



UNAM IZTACALA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“Confiabilización de un instrumento para evaluar disposiciones que interfieren con la dieta del diabético”

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

Adriana Orozco Ríos

Directora: Dra. María de Lourdes Rodríguez Campuzano

Dictaminadores: Mtra. Antonia Rentería Rodríguez

Dr. Carlos Narciso Nava Quiroz



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la vida...

A mi madre Fidelia Ríos, por tu amor, tu dedicación, tu ejemplo, tu confianza, tu compañía, tu congruencia, tus sabias palabras, tu aliento, tus apapachos cuando más los necesité y sobre todo, por enseñarme a luchar y trabajar por lo que quiero.

A mi padre Fidel Orozco, por tu trabajo, tu paciencia, tu entrega, tu confianza, tu apoyo y porque el cansancio nunca te ha detenido, por enseñarme que aunque la vida se complique se tiene que ir siempre hacia adelante.

A mi hermano Elvis Noel por tu apoyo y amor incondicional, tu tiempo, tus palabras, tus abrazos infinitos, por estar ahí para sostenerme cuando lo necesité.

A mi hermano Julio César, por tu ejemplo, tu ánimo, tu preocupación y por enseñarme que al destino siempre hay que ofrecerle una cálida sonrisa.

A mi cuñada Angela Bermejo, por toda tu confianza, tus palabras de aliento, por estar siempre cerca, tu interés, por todas las pláticas y tu buena vibra siempre.

A mi sobrina Karen, por tus risas que vibran en mi corazón. Nunca te detengas, en esta vida todo se puede. Tu vida Universitaria está por comenzar. ¡Que Yo ni nadie te cuente, vívela!

A la Dra. María de Lourdes Rodríguez, por compartir tu tiempo, tu saber, por tu paciencia, tu ejemplo, tu apoyo, tu confianza y la oportunidad para estar en este proyecto.

A todos los involucrados en el proyecto, maestros, grandes amigos y colegas que vibraron de lo lindo siempre, sin duda han hecho este viaje muy ameno.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, mi segunda casa.

Al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica. PAPIIT.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
1. DIABETES	2
1.1. Diabetes Mellitus Tipo 2	2
1.2. Variables que influyen en el desarrollo y evolución de la Diabetes Mellitus Tipo 2	4
2. PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DIABETES	9
2.1. Modelos Psicológicos desde los que se ha abordado la Diabetes	15
2.2. Variables Psicológicas que influyen en la adherencia al tratamiento	27
2.3. Estudios Psicológicos sobre Diabetes	37
3. MODELO PSICOLÓGICO DE LA SALUD BIOLÓGICA	54
3.1. Proceso Psicológico de la Salud	56
3.2. Resultantes	59
3.3. La Diabetes Mellitus Tipo 2 desde el Modelo Psicológico de la Salud	64
3.4. Competencias	66
3.5. Metodología de análisis: El Análisis contingencial	73
4. CONFIABILIZACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR DISPOSICIONES QUE INTERFIEREN CON LA DIETA DEL DIABÉTICO	79
DISCUSIÓN	87
CONCLUSIONES	89
BIBLIOGRAFÍA	93

INTRODUCCIÓN

La diabetes es una enfermedad crónico-degenerativa de suma importancia actualmente. La mala alimentación tiene un gran impacto en su desarrollo, por lo que la psicología de la salud ha considerado como variable de interés la *adherencia a la dieta*.

Con base en el Modelo Psicológico de la Salud Biológica (Ribes, 1990) se desarrolló un instrumento para evaluar la importancia atribuida por los pacientes a factores disposicionales situacionales (circunstancia social, objetos, lugar, conducta socialmente esperada, propensiones, inclinaciones y tendencias) en el rompimiento de la dieta. El presente estudio exploratorio tuvo como objetivo confiabilizar dicho instrumento. En un primer momento se dio el instrumento a tres expertos en la materia, quienes dictaminaron que los reactivos corresponden al constructor disposiciones, dándole así validez de constructo. Posteriormente se aplicó a una muestra intencional voluntaria de 100 participantes diabéticos de entre 34 y 82 años de edad, que iniciaban su participación en talleres para mejorar su adherencia a la dieta. Al inicio de estos talleres los investigadores explicaron los objetivos, solicitaron el consentimiento informado y les pidieron que contestaran el instrumento, que consta de 31 reactivos, que se responden en una escala tipo Likert que va de 'Nada Importante' a 'Muy importante'. Se obtuvo un Alpha de cronbach de .942, que indica una consistencia alta. Solamente se eliminaron dos reactivos.

En la literatura se encuentran investigaciones con respecto a la importancia de estados de ánimo o emociones en el seguimiento de la dieta, pero no hay estudios al respecto de otros factores disposicionales situacionales como: el lugar en que se come o la condición biológica bajo la cual se come, que podrían, de acuerdo al Modelo que sustenta este trabajo, estar jugando un papel importante en la adherencia a la dieta.

1. DIABETES

La diabetes es una enfermedad crónico-degenerativa que va deteriorando la salud y calidad de vida de quien la padece.

La diabetes con el paso del tiempo va discapacitando el cuerpo del enfermo, reflejándose en formas tan diferentes como la ceguera, el daño renal o las amputaciones de miembros, éstas al ser complicaciones agudas y crónicas provocan la constante hospitalización de los pacientes, implicando además un gran gasto económico tanto de las instituciones de salud pública como del enfermo.

Islas y Revilla (2004) mencionan que la diabetes mellitus está determinada genéticamente, siendo una enfermedad en la que el paciente tiene alteraciones metabólicas junto con una relativa o absoluta deficiencia de la secreción de insulina, aunque existen diferencias congénitas, ambientales e inmunológicas, tantas como pacientes, de modo que la diabetes no es sólo una enfermedad sino un síndrome que debe enfocarse de manera integral y multidisciplinaria.

La diabetes se puede clasificar dependiendo su etiología y patología en cuatro grupos. La tipo I y II son las más frecuentes, el tercer grupo está relacionado con la desnutrición como factor causal y el cuarto grupo se relaciona con síndromes genéticos “raros”. Sin embargo, el interés se vierte sobre la tipo II, ya que como se verá, es el síndrome más padecido en el mundo y en México la segunda causa de muerte.

