuestas acertadas o problemas por resolver (Rodríguez, 2018).

En este apartado, también es importante considerar los siguientes puntos, que permitirían un mejor panorama para entender la conducta problema (Rodríguez, 2018):

1. Historia de la microcontingencia

- a) Circunstancia en que se inició la conducta: La descripción de las circunstancias en las cuales una conducta adquirió una funcionalidad particular
- b) Situación en que se inició la microcontingencia actual: El cómo se originó la interacción evaluada en el sistema microcontingencial.
- c) Historia mediadora de la conducta: Se refiere a si en el pasado, el usuario ha sido mediador o ha regulado el comportamiento de otras personas en formas de conductas actuales.
- d) Funciones disposicionales en el pasado de las personas significativas en la microcontingencia presente: Se refiere a identificar comportamientos específicos en las personas significativas en la interacción, que hayan regulado en el pasado

estados de ánimo, conmociones, tendencias; o fungido como auspiciadores de ciertos comportamientos.

2. Estrategias de interacción:

- a) Las situaciones que han sido enfrentadas por el usuario
- b) El modo en el que el usuario enfrenta de manera consistente estas situaciones.

3. Evaluación de competencias:

- a) Ejercicio no problemático de la conducta problema: Se refiere a la evaluación de las situaciones donde la conducta problema no se valora como tal, se identifican morfologías, circunstancias, lugares, personas involucradas.
- b) Funcionalidad de las conductas en dichos contextos: En este apartado se trata de identificar si existe una función mediadora de la conducta problema en otros contextos, si posee funcionalidades disposicionales o si es efectiva en otros contextos.
- c) Disponibilidad de respuestas no problemáticas potencialmente funcionales en la microcontingencia presente: Se identifican y analizan aquellos comportamientos no problemáticos, así como aquellas morfologías adecuadas ante situaciones parecidas a las problemáticas. También se identifican las morfologías del usuario en relaciones no problemáticas ante personas significativas en la interacción problema.

4.4 Análisis de soluciones

Cuando el análisis contingencial se utiliza para alterar el comportamiento individual, una vez realizados los tres pasos anteriores, el siguiente paso consiste en plantear diversas posibilidades de solución. El análisis de la información obtenida en el sistema microcontingencial, macrocontingencial y de la génesis del problema, nos permitiría establecer si la conducta valorada como problema es de orden microcontingencial o macrocontingencial. (Rodríguez, 2018), lo cual es importante para analizar las posibilidades de solución.

Si existen no correspondencias significativas entre microcontingencias, el problema se define como un problema de orden macrocontingencial, es decir, que la conducta que se valora como problema, es producto de la incongruencia entre la conducta de un individuo y algún grupo significativo de personas, o bien, como se mencionó anteriormente, la falta de congruencia entre lo que un individuo hace con respecto a lo que cree. En caso de que no se identifique una falta de correspondencias o esta no sea significativa, se establece que el problema es de orden microcontingencial, que puede estar determinado por alguno de los elementos que componen el sistema microcontingencial (morfologías, efectos de la conducta del usuario, factores disposicionales, propensiones, inclinaciones, competencias, etc), (Rodríguez, 2018).

La siguiente figura nos proporciona una clara explicación del análisis de soluciones.

Figura 3. Representación gráfica del análisis de soluciones, tomada de Rodríguez (2018).

	CAMBIO MACRO- CONTINGENCIAL	MANTENIMIENTO MA- CROCONTINGENCIAL
Mantenimiento microcontingencial		
Cambiar conducta de otros		
Cambiar conducta propia		
Opción por nuevas microcontingencias		
Otras opciones funcionales de la misma conducta		

De acuerdo con Rodríguez (2018), el eje horizontal representa la dimensión macrocontingencial, la cual sólo puede variar de dos modos: su cambio o su mantenimiento. Si se establece que la dimensión macrocontingencial es significativa, la acción a tomar será de cambiar las prácticas valorativas (macrocontingenciales), con la opción de cambiar elementos microcontingenciales

o mantenerlos, según sea el caso. Si se determina que el problema es de orden microcontingencial, la solución consistirá en mantener el sistema macrocontingencial y alterar la dimensión microcontingencial a través de las siguientes opciones:

1. *Cambiar la conducta de otros en la misma microcontingencia*: Si decidimos mantener o alterar el sistema macrocontingencial, una opción a analizar puede ser el alterar las conductas de otras personas significativas en la interacción (conducta de mediadores, auspiciadores, o de mediados).
2. *Cambiar la conducta propia en la misma microcontingencia*: Consiste en alterar la conducta del usuario, ya sea en término de la función que desempeña en la interacción, o bien que adquiera competencias que le permitan resolver interacciones problemáticas.
3. *Opción de nuevas microcontingencias*: Hace referencia a que el usuario abandone la interacción problemática y se involucre en una nueva interacción no problemática.
4. *Promover otras opciones funcionales de la misma conducta en la microcontingencia*: Se refiere a resolver la problemática utilizando las habilidades y competencias del usuario para poder alterar su comportamiento dentro de la misma microcontingencia.

4.5 Intervención

El último paso del Análisis Contingencial consiste en la selección, el diseño y la aplicación del programa de intervención. A diferencia de otras aproximaciones terapéuticas, permeadas por el modelo médico, en donde la atención se centra en la eliminación de problemas y en la estandarización de los programas y técnicas de intervención, en el Análisis Contingencial se parte de que cada caso es único y es a través de esta idiosincrasia en el que se elaboran programas de intervención específicos a partir del análisis de los sistemas microcontingencial, macrocontingencial y de la génesis del problema. (Rodríguez, 2018).

Las técnicas se conciben como un componente parcial dentro del programa de intervención, y se eligen de acuerdo con las características funcionales que

afectan, bajo una perspectiva funcional. (Díaz González, Ribes, Rodríguez y Landa, 1989, citado por Rodríguez 2018).

4.6 Aplicaciones del Análisis Contingencial

Desde el punto de vista interconductual, se han propuesto criterios para aplicar la psicología en los diversos campos de inserción profesional, empleando el análisis contingencial para el análisis y modificación del comportamiento humano en los diferentes contextos. Rodríguez (2003) plantea las diferentes actividades del psicólogo en sectores de aplicación como lo son la educación, la salud, la producción y la ecología; así como sus objetivos como lo son la detección, la planeación y prevención, el desarrollo, la investigación y la intervención.

En el ámbito organizacional, se han generado propuestas para replantear el concepto de competencias laborales desde el enfoque interconductual, utilizando el análisis contingencial, con la finalidad de desarrollar métodos para su identificación y evaluación que permitan una mejor intervención por parte del psicólogo en esta área. (Rodríguez y Posadas, 2007). Así como el desarrollo de descriptivos de puestos a través de las categorías del análisis contingencial con la finalidad de mejorar la productividad y disminuir la rotación del personal de una empresa de maquila (García, 2014).

En el área educativa, se han realizado diversos análisis y propuestas desde una perspectiva interconductual. Guevara (2006), llevó a cabo una investigación para analizar los aspectos de la enseñanza, en donde hace énfasis en la función del docente al desarrollar e integrar en los estudiantes competencias lingüísticas, de observación, manipulativas y de procedimiento, a través de la programación de actividades entre el docente y los estudiantes. De igual manera se han realizado propuestas para rediseñar la currícula de las carreras profesionales (Ibáñez, 2006).

En el ámbito de la salud, el Análisis Contingencial ha sido empleado como metodología en diversas investigaciones, como en el caso del estudio realizado por Rodríguez, Rentería, Rodríguez, García y Guerrero (2016), quienes utilizaron el análisis contingencial con el objetivo de realizar un análisis descriptivo de un caso específico para evaluar el efecto de un taller grupal para mejorar la

adherencia a la dieta en combinación con una asesoría individualizada en una participante a la cual le habían diagnosticado diabetes. Al realizar el análisis se identificaron algunos factores disposicionales que hacían poco probable el adherirse a la dieta, como que el alimento disponible era el alimento preferido de la participante, o el hecho de estar sola en casa o de estar aburrida, o el clima frío o lluvioso; que hacían más probable que rompiera su dieta. Estos resultados sugirieron que la usuaria comía de forma poco saludable respondiendo a elementos disposicionales situacionales, por lo que la intervención se encaminó a proporcionar información y entrenar a la usuaria para alterar el papel funcional de los factores situacionales vinculados a su forma de comer poco saludable. Los resultados reportaron que la usuaria fue capaz de sustituir alimentos no saludables por alimentos saludables, también comenzó a contar porciones y desarrolló habilidades de autocontrol y de organización al establecer horarios de comida específicos.