1.1. Diabetes Mellitus Tipo 2

La diabetes mellitus tipo II se caracteriza por una secreción deficiente de insulina, ésta tiene la función de transportar glucosa a las células en el organismo para que ahí sea

metabolizada, utilizada y eliminada o aprovechada en el cuerpo en forma de energía. Si la insulina es deficiente, el cuerpo no metaboliza la glucosa, misma que se va almacenando en el cuerpo, principalmente en el torrente sanguíneo, causando trombosis, infartos y otros padecimientos, así como en el tejido adiposo propiciando la obesidad, ésta dificulta aún más el trabajo de la insulina, dado que el cuerpo en vez de utilizar la glucosa que se ingiere día con día, utiliza la grasa como fuente de energía (que no depende de la insulina para ser metabolizada), haciendo que el cuerpo se haga resistente a la insulina, lo que reduce de manera dramática la absorción de la glucosa en los tejidos causando una sobreproducción de glucosa en el hígado, manteniendo así la hiperglucemia de los diabéticos.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en 2010, reportó que la diabetes mellitus fue la principal causa de muertes en México con un 56.2% de defunciones registradas en 2007, destacándose las complicaciones renales y cardiovasculares, además las mujeres son la población con más defunciones registradas, por encima de cuatro puntos porcentuales en comparación con los varones, dando así un aumento anual del 4.3 % de defunciones por diabetes mellitus.

Aguilar, Gómez y Gómez (2011) mencionan que a nivel mundial, en 2010 México ocupó la décima posición entre los países con mayor número de diabéticos pues el 14.4% de la población la padece, es decir, cerca de 6.8 millones de personas, aunado a ello se estima que para 2030 el número de enfermos será de 11.9 millones. Además, mencionan que disminuye la expectativa de vida 8 años en promedio, es la principal causa de muerte y la más frecuente de hospitalización en adultos así como la primera causa de amputación no traumática y de insuficiencia renal crónica.

1.2. Variables que influyen en el desarrollo y evolución de la Diabetes Mellitus Tipo 2

Existen diversos factores que confluyen en el desarrollo de la enfermedad, a los que identificaremos como exógenos y endógenos, en el primer grupo podemos encontrar a todos aquellos factores que se encuentran externos al organismo, es decir, aquellos que influyen de manera “indirecta” ya que no por estar presentes en el entorno del organismo necesariamente van a causar la enfermedad, sino que únicamente hacen más probable que se desarrolle. En el segundo grupo, podemos identificar a los factores que están directamente relacionados con la condición del organismo de manera biológica, es decir, aquellos como la disposición genética y la edad.

Los estilos de vida como el sedentarismo y la mala alimentación son factores que incrementan el riesgo de desarrollar la diabetes. Lo que se menciona desde las disciplinas biomédicas, es que para el control y prevención de la diabetes mellitus es muy importante tener una buena alimentación, ejercitarse mínimo 30 minutos al día, además de seguir el tratamiento farmacológico cuando la enfermedad ya se desarrolló. Así pues, si se reduce el peso corporal a través de una dieta balanceada y adecuada al diabético y si se sigue el tratamiento farmacológico indicado, es posible que la resistencia a la insulina disminuya, propiciando que haya un mejor y mayor consumo de la glucosa que entra al organismo (Geoffrey, Pickup & William, 2002; Vázquez, Gómez & Fernández, 2006).

Lerman (1999) menciona que la diabetes puede aparecer desde edades muy tempranas, en México existe una prevalencia de 1 por cada 4 en sujetos mayores de 50 años. Epidemiológicamente la incidencia continuará en aumento por factores como la fuerte disposición genética de la población, debido al aumento en la migración del área rural a

centros urbanos, los cambios desfavorables de los hábitos alimenticios y la tendencia al sedentarismo.

Estrella (2009) menciona que está en las manos de cada ser humano el remedio a la enfermedad, si se tiene la “voluntad” para cambiar sus hábitos alimenticios e integrarse a un plan de actividad física; sin embargo, cabe preguntarse ¿por qué la diabetes sigue siendo una de las principales causas de muerte, si el médico prescribe medicamentos e indica que se debe realizar mínimo 30 minutos de actividad física al día, y el nutriólogo prescribe una dieta de acuerdo a las necesidades de cada enfermo? El trabajo del psicólogo va encaminado a que el paciente logre llevar acabo dichas prescripciones, impulsando y enseñando a los pacientes cómo enfrentar y hacer los cambios necesarios para tener un estilo de vida mejor. Diversos estudios sugieren la necesidad de contemplar aspectos psicosociales en la promoción de la salud y estrategias educativas. Ovalle (En Lerman, 1999) menciona que es necesario vislumbrar a la educación como base primordial de cualquier tratamiento, sobretodo en el control, refiriéndose a la vigilancia del tratamiento con insulina, medicamentos, ejercicio y la dieta. El paciente debe tener el conocimiento, y por ende educación para controlar bajo todas las circunstancias y situaciones su salud y bienestar como enfermo crónico. Para lo cual es necesario erradicar la falta de información tanto en el enfermo, como en sus familiares y en la población en general; sin embargo, la información por sí misma no es suficiente, es necesario accionarla modificando la conducta y recurrentemente el estilo de vida del diabético, teniendo en cuenta los diversos factores involucrados en el proceso.

Al respecto, los profesionales inmersos en el ámbito de la salud han intentado abordar la problemática desde diversos puntos de vista, principalmente han enfocado su

atención en factores muy específicos que intervienen en el proceso de la enfermedad. Algunos estudios médicos, por ejemplo, muestran que la información no es suficiente para que el diabético se cuide como debe, ni que la difusión de la misma sea suficiente para mitigar la enfermedad que se esparce como plaga.

Cerda, Rojas, Dávila, González, Cortés y Leal (2002) realizaron un estudio a 93 pacientes con diabetes mellitus tipo II a los que se hizo una evaluación física de control metabólico mediante la prueba de hemoglobina glucosilada. Se tomaron en cuenta factores adicionales que se relacionan con la enfermedad como edad, sexo, tiempo de ser diabético, historial reciente de polidipsia, poliuria y/o polifagia, peso, estatura, e índice de masa corporal. Para evaluar el nivel de control metabólico se usaron los criterios de la Asociación Americana de Diabetes, que indica que los niveles deben ser por debajo del 7%.