En otra investigación realizada por Ocampo, Rodríguez, y Rodríguez (2017), presentaron un estudio de caso a través de la metodología de análisis contingencial que tuvo como objetivo incrementar la adherencia a la dieta, en un usuario diagnosticado con diabetes, a través de asesorías individuales. Al realizar el análisis se identificó que carecía de hábitos saludables de alimentación, así como de ejercicio, además de que no existía una buena comunicación entre el participante con sus familiares y amigos acerca de su condición, por lo que la intervención se encaminó a mejorar estos aspectos. Como resultado se obtuvo una mejora en la ingesta de alimentos saludables a tal grado de alcanzar la porción ideal recomendada por su nutriólogo, así como un decremento en las medidas antropométricas como el peso, el IMC y la glucosa.

El uso del Análisis Contingencial de la mano del Modelo Psicológico de Salud Biológica, nos permiten analizar y modificar el comportamiento desde un punto de vista naturalista, es decir sin necesidad de recurrir a explicaciones dualistas, mecanicistas, sobrenaturales o inclusive a la utilización de categorías o conceptos de otras disciplinas. Ubica lo psicológico como un fenómeno natural que consiste en la interacción del individuo con objetos, personas o acontecimientos en un

contexto definido, lo cual posibilita generar procedimientos de intervención a través de un análisis funcional y no solo el uso de técnicas ad hoc, evitando pragmatismos; así como mantener un nexo entre teoría y práctica al utilizar categorías propias (Reyna, Tapia, Ocampo y Rodríguez, 2019).

Debido a la poca información encontrada en la literatura sobre los factores psicológicos que se encuentran involucrados en la disminución y mantenimiento de peso en personas que han tenido sobrepeso u obesidad, se plantea el siguiente trabajo cuyo objetivo es explorar variables psicológicas asociadas a la disminución y mantenimiento de peso en personas que han tenido IMC de sobrepeso u obesidad a través de una perspectiva interconductual, y en específico, con el uso del Análisis Contingencial para entender de una manera integral el problema de la obesidad.

Capítulo 5. Análisis descriptivo de las variables psicológicas asociadas a la disminución y mantenimiento de peso en personas que han tenido IMC de sobrepeso u obesidad.

Para la obesidad son diversos los tratamientos que se encuentran en la literatura consultada, que van desde el tratamiento farmacológico utilizando medicamentos que disminuyen el apetito, que aumentan el gasto energético de las personas o que interfieren en la absorción de los nutrientes. (Rivera, Bocanegra, Acosta, De la Garza y Flores, 2007). Así como también existen tratamientos quirúrgicos, siendo los principales la liposucción, la cirugía bariátrica, el Bypass gástrico y la banda gástrica; (Díaz et al. 2008).

Es importante mencionar, que diversos tratamientos se aplican de manera complementaria o multidisciplinaria como es el caso del tratamiento basado en el control de la ingesta de alimentos, el cual suele ser complementado con actividad física y además con un plan de intervención psicológica el cual ayuda a aumentar la adherencia al tratamiento de la persona.

La falta de adherencia a los tratamientos es bastante alta, se estima que 8 de cada 10 personas que inician un tratamiento para bajar de peso lo abandonan antes de concluirlo, debido a expectativas irreales, estilos de vida incompatibles con la dieta y el estrés (Sámano, 2011). Estas cifras son alarmantes, indican que el 80% de los pacientes con obesidad no logran disminuir su IMC y por lo tanto dejan de tener esta condición a pesar del tratamiento que sea aplicado.

Se ha demostrado que una intervención psicológica influye de manera considerable en que las personas se adhieran al tratamiento para disminuir su peso, tal como lo demuestra el estudio realizado por Martínez, García y Estrada (2016) donde se analizó el número de personas que finalizó el tratamiento para la obesidad en dos grupos de participantes; uno control y otro de intervención, a este último grupo de participantes se les aplicó tratamiento nutricional junto con terapia psicológica, dando como resultado que todos los participantes del grupo de intervención finalizaron el tratamiento.

A pesar de que existe evidencia que demuestra que un tratamiento multidisciplinario y específicamente la complementación de una intervención psicológica, permite que una mayor cantidad de personas logren la adherencia al tratamiento, no existe conocimiento sobre los elementos psicológicos que contribuyen a la adherencia a una dieta saludable, o al cambio de conductas de riesgo relacionadas con este problema, lo cual permitiría diseñar mejores estrategias para la prevención y tratamiento de la obesidad.

Sobre las personas que han logrado disminuir su peso e IMC existe muy poca literatura al respecto, las pocas investigaciones que se han realizado, como la de Cabello y Ávila (2009) al llevar a cabo un estudio con un enfoque fenomenológico y una metodología cualitativa con el objetivo de identificar las estrategias psicológicas utilizadas como variables de éxito en 22 personas que lograron bajar de peso, donde encontraron las siguientes: un cambio total de actitud, la toma de conciencia de los alimentos que consumen y decisiones firmes para mantener el peso y para no repetir conductas.

La investigación llevada a cabo pretende contribuir con este propósito evaluando factores psicológicos asociados al comportamiento de personas que han tenido sobrepeso u obesidad y que han logrado cambiar sus hábitos y disminuir su peso e IMC. Es una aproximación diferente a las tradicionales, dado que, prácticamente, no se ha explorado el comportamiento de este tipo de población.

Las dimensiones, categorías y elementos que conforman el Análisis Contingencial, nos permitirían analizar y entender de una manera integral cada uno de los factores asociados a la obesidad mencionados anteriormente, al ser revisados en las categorías lógicas que les corresponden, sin reducir la influencia de cada uno o brindar explicaciones mentalistas. Por otra parte, el modelo psicológico de la salud biológica, junto con sus categorías (procesos y resultantes) y en particular, desde el objetivo de este estudio, facilitaría la tarea de explorar y describir las competencias presentes de las personas que han bajado de peso, así como identificar las conductas instrumentales de riesgo y prevención para establecer un programa de intervención.

Este estudio forma parte de una investigación más amplia y su contribución es el desarrollo de la primera etapa que se describe a continuación.

Objetivo general:

Explorar todos aquellos elementos que constituyen la o las competencias para reducir peso e IMC y mantener el logro

Objetivo específico

1. Explorar de forma descriptiva y cualitativa los factores psicológicos asociados al comportamiento que conduce a la reducción de peso y mantenimiento del cambio.

Método

5.1 Participantes

Se trabajó con una muestra intencional voluntaria de 33 personas (8 hombres y 25 mujeres) con IMC de sobrepeso u obesidad, las cuales fueron contactadas a través de instituciones de salud, deportivas o educativas entre otras. Las edades de los participantes oscilaron entre los 20 y los 73 años. Del total de participantes, 66.7% estaban solteros y 33.3% casados.

Tabla 1.

Características sociodemográficas de la muestra

Característica		N	%
Sexo	Hombres	8	24.20%
	Mujeres	25	75.80%
Nivel de Escolaridad	Básica	2	6.10%
	Técnica	5	15.10%
	Bachillerato	4	12.20%
	Licenciatura y Posgrado	22	66.50%
Estado Civil	Soltero	22	66.70%
	Casado	11	33.30%
Media de Edad		40.48	

Criterios de inclusión:

- Que hubieran tenido sobrepeso u obesidad y que hubieran logrado disminuir su IMC al menos un nivel de acuerdo con la clasificación aprobada por la OMS (2018).
- Que hubieran aceptado participar en el estudio y firmar consentimiento informado

Criterio de exclusión:

- Que hubieran bajado de peso como consecuencia directa de algún padecimiento, enfermedad, proceso quirúrgico o medicamento

Debido a que se tiene poca información sobre el tema en la literatura revisada, se utilizó un diseño de estudio transaccional exploratorio para describir las variables psicológicas asociadas en la disminución del IMC, del peso y el mantenimiento del logro.

5.1.1 Instrumentos y materiales

- Cédula de datos generales (datos demográficos, presencia o ausencia de enfermedad, ingesta de medicamentos; entre otros).
- Formato de consentimiento informado.
- Formato de entrevista semiestructurada con las categorías del modelo psicológico de la salud y el Análisis Contingencial.
- Formato de registro
- Grabadora de audio MP3

Variables descriptivas:

- Edad
- Género
- Estado civil
- Nivel de escolaridad
- Ocupación
- Estatura
- Peso corporal actual
- Peso máximo al que ha llegado
- Mes y año en el que tuvo el peso máximo
- Peso mínimo logrado

- Número de intentos por bajar de peso
- Enfermedad(es)
- Consumo de medicamento(s)

5.1.2 Procedimiento.

En una primera instancia se establecieron convenios institucionales para la captación de la muestra.