El 53% de la población indica que el tratamiento para el control de su enfermedad es una dieta y la ingesta de hipoglucemiantes (medicamentos). El 19% dieta, hipoglucemiantes e insulina. El 11% sólo insulina. El 6% sólo dieta o hipoglucemiantes orales y sólo un 2% no estaba bajo ningún tratamiento. Los resultados arrojados en la hemoglobina glucosilada muestran que el 63% de la población tiene un nivel del 13%, muy por encima del criterio indicado por la Asociación Americana de Diabetes. Resaltando el hecho de que a pesar de estar bajo un tratamiento completo, los pacientes siguen teniendo niveles de glucosa altos, los autores pues, indican que es necesario establecer programas de información y educación para los diabéticos con la finalidad de que puedan controlar eficientemente sus niveles de glucosa a través de los tratamientos e indicaciones que se les dan, haciendo evidente que la información no es suficiente en el control, de manera que es necesario realizar un trabajo multidisciplinario. El trabajo desde la psicología está enfocado

a que precisamente los pacientes puedan implementar adecuada y eficientemente las indicaciones de su médico.

Por su parte, Briones y Cantú (2004) consideran que la alimentación es la base para el control de dos variables importantes en el desarrollo de la enfermedad. Primero del peso que como se mencionó anteriormente, juega un papel importante en el desarrollo de la enfermedad y en las complicaciones de la misma, y segundo, a través del control de lo que ingerimos es posible controlar los niveles de glucosa en la sangre. Los autores mencionan que la cantidad y calidad de los alimentos de alto valor energético pueden desencadenar excesos de grasa visceral, siendo la obesidad un factor de riesgo en el desarrollo de complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2, misma que tiene una evolución condicionada por los hábitos alimentarios. Mencionan pues, que la dieta es parte fundamental en el tratamiento médico, el seguimiento de ésta es indispensable para alcanzar un buen control metabólico, además de que si no es llevada a cabo, el tratamiento farmacológico prácticamente sería ineficaz.

Estos autores realizaron una investigación sobre el estado nutricional de 34 pacientes diabéticos, de los cuales 38% padecía también hipertensión arterial. A través de una valoración y encuesta nutricional se obtuvieron datos sobre la alimentación de los pacientes, el 76% de ellos tiene un plan alimenticio modificado. Además se evaluaron factores como la actitud hacia la comida, el 67% indicó comer con apetito; sin embargo, el 58% indica que no les gusta la alimentación que deben seguir. Lo interesante es que el 68% de los pacientes, a pesar de tener un plan alimenticio y un tratamiento indicado, presentó obesidad, lo que indica que el tratamiento no ha sido llevado a cabo de manera adecuada. Los autores concluyen que la simple entrega de información no es suficiente, es necesario

implementar programas en los que se eduque a la gente con la finalidad de que puedan adherirse a su tratamiento de manera adecuada.

En el campo de la salud confluyen diversos profesionales enfocados en factores específicos o especializados, lo que propicia que el abordaje y tratamiento de las enfermedades crónicas -que son multifactoriales- frecuentemente sea segmentado y, por ende, no sea adecuado porque es necesario que el abordaje sea integral, de tal modo que el trabajo en el campo de la salud debe ser de carácter multidisciplinario.

Así pues, el trabajo del psicólogo, aunque enfocado de manera primordial en el entrenamiento del paciente en modificación e instauración de conductas y/o hábitos que le permitan llevar a cabo de manera eficaz el tratamiento prescrito para el control de su enfermedad, debe plantearse dentro de estrategias multidisciplinarias.

2.- PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DIABETES

El trabajo del psicólogo ha ido evolucionando y aportando conocimientos en el área de la salud, después de la Segunda Guerra Mundial y conforme se fue consolidando el campo de psicología clínica y la salud mental, se fueron percatando de que muchas veces los problemas mentales tenían repercusiones a nivel biológico.

Becoña, Vázquez y Oblitas (2000) mencionan tres importantes hechos que contribuyeron al establecimiento de la psicología en el área de la salud: 1) el cambio en la prevalencia de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas; 2) el costo elevado de los cuidados de salud y 3) un mayor énfasis en elevar la calidad de vida de las personas. Consideran que la psicología es una aproximación teórica y clínica que va más allá del modelo médico tradicional que entiende la salud como algo que hay que conservar o curar cuando se ve amenazada por algo específico.

Por su parte, Orozco (s/d) menciona que la psicología médica, la medicina psicosomática y la medicina conductual constituyen los antecedentes principales de la Psicología de la Salud. Sostiene que la *psicología médica* se interesó por la situación psicológica del enfermo de modo que la atención se enfocaba a la *comprensión y modificación de las condiciones psicológicas del paciente*. Desde la *medicina psicosomática* se pretende *identificar factores mentales y de personalidad que influyen en el desarrollo de enfermedades*, considerando que existen aspectos no orgánicos que influyen y mantienen los procesos de la enfermedad. Orozco (op. cit.) menciona que la medicina conductual se podría considerar como el antecedente más próximo a la Psicología de la Salud. Comenta que fue en 1977, cuando un grupo de científicos sociales y de la salud consideraron que la medicina conductual debía ser un campo en el que se tenían que

integrar los saberes biomédicos y psicosociales para el diseño de propuestas que permitieran prevenir y tratar los procesos de salud-enfermedad. Fue desde el análisis experimental de la conducta, siguiendo los principios del condicionamiento clásico e instrumental que surgieron las principales aportaciones de la medicina conductual.

La psicología de la salud creció con rapidez en las décadas de los setentas y ochentas, Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall, y Sykes (2008) mencionan que se debió a la gran cantidad de enfermedades y la mortalidad que conllevaban, mismas que estaban determinadas por aspectos conductuales, de tal forma que se pudieron haber prevenido.

En ese sentido, los psicólogos inmersos en el campo de salud comenzaron a desarrollar intervenciones de corte conductual con base en los condicionamientos clásico y operante; sin embargo, la ampliación de perspectivas psicológicas fue generando más investigaciones e intervenciones abordando otros factores psicológicos no sólo conductuales, sino también cognitivos y sociales, considerando que dichos factores tienen también un fuerte impacto en el desarrollo de problemáticas de salud.