Conforme se fueron contactando participantes, se llevaron a cabo las entrevistas. Los investigadores explicaron, a cada uno de ellos, los objetivos del estudio y dieron a firmar el consentimiento informado cumpliendo con todas las recomendaciones éticas de la APA. Posteriormente se les realizaron preguntas referentes a datos sociodemográficos, los cuales fueron registrados en la cédula de datos generales. Una vez se llenó la cédula de datos generales, se llevaron a cabo las entrevistas de manera individual con apoyo de un formato de entrevista semiestructurada con base en las categorías del Análisis Contingencial (Ribes, Díaz-González, Rodríguez y Landa, 1986), cabe mencionar que se utilizaron aquellas categorías que se consideraron las más importantes para identificar los elementos de interés, sin embargo, se daba oportunidad a los participantes de incluir toda la información que considerara relevante. Las categorías se describirán a continuación en las siguientes tablas:

Tabla 2.

Descripción de las categorías del Análisis Contingencial (Sistema Microcontingencial) utilizadas en el formato de entrevista

Sistema Microcontingencial		
Elemento	Categoría	Objetivo
Morfologías de conducta	Morfologías	Identificar las formas en las que el participante cambió su relación con la comida, con ciertas circunstancias, con objetos o con otras personas.
	Motivos	Explorar las disposiciones relacionadas a consecuencias a mediano y largo plazo que influyeron en el participante para bajar de peso.

Situaciones	Acontecimientos	Identificar la ocurrencia de algún cambio en una determinada circunstancia social del participante que le facilitara bajar de peso.
	Propensiones	Explorar aquellas condiciones emocionales, estados de ánimo o condiciones biológicas que hicieron más probable que el participante bajara de peso.
Personas	Papel Funcional de otras personas	Explorar el comportamiento de otras personas que propiciara o mediara la disminución de peso del participante
	Papel Funcional del Participante	Investigar la efectividad del participante para modificar las conductas de otras personas.
Efectos	Efectos	Identificar las consecuencias de seguir alguna estrategia para reducir el peso.

Tabla 3. Descripción de las categorías del Análisis Contingencial (Sistema Macrocontingencial) utilizadas en el formato de entrevista

Sistema Macrocontingencial	
Categoría	Objetivo
Identificación del Marco Referencial	Identificar si existe una persona en el contexto valorativo del participante; que regule costumbres, y/o creencias sobre la obesidad
Practica sustitutiva ejemplar de otros	Explorar creencias sobre la obesidad en los posibles reguladores
Practicas efectivas de otros en la ejemplar	Investigar la forma de alimentación del grupo de referencia al que pertenece el participante.
Establecimiento del comportamiento	Analizar de qué forma un grupo o persona logró establecer prácticas y criterios valorativos con respecto a la alimentación (si es el caso).

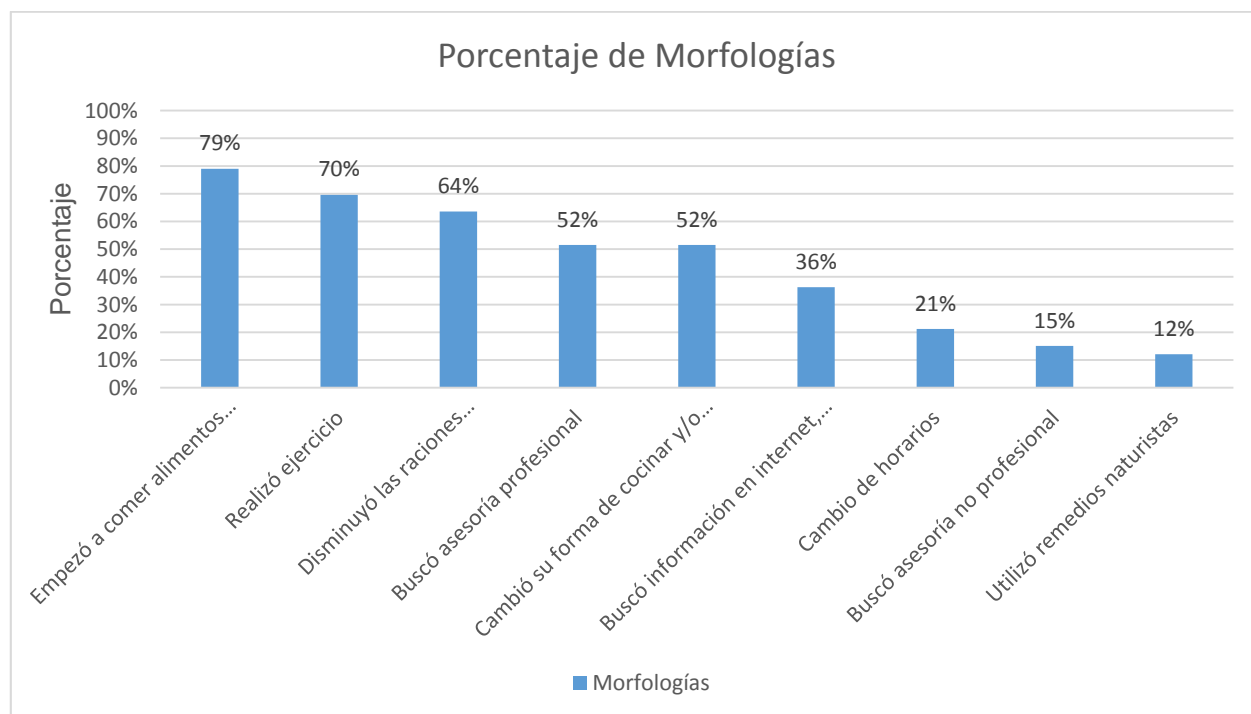
Las entrevistas estuvieron enfocadas en la identificación de comportamientos vinculados con el logro o el fracaso en la reducción de peso e IMC y su duración aproximada fue de una hora para cada uno de los participantes. Las entrevistas fueron grabadas con un dispositivo MP3, con la autorización de cada uno de los participantes. Una vez que la muestra se completó, se llevó a cabo la transcripción de cada una de las entrevistas. Posteriormente, los tres investigadores escucharon de forma independiente las entrevistas y vaciaron la información en formatos de

registro diseñados exprefeso. Estos formatos contenían las categorías del Análisis Contingencial descritas en las tablas 2 y 3. La información registrada fue confiabilizada con la fórmula de confiabilidad entre calificadores y después se capturaba en el programa SSPS versión 25. Se consideraron solamente aquellas categorías en las que se obtuvo, al menos, el 80% de confiabilidad.

5.2 Resultados

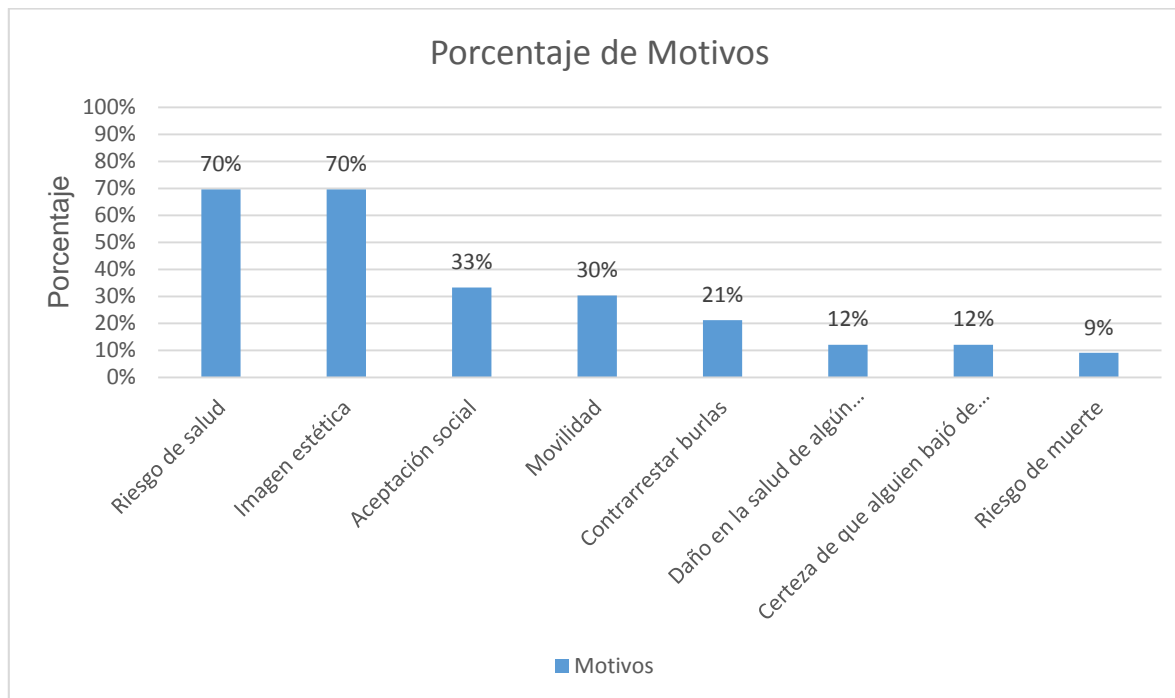
Se presentan los principales resultados en las siguientes gráficas:

Figura 4. Grafica del porcentaje de Morfologías realizadas por los participantes para bajar de peso



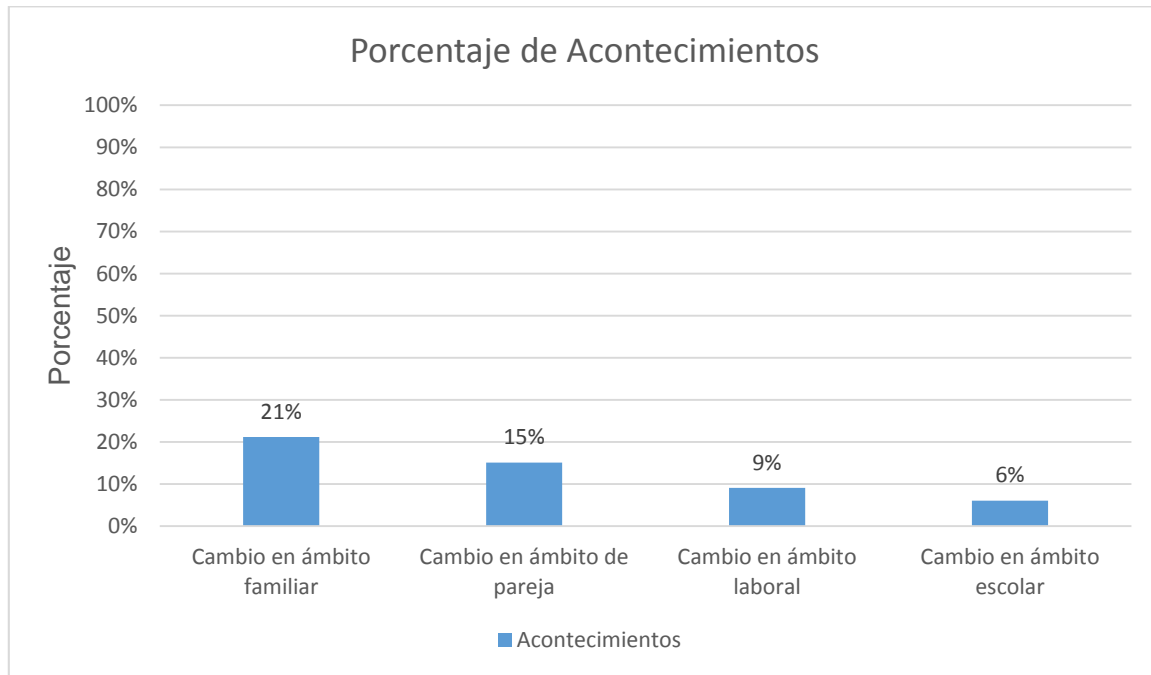
En la figura 4 podemos observar que dentro de las 3 morfologías que más realizaron los participantes para bajar y mantener su peso, fueron empezar a comer alimentos más saludables, el 79% participantes realizaron esta actividad, seguida de hacer ejercicio con el 70% de los participantes y de disminuir las raciones de alimentos que acostumbraban a ingerir con porcentaje de 64%. Mientras que las acciones que en menor medida realizaron los participantes fue realizar cambio de horarios, buscar asesoría no profesional y utilizar remedios naturales con un porcentaje del 21%, 15% y 12% respectivamente.

Figura 5. Porcentaje de Motivos que influyeron en los participantes para bajar de peso



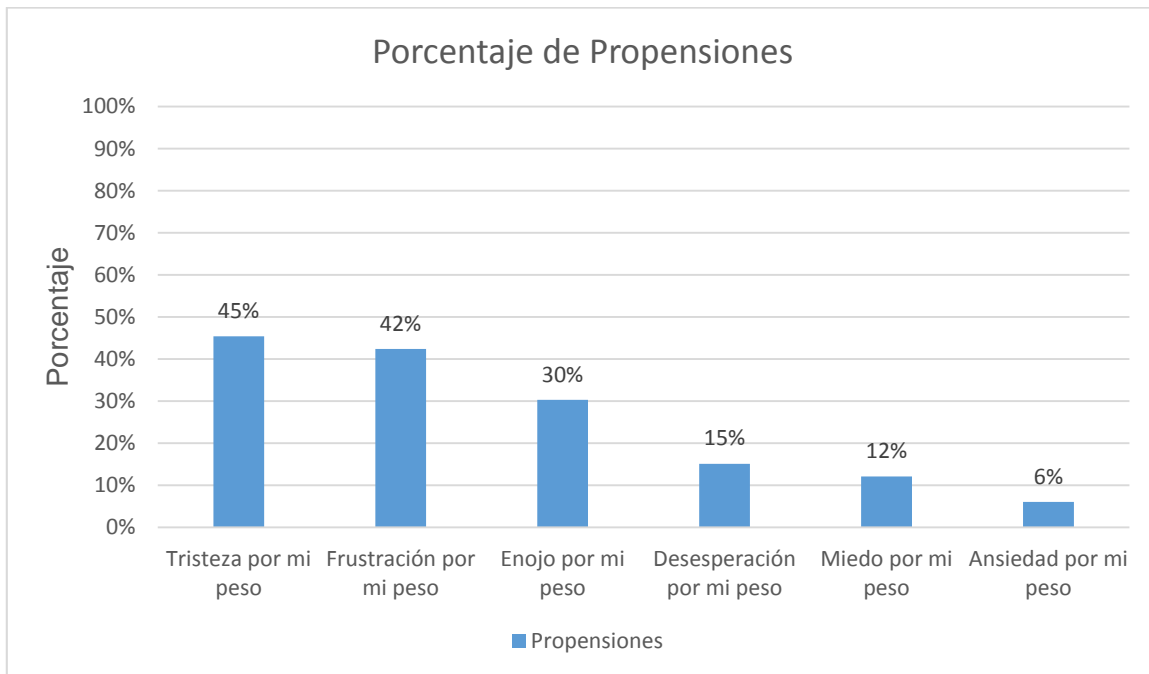
En la figura 5 se muestran los motivos, entendidos como las disposiciones relacionadas a consecuencias a mediano y largo plazo, que influyeron para que los participantes decidieran bajar de peso. Tenemos que el 70% de los participantes reportó que el riesgo de salud, junto con la imagen estética fueron los motivos más importantes, seguido de la aceptación social con 33% de participantes. Dentro de los motivos con menor frecuencia se encuentran el daño en la salud de algún familiar o conocido, junto con la certeza de que alguien bajó de peso y se mantuvo con el 12% de los participantes y, por último, riesgo a la muerte con un 9%.

Figura 6. Porcentaje de Acontecimientos que influyeron en los participantes para bajar de peso



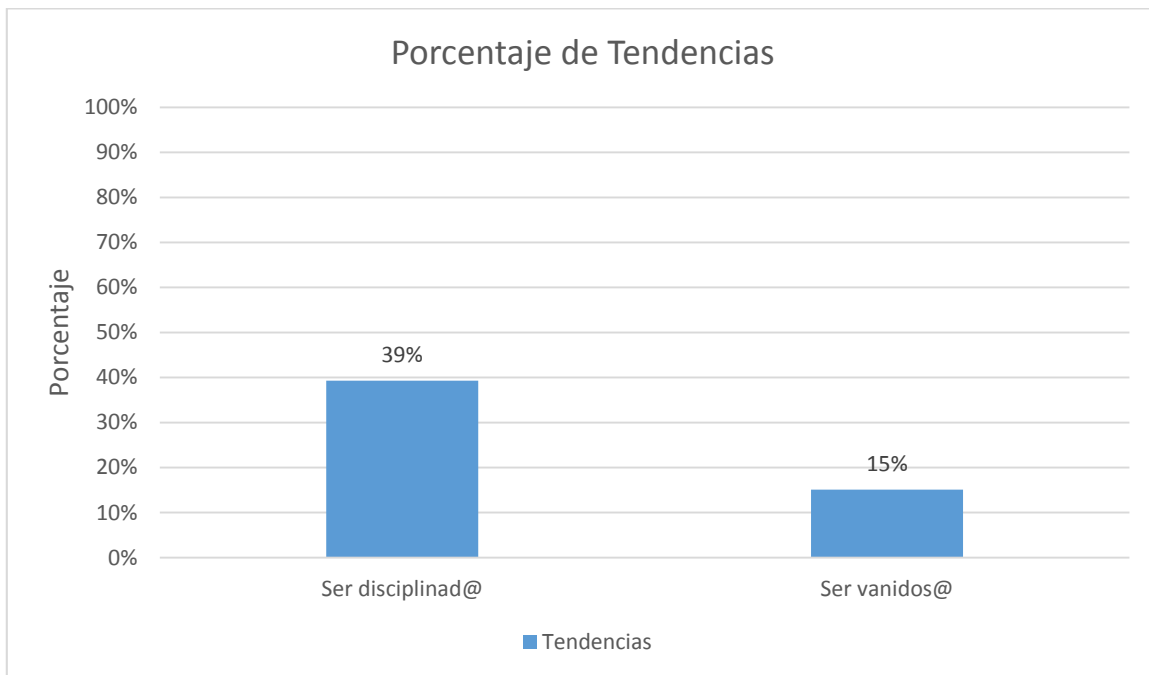
En cuanto a los acontecimientos que propiciaron la disminución y mantenimiento de peso en la muestra, como se puede observar, a pesar de que no todos los participantes confirmaron que haya existido un cambio en alguno de los ámbitos de su vida, el 21% de los participantes expresó haber tenido un cambio en el ámbito familiar que influyó para bajar de peso. El segundo acontecimiento con mayor frecuencia se presentó en el ámbito de pareja en donde el 15% de los participantes afirmó haber tenido un cambio en este ámbito que les facilitara bajar de peso. Y en el tercer lugar, el 9% de los participantes refirió un cambio en el ámbito laboral.