Ahora bien, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946 definió la *salud* como “el estado de completo bienestar físico, social y espiritual, no simplemente la ausencia de enfermedad” siendo ésta la definición mejor aceptada en el ámbito social y médico global. Sin embargo, Marks et. al. (op. cit.) Menciona que la OMS dejó implícitos factores importantes en el proceso de la salud, de la enfermedad y del cuidado que se tiene, proponiendo que se entienda como: “un estado de bienestar con atributos físicos, culturales, psicosociales, económicos y espirituales, y no simplemente como “la ausencia de enfermedad”, además de contemplar que dichos factores no son universales, sino que tienen particularidades determinadas por un contexto sociocultural, un espacio y un tiempo.

Al respecto, Becoña, Vázquez y Oblitas (2000), así como Flórez (2004) mencionan que fue en 1982 cuando Matarazzo definió el campo de la Psicología de la Salud como: “el conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la Psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas y el análisis y mejora del sistema sanitario y formación de políticas sanitarias” (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000 pp. 17)

Desde un enfoque conductual, podemos citar el trabajo de diversos autores como Oblitas (op. Cit.) quien señala que las enfermedades crónicas han sustituido a las enfermedades infecciosas como principales causas de muerte debido a comportamientos inadecuados a los que llama *patógenos conductuales* debido a que hacen más vulnerable a las personas para desarrollar la enfermedad. También menciona que existen conductas que reducen el riesgo de desarrollar enfermedades a las que llama *inmunógenos conductuales*. Aunado a ello, existen factores en el entorno que sin duda también ejercen una influencia sobre los procesos de salud-enfermedad de las personas. El autor considera que es necesario pues, hacer una intervención de prevención primaria en la que se busca evitar que se desarrolle la enfermedad lo que implica por un lado cambiar los hábitos negativos y por otro prevenir el desarrollo de dichos hábitos a través de programas en los que se desarrollen hábitos positivos. En la obra *Psicología de la Salud y enfermedades crónicas* Oblitas (2006) menciona que la psicología, como ciencia, busca identificar las variables que influyen en la conducta de las personas a nivel cognitivo, emocional y motor y que los avances han arrojado información detallada sobre el papel que desempeñan este tipo de variables en los estados de salud y enfermedad. Entre dichas variables menciona que los

pensamientos lógicos y racionales, las emociones relajantes, la autoeficacia, el apoyo psicosocial, la adecuada alimentación, el ejercicio físico, la calidad del sueño, el sentido del humor, entre otros aspectos influyen de forma significativa el bienestar, la salud y calidad de vida.

Es en esa área en la que el trabajo de los psicólogos juega un papel importante, Martín (2003) y Oblitas (2006) mencionan que desde la psicología se debe hacer el estudio de los factores psicológicos que intervienen en el proceso de salud-enfermedad en términos de evaluación, prevención e intervención. El objetivo del psicólogo debe ser promover y estimular las principales conductas relacionadas con los estilos de vida que constituyen comportamientos protectores de la salud tales como la práctica regular de ejercicios físicos, las prácticas nutricionales adecuadas, la reducción de consumo de sustancias tóxicas, las prácticas de seguridad y protección, prácticas adecuadas de higiene, participación en programas promocionales y preventivos, aprendizaje de recursos personales para minimizar la acción del estrés en el cuerpo, uso de servicios sanitarios de la comunidad, entre otros. Sin embargo, la decisión de las personas de comportarse de un modo saludable y el mantenimiento de estas conductas, está relacionada con múltiples factores donde se interrelaciona el contexto ambiental con variables personales.

Oblitas (op. cit.) concluye que el objetivo principal de la psicología de la salud es prevenir las enfermedades, mediante la modificación de patrones de comportamiento y estilos de vida que perjudican el estado de salud (por ejemplo, tabaquismo, dieta, alcoholismo, estrés, ejercicio físico, etcétera).

Para el 2002 Sebastián, Pelicioni y Chiattonne mencionan que la American Psychological Association (APA) considera que los objetivos principales del psicólogo en el campo de salud deben ser:

1. Identificar oportunamente a las personas en situación de riesgo, en términos psicológicos, comportamentales y socioculturales.
2. Desarrollar programas efectivos que promuevan conductas saludables, considerando las cuestiones ambientales en las que está inmerso el individuo.
3. Investigar, comprender e intervenir en factores que permitan una mejora en la calidad de vida de personas que padecen alguna enfermedad crónica.
4. Realizar estudios e intervenciones en el campo comunitario y de la salud pública.
5. Enfocar los problemas de salud desde una perspectiva global e integral.

Se ha puesto mucho interés en las enfermedades crónicas debido a que éstas hoy en día son las principales causas de muerte a nivel mundial y necesariamente deben ser abordadas de manera diferente a los estados mórbidos agudos causados por un patógeno específico. El modelo biomédico en este sentido ha resultado ineficaz debido al reduccionismo con el que aborda los fenómenos biológicos, en concreto las enfermedades, en tanto sostiene que son causadas por cambios en los procesos bioquímicos básicos y esta premisa no aplica para las enfermedades crónicas en las que no existe un factor que pueda ser atacado directamente para erradicar o controlar la enfermedad. Al respecto Oblitas (2000) cita a Engel quién en 1977 planteó un modelo alternativo al biomédico, el psicosocial, menciona que en el abordaje de las enfermedades crónicas es necesario contemplar del paciente, los factores psicológicos de éste así como el contexto social y

cultural en el que vive, ya que existe evidencia de que la salud se ve influenciada por las conductas, los pensamientos y las relaciones sociales.