Figura 7. Porcentaje de Propensiones que motivaron a los participantes para bajar de peso



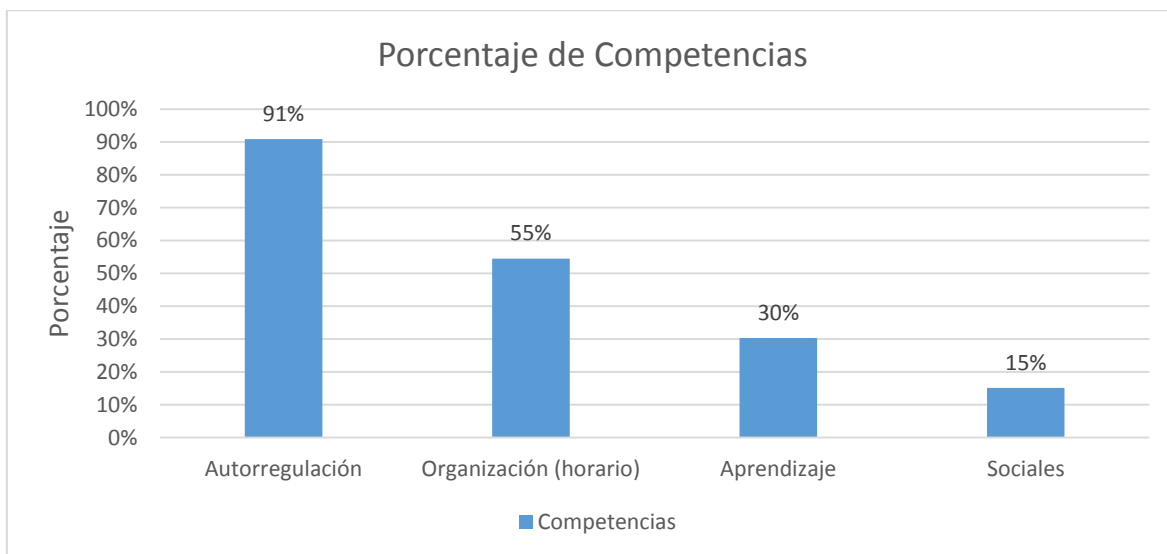
En el caso de las propensiones (condiciones emocionales, estados de ánimo y condiciones biológicas), en la figura 7 podemos observar que 45% de los participantes indicó que la tristeza por el peso que mantenían fue la emoción que más influyó para bajar de peso, en segundo lugar, el 42% de los participantes refirió haber sentido frustración por su peso. En tercer lugar 30% de las personas, sintió enojo por el peso que tenían, seguida de la desesperación con un porcentaje del 15%. Dentro de las emociones que menos influencia tuvieron, se encuentran el miedo, con el 12% de los participantes y la ansiedad, con el 6%.

Figura 8. Porcentaje de Tendencias que reportaron los participantes



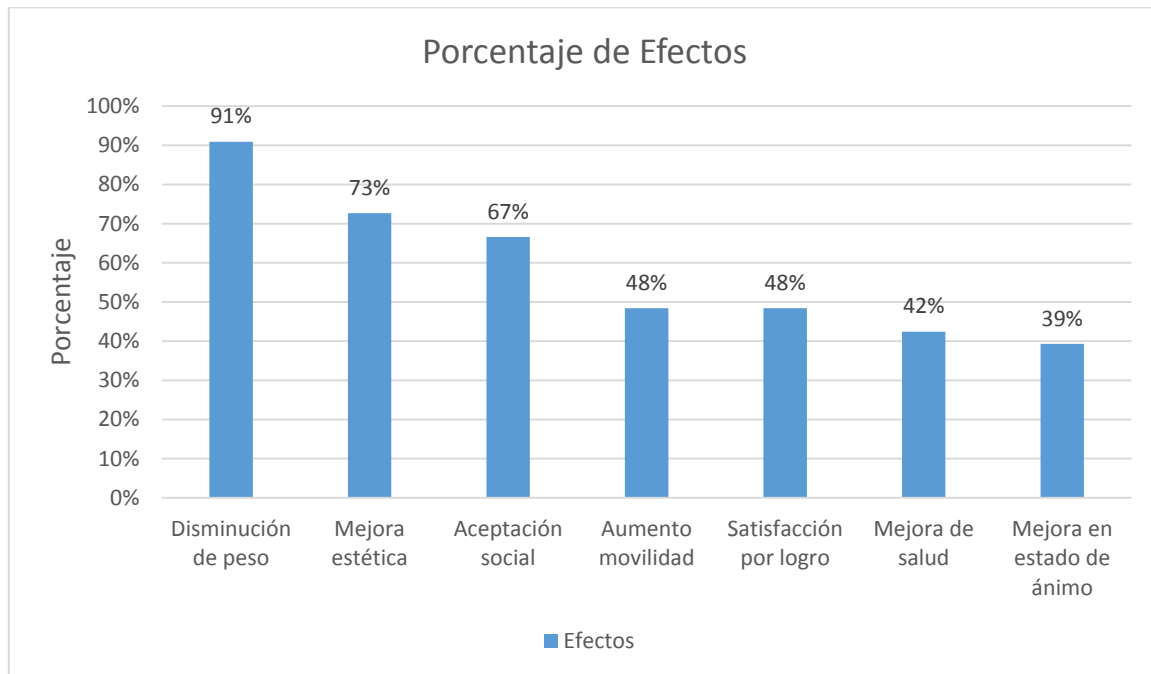
En la figura 8 se muestran las tendencias (costumbres, hábitos y formas de conducta) que los participantes consideran que poseen y que influyeron para bajar y mantener su peso. El 39% de los participantes indicó que son disciplinados. Mientras que 15% participantes comentó que el ser vanidoso fue importante para bajar de peso.

Figura 9. Porcentaje de Competencias que los participantes poseen



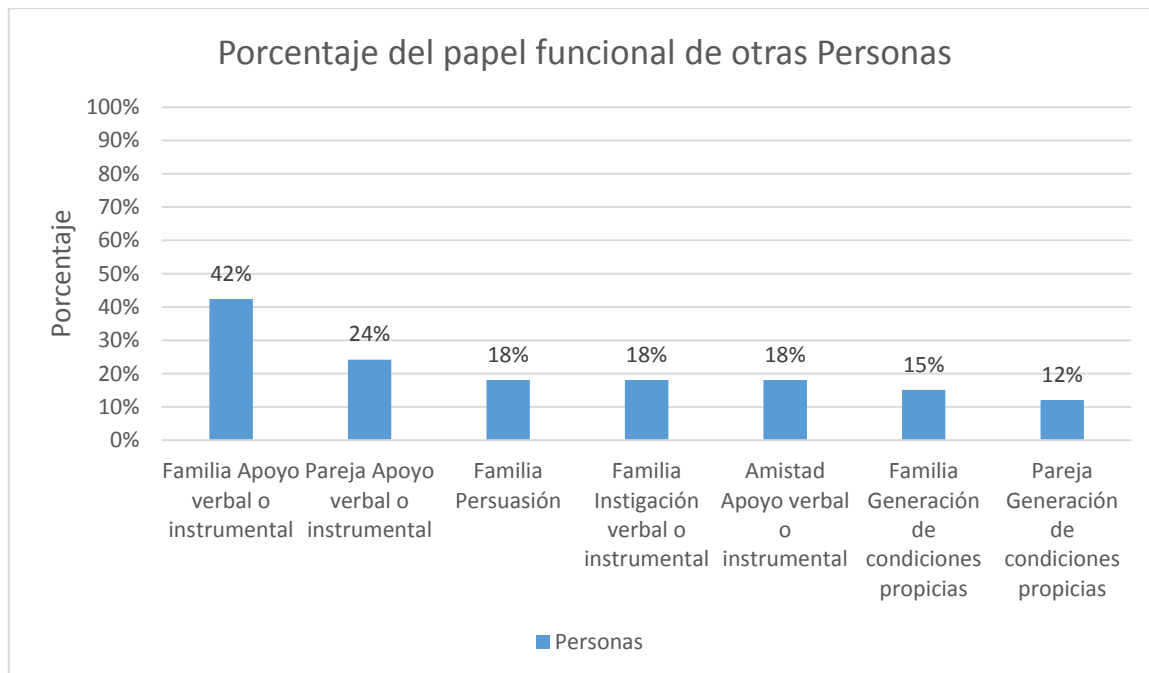
En el caso de las competencias (entendidas como el conjunto de habilidades que posee un individuo para desempeñarse con éxito en situaciones que demandan logro), en la figura 9 se reportan los siguientes datos: 90% de los participantes indicó que tiene competencias de autorregulación, el 55% se consideró personas organizadas y que eso les permitió seguir la dieta o las rutinas de ejercicio que se les indicó. La tercera competencia que se reportó fue la de aprendizaje (investigar y aprender nuevas dietas, rutinas de ejercicio, etc.), con el 30% del total de la muestra y, por último, competencias sociales con 15% de los participantes.

Figura 10. Porcentaje de Efectos que los participantes presentaron después de seguir alguna estrategia para bajar de peso.



Dentro de los principales efectos que reportaron los participantes, en la figura 10 se observa, en primer lugar, la disminución de peso, en donde la mayor parte de los participantes (91%) presentó este efecto. En segundo lugar, 73% de la muestra refirió haber tenido una mejora en su percepción estética después de bajar de peso. En el tercer lugar se encuentra la aceptación social con el 67% de los participantes. Dentro de los efectos que los participantes indicaron como importantes con menor frecuencia, se encuentran la satisfacción por el logro de haber bajado de peso, con el 48%, la mejora de la salud con el 42% de la muestra y en último lugar, la mejora en el estado de ánimo con un porcentaje del 39%.

Figura 11. Papel funcional de otras personas en el participante



Para el papel funcional de las personas sobre el participante, resultó relevante el apoyo verbal o instrumental por parte de los familiares del 42% de ellos, mientras que el apoyo verbal o instrumental de las parejas de los participantes, ocupó el segundo lugar con una frecuencia de 24%. Tanto la persuasión, como la instigación verbal e instrumental de la familia y el apoyo verbal o instrumental de las amistades del participante ocuparon el tercer lugar con un porcentaje del 18%.

Discusión

Partiendo de los resultados anteriores y tomando en cuenta que el objetivo del presente estudio fue explorar todos aquellos elementos que constituyen la o las competencias para reducir peso e IMC y mantener el logro, se encontraron varios puntos importantes para la muestra estudiada. En primer lugar, los resultados indican que las principales morfologías que realizaron los participantes para bajar de peso fueron empezar a comer alimentos saludables, realizar ejercicio y disminuir las raciones de comida que ingerían. En cuanto al tipo de ayuda que buscaron los participantes, se encontró que la mitad de ellos buscó asesoría profesional, un 15% buscó asesoría no profesional y el 12% utilizó remedios naturales para disminuir su peso. En los acontecimientos, algunos participantes refirieron haber presentado cambios en el ámbito familiar (fallecimiento de algún familiar, cambio de casa, etc.) y en el ámbito de la pareja (nueva pareja, separación o divorcio, etc.). Por otra parte, se encontró que las propensiones que más influyeron para que los participantes bajaran de peso fueron la tristeza, la frustración y el enojo respecto al peso. Otro de los resultados a destacar es el de las competencias, en donde la mayor parte de los participantes indicaron que poseen habilidades de autorregulación y aprendizaje.

Por otro lado, se encontró que los principales motivos para bajar de peso en los participantes fueron: el riesgo de salud (temor a padecer alguna comorbilidad de la obesidad), mejorar la imagen estética y ser aceptado socialmente. En particular, el motivo de mejorar la imagen estética, coincide con la investigación realizada por Jiménez, Maldonado, Flores y Déciga (2012) quienes exploraron los motivos para bajar de peso en 10 pacientes (2 hombres y 8 mujeres) con IMC de obesidad incluidos en un programa de reducción de peso en el Centro Médico Nacional la Raza. En los resultados encontraron que mejorar la imagen corporal resultó ser un objetivo a corto y largo plazo que tuvo un impacto importante en la motivación de los participantes, ya que era suficiente para mantener el interés en el programa aun cuando no hubiera una disminución de peso.

En segundo lugar, para el caso del papel funcional de otras personas (familia, pareja, amistades), en este estudio los participantes no reportaron como útil el apoyo verbal o instrumental de otras personas; sin embargo, hay estudios donde sí

lo reportan, como el realizado por Jaramillo, Espinosa y Espíndola (2012) quienes afirman que las personas con sobrepeso u obesidad que provienen de una familia disfuncional tienen un riesgo hasta 4 veces mayor de no disminuir el peso, debido a que un ambiente familiar disfuncional puede condicionar mayor ingestión de alimentos o impedir que el individuo obeso se comprometa a llevar un tratamiento adecuado, por lo que sugieren que, además de darse apoyo dietético y prescribir actividad física, es necesario también impartir terapia psicológica familiar.

En tercer lugar, a pesar de que es casi nula la literatura que aborde este tema en específico, la investigación realizada por Cabello y Ávila (2009) con el objetivo de identificar las estrategias psicológicas utilizadas como variables de éxito en personas que lograron bajar de peso a través de un enfoque fenomenológico y una metodología cualitativa, encontraron cosas interesantes como que un cambio total de actitud, la toma de conciencia de los alimentos que consumen los participantes y decisiones firmes necesarias para no repetir conductas son factores importantes para conservar el peso; sin embargo, estos resultados caen en explicaciones causales, reduccionistas y dualistas, en donde se le da un peso mayor a la conciencia, y a los cambios de “estructuras mentales” como el único factor que produce el cambio de comportamiento en los participantes. Por lo que el uso de categorías mentalistas en los resultados descritos en la investigación dificulta su análisis a través de las categorías que utilizamos desde nuestra aproximación (interconductual).

En cuarto lugar, los datos obtenidos en esta primera aproximación son relevantes debido a que su utilización desde la psicología de la salud aportaría información útil para modificar las conductas de riesgo en las personas que padecen sobrepeso u obesidad, que de acuerdo con Ribes (1990) no sólo están reguladas por los efectos que producen sobre la salud del individuo sino también por los factores situacionales que las hacen más o menos probables. Por lo que en la práctica clínica representaría una guía para orientar a psicólogos en la elaboración de programas de intervención, en conjunto con otros profesionales de la salud, para desarrollar habilidades en la disminución y mantenimiento de peso en personas que padezcan sobrepeso u obesidad y que hayan fracasado en su intento de bajar de

peso o bien estén por iniciar su tratamiento, lo que incrementaría la adherencia a los planes preventivos o de intervención para esta enfermedad.

A pesar de los resultados encontrados es difícil llegar a conclusiones contundentes debido a las limitaciones metodológicas del estudio aquí presentado; el tamaño de la muestra, el tipo de muestra que se utilizó; sin embargo, esto permitió realizar una primera aproximación desde esta perspectiva, para describir e identificar los factores psicológicos asociados en la disminución y mantenimiento de peso en personas obesas para posteriormente seguir estudiando el tema con mayor profundidad. Algunas propuestas de investigación son las siguientes: Realizar investigaciones correlacionales con muestras más grandes con el objetivo de que se tenga más claro el papel que juega cada elemento en el proceso de bajar de peso. La elaboración de instrumentos e investigaciones específicas que planteen guías de intervención y estrategias de adherencia al tratamiento.