Ahora bien, los estudios se han enfocado a las enfermedades crónicas debido al desarrollo exponencial de este tipo de enfermedades principalmente en países industrializados, además de que ocupan el primer lugar en las causas de muerte. La Organización Mundial de la Salud en 2011 publicó un informe sobre las 10 causas principales de muerte en países de diferentes ingresos económicos (clasificados en bajos, medios y altos) a nivel mundial. Señalan, de manera contundente, que tener información sobre las causas y el número de muertes por año permite determinar si las acciones de salud pública son adecuadas, mencionando que en un país donde las muertes por enfermedades cardiovasculares y la diabetes aumentan rápidamente en un período de pocos años debe haber un gran interés por iniciar programas que fomenten estilos de vida que ayuden a prevenir dichas enfermedades. Se señala de manera general que los malos hábitos de salud como la mala alimentación, la falta de ejercicio, el consumo de alcohol y de tabaco; entre otros, son los principales causantes de enfermedades crónicas, de enfermedades de tipo cardiovascular y de algunos tipos de cáncer. La OMS considera que el nivel de ingresos es una variable determinante para identificar el tipo de enfermedad que se desarrolla en un sector determinado debido, entre otras cosas, a que el nivel de ingresos está altamente correlacionado con los estilos de vida. En comparación a los países de bajos ingresos en los países de medios y altos ingresos los decesos por año son debidos a enfermedades de tipo crónicas. El desarrollo de éstas suele ser alarmante debido a que, como se mencionó anteriormente no existe un patógeno específico que las cause de modo que el estilo de vida es determinante en el proceso de salud-enfermedad. En la Tabla 1 se enlistan las 10

enfermedades que la OMS considera las principales causas de muerte a nivel mundial. Posiblemente, debido a que hoy en día encontramos que el desarrollo de los países está en función de la industrialización, la morbilidad y mortalidad de la población en mayor proporción son las enfermedades crónicas, debido a que los ritmos de vida acelerados y exigencias sociales son desgastantes, y estresantes, además de que existen factores como los agentes tóxicos en el ambiente, la mala alimentación y el poco tiempo que se dedica a la salud.

Mundo	Las muertes en millones	% De las muertes
La cardiopatía isquémica	7,25	12,8%
Enfermedad cerebrovascular accidente cerebrovascular y otros	6,15	10,8%
Infecciones respiratorias inferiores	3,46	6,1%
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3,28	5,8%
Las enfermedades diarreicas	2,46	4,3%
VIH / SIDA	1,78	3,1%
Tráquea, bronquios, pulmón	1,39	2,4%
Tuberculosis	1,34	2,4%
Diabetes mellitus	1,26	2,2%
Los accidentes de tráfico	1,21	2,1%

Tabla 1. En esta tabla se muestra el porcentaje de muertes causadas por diversas enfermedades a nivel mundial. En primer lugar se encuentra la cardiopatía isquémica con un 12.8% de muertes al año en el mundo, la enfermedad cerebrovascular con 10.8%. De entre los 10 lugares únicamente en el tercer y quinto lugar se encuentran enfermedades de tipo infecciosas, las respiratorias con un 6.1% y las diarreicas con 4.3%. Obtenido desde: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index.html>

2.1. Modelos Psicológicos desde los que se ha abordado la Diabetes

Fernández (1993) menciona que las enfermedades han evolucionado a la par de la sociedad, comenta que existen factores no biológicos que vuelven a las personas más propensas a

desarrollar enfermedades de tipo crónicas, ya que como menciona, hoy en día la gente no muere por enfermedades infecciosas. Sostiene que los japoneses padecen enfermedades diferentes a los norteamericanos, pero si un japonés fuera a vivir a Norteamérica, seguramente padecería las enfermedades de dicha sociedad. En ese sentido, menciona que el concepto de salud hace énfasis en la prevención de las enfermedades a través de la identificación de *factores de riesgo que se pueden modificar* disminuyendo así la probabilidad de desarrollar alguna enfermedad. Aunado a ello, Arce y Monge-Nájera (2009) concuerdan que las enfermedades agudas como migraña, gastritis, colitis, los niveles altos de colesterol, el peso excesivo, los niveles altos de glucosa, la hipertensión y las enfermedades crónicas como la diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer, obesidad, están relacionadas a dichos factores de riesgo, considerados como variables psicológicas susceptibles de cambio, que los pacientes practican de manera habitual en su vida como el consumo de tabaco, sedentarismo, estrés, sobrepeso, alcoholismo, dieta inadecuada, además de factores como la edad, el sexo y la herencia que también contribuyen a la pérdida de la salud y el desarrollo de las enfermedades. En el caso de la diabetes mellitus tipo 2, la obesidad es una de las causas de diversas complicaciones como la dislipidemia, la hipertensión, la cardiopatía coronaria y accidentes vasculares, así como el pie diabético ya que tienen menos probabilidad de solución si el paciente es obeso. Ahora bien, el problema vinculado con la obesidad es el incumplimiento de la dieta, ya que la dieta no solo influye en la disminución de la obesidad, sino que en pacientes diabéticos permite el control metabólico de la enfermedad. Así pues, se busca que a través de la intervención los pacientes puedan seguir una dieta adecuada, ya que es el medio más eficaz para controlar niveles de colesterol, glucosa, peso e hipertensión. Los autores señalan que el sistema de

salud ha mejorado la atención; sin embargo, no se ha logrado disminuir el porcentaje de mortalidad por enfermedades crónicas, argumentando que de los casos diagnosticados sólo un pequeño porcentaje se encuentra debidamente controlado y consideran que la intervención debe buscar otros enfoques, porque evidentemente los esfuerzos desde la perspectiva biomédica no han sido suficientes. Esto ha implicado que desde la psicología haya una ampliación de objetivos, conceptos, definiciones, modelos de intervención y campos de acción del psicólogo en el área de salud.

Ahora bien, como se ha venido comentando las enfermedades crónicas están asociadas a múltiples factores, por lo que uno de los aspectos que se ha considerado como variable psicológica de gran interés es lo que se llama *adherencia al tratamiento terapéutico*. En la adherencia es donde se contemplan distintos aspectos del comportamiento porque lo que resulta relevante es, justamente, todo lo que puede afectarla.

La Organización Mundial de la Salud (2004), considera que la adherencia es la magnitud con la que el paciente sigue las instrucciones médicas, principalmente:

- 1) Tomar el medicamento recetado apropiadamente.
- 2) Cumplir con las consultas de seguimiento.
- 3) Ejecutar las modificaciones en los comportamientos sobre la dieta y los estilos de vida.

Por su parte, Piña y Sánchez (2007) mencionan que los comportamientos de adhesión sirven como instrumento mediante el cual los pacientes afectan la funcionalidad de su comportamiento para producir efectos particulares en su estado biológico para controlar o evitar el avance de una enfermedad. Definen los comportamientos de adhesión como: "La frecuencia con la que el usuario de servicios de salud practica a lo largo de un

periodo variable y a partir de las competencias de que dispone, una diversidad de comportamientos que le permiten cumplir de modo eficiente con determinados criterios en estricta correspondencia con las instrucciones provistas por el equipo de salud" (Piña & Sánchez, 2007, pp. 401).

En ese sentido ha sido de gran interés desde diferentes teorías, la investigación de factores que describen los problemas en la adherencia al tratamiento y contemplando el panorama que ofrece la OMS respecto a las principales causas de muerte en el mundo, el trabajo de diversos psicólogos ha estado enfocado a desarrollar programas de intervención a nivel de prevención de la salud y tratamiento psicoterapéutico que fomenten la adherencia a los tratamientos de diversas enfermedades crónicas especialmente las de tipo cardíacas, cáncer, diabetes y obesidad, así como el manejo de factores vinculados a los comportamientos que dificultan la adherencia al tratamiento como el control del estrés y la ansiedad; todo ello con la finalidad de evitar el desarrollo de las enfermedades o evitar las complicaciones de las mismas.

Así pues, los profesionales en el área de la salud han enfocado sus esfuerzos desde diversas teorías y modelos psicológicos en el desarrollo de programas que promuevan estilos de vida saludables.

El enfoque *Psicoeducativo* es el que prevalece en las diversas Instituciones de salud pública, desde este modelo toda intervención implica proporcionar al paciente y a la familia información básica sobre la enfermedad que se padece, los síntomas básicos y lo que es debido hacer para su control. En las Instituciones de salud, las intervenciones consisten en la difusión continua de información sobre las enfermedades crónicas, principalmente la diabetes, la hipertensión y enfermedades cardíacas; y la relación que existe entre ellas y los

hábitos insalubres y los saludables, haciendo énfasis en los últimos, ya que si los llevan a cabo podrían prevenir la enfermedad o disminuir la probabilidad de desarrollar complicaciones. Generalmente se informa a los pacientes que deben llevar una dieta saludable y se les entrega información sobre los grupos alimenticios y las porciones que se deben consumir de manera muy general y en el tratamiento de la diabetes se limitan a informarle a los pacientes que deben dejar de consumir alimentos ricos en carbohidratos, siendo éstos los más consumidos en la dieta diaria, igualmente, se suele entregar información general sobre los perjuicios de fumar, beber y lo que implica no hacer ejercicio, sin embargo la simple entrega de información no garantiza que los cambios se lleven a cabo, además de que no se les ofrece información sobre qué y cómo hacerlo.

Por otro lado, Peyrot y Rubin (2007) mencionan que las principales intervenciones psicológicas en el abordaje de las enfermedades crónicas, entre ellas la diabetes mellitus tipo 2 son de tipo conductual y psicosocial, considerando que el enfoque dominante en la actualidad es el del *afrontamiento* mencionan que estas intervenciones están enfocadas al uso de estrategias, por un lado centradas en el problema referidas al auto-cuidado y por otro, centradas en las emociones, principalmente las negativas producidas por la enfermedad misma. Igualmente mencionan que existen intervenciones centradas en el paciente, considerando que éste debe practicar el auto-cuidado y tener una motivación interna para que el cambio se dé.

Por su parte, Robles y Moreno (2002) mencionan que son dos las teorías psicológicas que tratan de explicar la adopción de conductas saludables para prevenir las enfermedades crónicas y las complicaciones de éstas, la *teoría de conductual* y la *teoría cognitivo conductual*.

Los aportaciones desde un enfoque *conductual*, están basadas en el efecto de los comportamientos sobre el estado biológico del organismo, al respecto Martínez, Vega, Nava y Anguiano (2010) mencionan que coexiste una relación entre salud y conducta, puesto que la conducta puede ser alterada por la enfermedad y viceversa. Hablar de enfermedad y salud es hacer referencia a las relaciones funcionales que se establecen entre factores físicos, conductuales y ambientales, ya que cada factor se involucra en los diferentes problemas que yacen en la práctica médica.

Algunos estudios se han enfocado en la modificación de conductas principalmente alimenticias, ya que en general éstas juegan un papel importante en la mejora del funcionamiento del cuerpo, buscando además garantizar, por un lado el control del peso que juega un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de la diabetes mellitus tipo 2, y por otro controlar los niveles de glucosa a través de una alimentación saludable y adecuada a su condición como enfermos crónicos.

Al respecto, Fernández (1993) enlista una serie de acciones para eliminar los principales factores de riesgo para la salud como:

Dieta: disminuir el consumo de grasas, azúcares y sal. Aumentar el consumo de productos vegetales y de alto contenido de fibra.

Hábitos tóxicos: disminuir el consumo de alcohol y tabaco,

Estilos de vida: aumentar la actividad física y disminuir el sedentarismo, disminuir el estrés.

Conductas del paciente: practicar revisiones médicas periódicas, asegurándose de haber comprendido las indicaciones del médico así como el seguimiento de las mismas.

El autor argumenta que los cambios propuestos son *conductas* que practica la gente y que no están deslindadas de su voluntad y decisión, ya que normalmente se escoge qué incluir en una dieta o si se utiliza el ascensor o las escaleras, y aunque las enfermedades son biológicas dependen de las cosas que se hagan o no, sosteniendo que, en definitiva, mantener y mejorar la salud implica un papel activo de las personas evitando las conductas de riesgo e implementando conductas saludables o de prevención en el estilo de vida.