Para finalizar, se destacan las ventajas de estudiar el proceso de disminución y mantenimiento de peso desde una perspectiva interconductual. En primera instancia se enfatiza la posibilidad de conservar una postura científica que permita superar los errores categoriales que han afectado a la psicología y que ocasionan fallas teóricas y metodológicas que impiden su establecimiento como disciplina científica. En segunda instancia, la investigación aquí presentada, parte de un cuerpo teórico bien fundamentado que, desde una aproximación naturalista, permite explicar el proceso de disminución y mantenimiento de peso sin la necesidad de recurrir a eventos o definiciones mentalistas o mecanico-causalistas para explicar este fenómeno, sino a ciertos aspectos o elementos de la propia interacción que son interdependientes entre sí y que en cada caso van a tener una importancia diferente. De igual manera, desde esta perspectiva se concibe al individuo desde el conjunto de prácticas culturales que lo conforman, entendiendo que lo socialmente esperado cambia de acuerdo con la cultura o al grupo social de referencia al que pertenece la persona y precisamente ese “deber ser” en ocasiones tiene influencia sobre la percepción que tienen las personas acerca de los alimentos altos en grasas y su ingesta, que terminan propiciando el desarrollo de sobrepeso y obesidad.

Investigaciones desde esta perspectiva permitirían el desarrollo de la psicología tanto en un nivel básico como aplicado, en el caso de las personas que han disminuido su peso, el conocer los factores psicológicos asociados a la disminución a este proceso, facilitaría la creación de nuevas tecnologías para desarrollar programas de prevención, planeación y tratamiento con el objetivo de incrementar la adherencia al tratamiento en personas obesas y así contribuir a la mejora de su salud.

REFERENCIAS

- Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. Programa de Acción en el Contexto Escolar. (2010). *Secretaría de Salud*. Recuperado el día 24 de enero del 2019. Disponible en: <http://activate.gob.mx/Documentos/ACUERDO%20NACIONAL%20POR%20LA%20SALUD%20ALIMENTARIA.pdf>
- Álvarez, L., Goes, J. y Carreño, C. (2012). Factores sociales y económicos asociados a la obesidad: los efectos de la inequidad y de la pobreza. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. Vol. 11: (23), 98-110. Recuperado el día 31 de agosto del 2019. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/545/54525297007.pdf>
- Amigo, I. (2012). Cap. 1 La psicología de la salud. En *Manual de psicología de la salud*. (pp. 21-29). Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Bandura, A. (1997). *Self efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Barquera, S., Campos, I., Hernández, L, Pedroza, A. & Rivera, J. (2013). Prevalencia de obesidad en adultos mexicano, 2000-2012. *Salud Pública de México*. Vol. 55: (2), 151-160. Recuperado el día 7 de enero del 2019. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800012
- Bersh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista colombiana de psiquiatría*. Vol. 35: (4), 537-546. Recuperado el día 1 de diciembre del 2018. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80635407.pdf>
- Bravo del Toro, A., Espinosa, T., Mancilla, L. y Tello, M. (2011). Rasgos de personalidad en pacientes con obesidad. *Enseñanza e investigación en psicología*. Vol. 16: (1), 115-123. Recuperado el día 18 de septiembre del 2019. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/292/29215963010.pdf>

- Cabello, M. y Ávila, M. (2009). Estrategias psicológicas presentadas en individuos que fueron obesos y han logrado bajar y mantener su peso desde la perspectiva de los mismo actores. *Iberóforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*. Vol. 4: (8), 92-104. Recuperado el día 24 de enero del 2019. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2110/211014822003.pdf>
- Cabello, M. y Zúñiga, G. (2007). Aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad: un análisis fenomenológico. *Ciencia UANL*. Vol. 10: (2), 183-188. Recuperado el día 08 de agosto del 2019. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/1770/1/OBESIDAD.pdf>
- Cabrera, A. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. Vol. 18: (2), 129-138- Recuperado el día 06 de octubre del 2019. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/997>
- Cabrera, G., Tascón, J. y Lucumí, D. (2001). Creencias en salud: historia, constructos y aportes al modelo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. Vol. 19: (1), 91-101- Recuperado el día 29 de septiembre del 2019. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/120/12019107.pdf>
- Canizales, S. (2008). Aspectos genéticos de la obesidad humana. *Revista de Endocrinología y Nutrición*. Vol. 16: (1), 9-15. Recuperado el día 5 de junio del 2018. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2008/er081c.pdf>
- Chacín, M., Rojas, J., Pineda, C., Rodríguez, D., Núñez, M., Márquez, M., Nilka, L., Añez, R., Toledo, A., Bermúdez, V. (2011). Predisposición humana a la Obesidad, Síndrome Metabólico y Diabetes: El genotipo ahorrador y la incorporación de los diabetogenes al genoma humano desde la Antropología Biológica. *Diabetes Internacional*. Vol. 3: (2), 1-14. Recuperado el día 25 de agosto del 2019. Disponible en: <https://biblat.unam.mx/hevila/Diabetesinternacional/2011/vol3/no2/2.pdf>

- Dávila, J., González, J. y Barrera, A. (2015). Panorama de la obesidad en México. *Revista Mexicana del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Vol. 53: (2), 241-249. Recuperado el 28 de noviembre del 2018. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4577/457744936020.pdf>
- Díaz, E., Rodríguez, F., y Monteón, I. (2008). Causas y consecuencias de la obesidad. En: *Síndrome metabólico y obesidad*. (121-133). México: Editorial Alfil. Recuperado el 8 de diciembre del 2018. Disponible en: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/initiesp/reader.action?docID=3204500&query=obesidad+>
- Del Campo, J., González, L. y Gámez, A. (2015). Relación entre el índice de masa corporal, el porcentaje de grasa y la circunferencia de cintura en universitarios. *Investigación y Ciencia*, 23 (65), 26-32. Recuperado el día 20 de febrero del 2019. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/674/67443217004.pdf>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2016). *Instituto Nacional de Salud Pública*. Recuperado el día 28 de noviembre del 2018. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/ObesidadAdultos.pdf>
- Fischbein, M. y Ajzen, I. (1980). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. New York: Taylor & Francis Group.
- García, J. (2014). *Desarrollo de descriptivos de puestos por competencias*. Tesis de maestría. Universidad Nacional Autónoma de México.
- González, M. y Lugli, Z. (2012). Control personal de conducta y adhesión terapéutica en Balón Intragástrico Bioenterics. *Revista de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología*. Vol. 66: (4), 250-259. Recuperado el día 6 de octubre del 2019. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/283123765_Control_personal_de_la_conducta_y_adhesion_terapeutica_en_Balon_Intragastrico_BioEnterics

- Grau, J. y Hernández, E. (2005). Psicología de salud: aspectos históricos y conceptuales. En *Psicología de la salud: fundamentos y aplicaciones*. (pp. 33-84). Guadalajara, México: Centro Universitario en Ciencias de la Salud.
- Guevara, C. (2006). Análisis interconductual de algunos elementos que constituyen la enseñanza básica. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*. Vol. 11: (30), 1037-1064. Recuperado el día 14 de julio del 2019. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/140/14003015.pdf>
- Guzmán, R., Del Castillo, A. y García, M. (2010). Factores psicosociales asociados al paciente con obesidad. *Instituto de ciencias de la salud*, 201-218. Recuperado el día 24 de agosto del 2019. Disponible en: https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/icsa/LI_EvaluInter/Meli_Garcia/8.pdf
- Hernández, S., Hernández, R. y Moreno, S. (2015). El papel de la autoeficacia percibida y la planificación en la adherencia al tratamiento médico-nutricional de la obesidad en adultos mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*. Vol. 32: (1), 37-47. Recuperado el día 6 de octubre del 2019. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243045363005.pdf>
- Ibáñez, C. (2006). Diseño curricular basado en competencias profesionales: una propuesta desde la psicología interconductual. *Revista de Educación y Desarrollo*. Vol. 6: (2), 45-54- Recuperado el día 14 de julio del 2019. Disponible en: http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/6/006_Bernal.pdf
- Jaramillo, R., Espinosa, I. y Espíndola, I. (2012). Disminución de peso y funcionalidad familiar en sujetos con obesidad o sobrepeso. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Vol. 50: (5), 487-492. Recuperado el día 5 de julio del 2020. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745497007.pdf>
- Jiménez, J., Maldonado, M., Flores, L. y Déciga, E. (2012). Motivos para bajar de peso ¿Por qué asistir a un programa de apoyo? *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Vol. 50: (4), 407-412. Recuperado el día 9 de