Además de los modelos basados en la teoría conductual, existen otros desde los que se ha abordado el tema de las enfermedades crónicas especialmente la diabetes, basados en la *teoría cognitivo-conductual*. Desde esta teoría se considera que el comportamiento está determinado por “variables o procesos internos” tales como expectativas, creencias, pensamientos y demás conceptos de orden mental que cada individuo se formula respecto a las consecuencias que obtendrá si se comporta de una u otra forma. Desde el enfoque cognitivo-conductual lo importante son los pensamientos y emociones que interactúan con las conductas, mismas que influyen en el desarrollo de enfermedades crónicas o trastornos como los de alimentación o la obesidad. López y Godoy (1994) sostienen que los pensamientos son procesos internos que rigen el actuar de la mente, funcionan a modo de arco-reflejos, esto es, son mediadores entre el ambiente y la conducta del individuo. En estas aproximaciones se parte de la premisa de que el pensar es la causa del comportamiento. Se basan en el concepto de representación, postulando que una persona no se relaciona directamente con los objetos, personas o circunstancias de su ambiente, sino con la representación que tiene de éstos. De ahí que se asuma que los pensamientos median la conducta de comer y centran su atención en identificar pensamientos específicos tales como: “Esta semana no he perdido peso es inútil, comiendo

mucho menos no veo resultados o no puedo controlarme cuando veo la comida o estoy aburrido, cansado, comeré y me sentiré mejor” (García, 2008, pp. 35).

Desde esta perspectiva, Arce y Monge-Nájera (2009) mencionan que se ha estudiado en gran medida la adherencia al tratamiento sobre todo los factores que interfieren en ésta, entre ellos menciona los relacionados con la frecuencia de la dosis de los medicamentos prescritos, las creencias sobre los procesos de salud-enfermedad, el nivel socioeconómico, estados emocionales como la depresión, la poca percepción de apoyo social, así como una pobre relación entre el paciente y el médico. Mencionan, además, que la adherencia no tiene como fin únicamente controlar la enfermedad en el presente, sino también el de brindar una mejor calidad de vida evitando que se presenten diversas complicaciones, con ello se refleja la necesidad de entrenar a los pacientes, enseñarlos a seguir las prescripciones médicas así como hacer modificaciones en sus estilos de vida. Esto aplica, en general, a diversas enfermedades de tipo crónico. Arce y Monge-Nájera (op. cit.) por ejemplo, mencionan que para la mejora y control de las enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes es necesario controlar la alimentación, disminuir el consumo de tabaco, evitar el alcohol y disminuir el consumo de sodio, así como controlar el estrés, hacer ejercicio y mantener un peso adecuado.

Un modelo cognitivo-conductual que ha permitido el abordaje de las enfermedades crónicas basándose en diversas variables que podrían dar una explicación a las conductas que favorecen el desarrollo de las enfermedades, es el *Modelo de Creencias de Salud*, cuyo principal postulado es que la conducta depende del valor que una persona atribuye a un objetivo determinado y la estimación que hace sobre la probabilidad de que al llevar cabo una acción determinada alcanzará el objetivo deseado (Ortego, López & Álvarez, 2010). El

modelo comprende las percepciones individuales, los factores modificadores y las variables que afectan la probabilidad de iniciar una acción. De manera específica Ortíz y Ortíz (2007), señalan que la adopción o mantenimiento de conductas para prevenir o controlar una enfermedad, dependerá de: a) el grado de motivación e información que se tenga sobre la propia salud, b) autopercepción de vulnerabilidad ante la enfermedad, c) percibir la condición actual como amenazante, d) estar convencido que la intervención será eficaz y e) percibir que llevar a cabo las conductas de salud no es difícil. Soto, Lacoste, Papenfuss y Gutiérrez (1997) mencionan que dicho modelo se basa en dos teorías psicológicas particulares, la conductual en donde el comportamiento puede ser reducido a relaciones de estímulo-respuesta y la cognitiva que manifiesta que el comportamiento es el resultado de procesos mentales en las que el sujeto otorga valor a las consecuencias de su acción. El modelo se basa en la valoración subjetiva que el sujeto hace de una determinada expectativa. El valor será el deseo de evitar la enfermedad mientras que la expectativa es la creencia de que una acción prevendrá o mejorará el proceso de enfermedad. Los autores señalan que las premisas del Modelo de Creencias de Salud son tres:

- 1) La creencia o percepción de que un problema es lo suficientemente grave para tenerlo en consideración,
- 2) La creencia o percepción de que uno es vulnerable a dicho problema y
- 3) La creencia o percepción de que la acción que se llevará a cabo producirá un beneficio.

La concurrencia pues de estos tres factores favorecerá la adopción de patrones de conducta que conservarán y/o mejorarán el estado de salud, además de evitar las conductas de riesgo, lo que implica que la percepción de cada sujeto es la que determinará el

comportamiento. McCord y Brandenburg (1995) informan que los diabéticos que toman en serio su enfermedad y perciben la gravedad de la misma, tienen más probabilidad de adherirse al tratamiento prescrito mientras que los pacientes que creen que la enfermedad no influirá en sus vidas tienen menor intención de seguir el tratamiento.

Así como el modelo de creencias de salud, otro modelo desde el que también se ha hecho el abordaje de la diabetes mellitus tipo 2 es el *Modelo de Autoeficacia*, Olivari y Urra (2007) hacen referencia a éste como un buen predictor de las conductas de salud. Dicho modelo se basa en la teoría social cognitiva introducida por Bandura (1982) en el que la motivación humana y la conducta están reguladas por el pensamiento y las expectativas que se tienen de la situación, el resultado y la autoeficacia percibida, es decir, las capacidades que una persona cree tener para desempeñar acciones que la lleven a obtener un resultado deseado. Desde esta teoría se dice que cualquier cambio de conducta está fundamentado en la creencia de que la persona misma puede alcanzar exitosamente la conducta deseada, a esta creencia en la habilidad o capacidad para alcanzar lo deseado se denomina *autoeficacia percibida*, ésta es esencial para la predicción de la conducta de adherencia, de manera que el paciente además de entender y conocer los comportamientos específicos que requiere el tratamiento y creer que la adopción de tal conducta disminuirá la probabilidad de enfermar o desarrollar complicaciones, debe creer y estar convencido que tiene la habilidad para llevar a cabo los cambios necesarios para adoptar dicha conducta. El modelo de autoeficacia ha sido aplicado a conductas diversas en el área de salud como el manejo de enfermedades crónicas, el uso de drogas, la actividad sexual, hábitos alimenticios, así como habilidades para recuperarse de problemas de salud o evitar complicaciones considerando que las personas con alta autoeficacia percibida tienen más probabilidad de iniciar cuidados

preventivos, buscar tratamientos y ser más optimistas en la eficacia de éstos. En las intervenciones con pacientes diabéticos se les informa que para enfrentar efectivamente las demandas conductuales del tratamiento se requiere un buen sentido de autoeficacia. Anderson (2000) indica que la autoeficacia es una variable que puede mejorar el control de la glicemia, que tiene una correlación positiva con las conductas deseables en el tratamiento para diabéticos y además informa que la autoeficacia puede incrementar la habilidad del paciente para guiar independientemente su tratamiento.