- agosto del 2020. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745496012.pdf>
- Kantor, J. y Smith, N. (2016). Cap. 4 Historia Interconductual. En *La ciencia de la psicología. Un estudio interconductual.* (pp. 63-75). Guadalajara, México: Ediciones de la noche.
- Kilos de Más, Pesos de Menos: Los Costos de la Obesidad en México. (2015) *Instituto Mexicano de la Competitividad.* Recuperado el día 19 de mayo del 2019. Disponible en: http://imco.org.mx/wp-content/uploads/2015/01/20150127_ObesidadEnMexico_DocumentoCompleto.pdf
- Kweitel, S. (2007). IMC: Herramienta poco útil para determinar el peso útil de un deportista. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. Vol. 7: (28), 274-289.* Recuperado el día 1 de mayo del 2019. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/html/542/54222957001/index.html>
- León, R., Jiménez, B., López, A. y Barrera, K. (2013). Ideas sobre las causas de la obesidad en estudiantes universitarios mexicanos y españoles. *Enseñanza e Investigación en Psicología. Vol. 18: (1), 95-110.* Recuperado el día 1 de junio del 2019. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/292/29228948007.pdf>
- Lewis, S., Thomas, S., Blood, R., Hyde, J., Castle, D. y Komesaroff, P. (2010). Do health beliefs and behaviors differ according to severity of obesity? A qualitative study of Australian adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health. Vol. 7: (2), 443-459.* Recuperado el día 29 de septiembre de 2019. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2872289/>
- Mancilla, J., Durán, A., Téllez, T. y López, V. (1992). Rasgos de personalidad comunes en obesos. *Salud Pública de México. Vol. 34: (5), 533-539.* Recuperado el día 19 de septiembre del 2019. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/service/redalyc/downloadPdf/106/10634508/1>

- Márquez, R. (2016). Obesidad: prevalencia y relación con el nivel educativo en España. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*. Vol. 36: (3), 191-188. Recuperado el día 31 de agosto del 2019. Disponible en: <https://revista.nutricion.org/PDF/marquezdiaz.pdf>
- Martos, G., Campos, M., Bueno, G., Bahillo, P., Bernal, S., Feliu, A., Lechuga, A., Palomo, E., Ruíz, R. & Vela, A. (2014) Las alteraciones metabólicas asociadas a la obesidad están ya presentes en los primeros años de vida: estudio colaborativo español. *Nutrición Hospitalaria*. Vol. 30: (4), 787-793. Recuperado el 5 de junio del 2019. Disponible en: <http://www.aulamedica.es/nh/pdf/7661.pdf>
- Martínez, M., García, I. y Estrada, B. (2016). Adherencia al tratamiento nutricional: Intervención basada en una entrevista motivacional y terapia breve centrada en soluciones. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*. Vol. 7: (1), 32-39. Recuperado el 5 de diciembre del 2018. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4257/425746132005.pdf>
- Martínez, C. y Navarro, G. (2013). Factores psicológicos, sociales y culturales del sobrepeso y la obesidad infantil juvenil en México. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*. Vol. 52: (1), 94-101. Recuperado el día 31 de agosto del 2019. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/ims141p.pdf>
- Matarazzo, J. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*- Vol. 35: (9), 807-817. Consultado el día 5 de octubre del 2019. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/1980-31050-001>
- Moreno, E. y Gil, J. (2003). El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración crítica y Propuesta alternativa: Hacia un análisis funcional las creencias en salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. Vol. 3: (1), 91-109. Recuperado el día 28 de septiembre del 2019. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/560/56030105.pdf>

- Muñoz, S., Vega, Z., Berra, E., Nava, C. y Gómez, G. (2015). Asociación entre estrés, afrontamiento, emociones e IMC en adolescentes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. Vol. 17: (1), 11-29. Recuperado el día 08 de agosto del 2019. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/802/80242935002.pdf>
- Miguel, P., Cruz, A., Marrero, M., Mosqueda, L. y Pérez, L. (2009). Clasificación de obesidad Monógena. *Correo Científico Médico de Holguín*. 1-14. Recuperado el día 25 de agosto del 2019. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/266548109_Clasificacion_de_obesidad_monogena_Monogenetic_Obesity_Classification
- Norma Oficial Mexicana, NOM. (2010). *Manejo integral de la obesidad*. Recuperado el 29 de noviembre del 2018. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010
- Núñez, H. (2007). Las creencias sobre obesidad de estudiantes de Iñia Educación General Básica. *Revista Educación*. Vol. 31: (1), 145-164. Recuperado el día 29 de septiembre de 2019. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44031110>
- Olivari, C. y Urra, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y enfermería*. Vol. 13: (1), 9-15. Recuperado el día 29 de septiembre del 2019. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3704/370441794002.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Obesidad y sobrepeso*. Nota descriptiva No. 311. Recuperado el día 28 de noviembre del 2018. Disponible en: <https://www.who.int/topics/obesity/es/>
- Peralta, J., Gómez, J., Estrada, B., Karam, R. y Cruz, M. (2014). Genética de la obesidad infantil. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Vol. 52: (1), 78-87. Recuperado el día 4 de junio del 2019. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4577/457745485014.pdf>

- Piña, J. y Rivera, B. (2006). Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su Qué y su Para Qué. *Universitas Psychologica*. Vol. 5: (3), 669-679. Recuperado el día 29 de noviembre del 2019. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a19.pdf>
- Pompa, E. y Meza, C. (2017). Ansiedad, estrés y obesidad en una muestra de adolescentes de México. *Universitas Psychologica*. Vol. 16: (3), 1-11. Recuperado el día 08 de agosto del 2019. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64752604018>
- Quintero, J., Alcántara, M., Banzo-Arguis, C., Martínez de Velasco, R., Barbudo, E., Silveria, B. y Pérez, J. (2016). Psicopatología en el paciente con obesidad. *Salud Mental*. Vol. 39: (3), 123-130. Recuperado el día 19 de septiembre del 2019. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/582/58246493004.pdf>
- Quiroga, M. (2017). Obesidad y genética. *Anales de la Facultad de Medicina*. Vol. 76: (2), 87-90. Recuperado el día 02 de junio del 2019. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37952105014>
- Porras, L., Díaz, R., Ruiz, A. y Vázquez, L. (2015). Inventario sobre el deseo de tener un hijo: Una aproximación desde la Teoría de Acción Razonada. *Enseñanza e investigación en psicología*. Vol. 20: (2), 140-150. Recuperado el día 6 de octubre del 2019. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/292/29242799004.pdf>
- Reyes, L. (2007). La Teoría de la Acción Razonada: Implicaciones para el estudio de las actitudes. *Investigación Educativa*. (7), 62-72. Recuperado el día 6 de octubre del 2019. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2358919>
- Reyna, W., Tapia, C., Ocampo, C. y Rodríguez, M. (2019). Comportamiento asociado a patología sin la presencia de enfermedad: Un estudio de caso. *Interacciones*. Vol. 5: (3). Recuperado el día 09 de enero del 2020. Disponible en: <http://ojs.revistainteracciones.com/index.php/ojs/article/view/198/html>

- Ribes, E. (1990). *Psicología y Salud: un análisis conceptual*. México: Trillas.
- Rivera, G., Bocanegra, A., Acosta, R., De la Garza, M. y Flores, G. (2007). Tratamiento de la obesidad; nuevas perspectivas. *Revista mexicana de ciencias farmacéuticas*. Vol. 38: (2), 48-56. Recuperado el 1 de diciembre del 2018. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/579/57938207.pdf>
- Rodríguez, M. L. (2018). *Análisis contingencial: un sistema psicológico interconductual para el campo aplicado*. (12.^a ed.). México: FES Iztacala-UNAM.
- Rodríguez, M. y García, J. (2011). El modelo psicológico de la salud y la diabetes. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*. Vol. 14 (2), 1-13. Recuperado el día 24 de octubre del 2019. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=45087>
- Rodríguez, M., Rentería, A., Rodríguez, N, García, J. y Guerrero, M. (2016). Adherencia a la dieta en una persona con diabetes: un estudio de caso. *Revista latinoamericana de Medicina Conductual*. Vol. 6: (1). Recuperado el día 16 de julio del 2019. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/58062/51381>
- Rodríguez, M. L. (2003). La inserción del psicólogo en el campo aplicado. *Psicología y ciencia*. Vol. 5: (1), 11-19. Recuperado el día 13 de julio del 2019. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/314/31411284002.pdf>
- Rodríguez, M. L. y Posadas, A. (2007). Competencias laborales: algunas propuestas. *Enseñanza e investigación en psicología*. Vol. 12: (1), 93-112. Recuperado el día 12 de julio del 2019. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/292/29212107.pdf>
- Sámano, L. (2011). Abandono del tratamiento dietético en pacientes diagnosticados con obesidad en un consultorio privado de nutrición. *Nutrición Clínica y Dieta Hospitalaria*. Vol. 31: (1), 15-19. Recuperado el 2 de diciembre del 2018. Disponible en:

[http://www.nutricion.org/publicaciones/revista_2011_1/abandono tratamiento.pdf](http://www.nutricion.org/publicaciones/revista_2011_1/abandono_tratamiento.pdf)