Por otro lado, en la *Teoría de la Acción Razonada* se atribuye un papel determinante a las conductas de salud a los factores cognitivos y motivacionales. Fishbein y Ajzen (1975) consideran que las creencias determinan las actitudes y las normas subjetivas y que de manera indirecta esto determina las intenciones y conductas. Desde la teoría se relacionan las creencias, actitudes, intenciones y conductas, señalando que la intención es el mejor predictor de las conductas de adherencia al tratamiento, y a su vez la actitud antecede a la intención para ejecutar la conducta así como diversos factores sociales. Ortego, López y Álvarez (2010) mencionan que desde esta teoría se apuesta a que se podría predecir con más exactitud el involucramiento de una persona en conductas saludables en función de la intención que tenga de realizarlas. Así pues, el trabajo con pacientes diabéticos se ha enfocado principalmente a identificar las creencias que tiene sobre el efecto de las conductas como seguir una dieta saludable y hacer ejercicio así como las creencias que el paciente genere a partir de lo que otros piensen sobre si debe o no llevar a cabo dicha conducta, a partir de dichas creencias el paciente generará una intención que a su vez se verá influida por componentes actitudinales y normativos.

Otro modelo que sustenta el trabajo e intervención de los psicólogos en el abordaje de las enfermedades crónicas es el *Modelo transteórico*, el cual se basa en 5 etapas de cambio que explican la adquisición de conductas saludables y a su vez la reducción de conductas de riesgo, mediante la evaluación de la disposición de una persona al cambio. Dichas etapas son: 1) Pre-contemplación en la que el individuo no tiene intención de cambiar sus conductas a corto plazo, 2) Contemplación en la que el individuo no se siente preparado para cambiar en el presente pero es posible que lo haga en los 6 meses siguientes, 3) Preparación en la que el individuo está considerando cambiar en el próximo mes, 4) Acción, etapa en la que el individuo ha logrado hacer un cambio aunque no está bien establecido, 5) Mantenimiento es la etapa en la que se ha cambiado la conducta y se ha establecido por más de 6 meses y se están llevando a cabo acciones para mantenerla. Así, por ejemplo es posible predecir que los pacientes en las etapas de acción y mantenimiento disminuirán su ingesta de alimentos desfavorables y aumenten su consumo de frutas y verduras, además de visitar regularmente a su médico y que en general disminuirán sus malos hábitos como el de fumar y beber alcohol.

Por último, desde el *Modelo de información-motivación-habilidades conductuales* se considera que la información, la motivación y las habilidades conductuales son necesarias para la adopción de estilos de vida saludables y la adherencia al tratamiento. Se demuestra que la información no es suficiente para alterar las conductas; sin embargo junto con la motivación se podría influir el cambio de las conductas por medio de las habilidades conductuales. El modelo supone que la información específica sobre las habilidades conductuales, la motivación, el sostén social, las habilidades para llevar a cabo las conductas, así como la confianza en la propia habilidad para superar diversas situaciones

son determinantes para el desempeño de las habilidades conductuales. Egede y Osborn (2010) postularon que la depresión debida a la disminución de motivación impide la búsqueda del tratamiento, la adhesión terapéutica y la adopción de conductas eficaces para el autocuidado, así como la realización de actividad física y el consumo de una dieta adecuada. Con base en el modelo información-motivación-habilidades conductuales, Egede y Osborns (op. cit.) consideran que se podría incrementar la comprensión de los mecanismos que subyacen la relación entre la depresión, el cuidado personal y el control glucémico en adultos diabéticos.

Los modelos revisados, hacen hincapié en diversos factores que se vinculan a la falta de adherencia al tratamiento y en general, a todos aquellos que propician el desarrollo, mantenimiento o empeoramiento de la enfermedad; sin embargo, hay que destacar que en dichos modelos impera la percepción fragmentada de las ciencias biomédicas lo que se ve reflejado en el abordaje de sólo un tipo de factores psicológicos ya sean conductuales, cognitivos, sociales o una combinación de estos, pocas veces se ha abordado la problemática de manera integral, entendiendo la interrelación que existe entre todos los factores, además de que no existe una delimitación concreta de los factores, siendo éstos en ocasiones ambiguos y difíciles de evaluar. Para ilustrar lo antedicho, a continuación se hace una revisión de los factores psicológicos que se han estudiado y vinculado a la falta de adherencia al tratamiento en la diabetes mellitus tipo 2.

2.2. Variables Psicológicas que influyen en la adherencia al tratamiento

Como se ha venido señalando, la diabetes mellitus tipo 2 y casi todas las enfermedades crónico-degenerativas, son causadas por una red multifactorial de estilos de vida

desfavorables en los que intervienen conductas y cogniciones propias del enfermo, tales como el consumo de una dieta desbalanceada y poco saludable, el sedentarismo y hábitos dañinos como fumar y/o beber, así como creencias, actitudes y percepciones sobre la enfermedad e intenciones de cambio que se perciben como poco benéficas.

Ahora bien, el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 se basa en tres hábitos fundamentales: llevar una dieta adecuada, tomar los medicamentos como se les prescribe y realizar ejercicio constantemente, de modo que la eficacia y los resultados positivos del tratamiento dependen del comportamiento del propio paciente. Existen diversos factores psicológicos que también han sido abordados en la búsqueda de un mayor entendimiento del fenómeno de adherencia terapéutica estos factores son las respuestas emocionales, entre los que destacan el estrés, la ansiedad y la depresión, principalmente por la influencia que tienen sobre el comportamiento del paciente.

Al respecto, Meichembaum y Turk (1976) mencionan que las respuestas emocionales y conductuales que un individuo emite están influenciadas por cogniciones y creencias personales sobre los procesos dolorosos, así como por su repertorio de habilidades de afrontamiento. Las terapias cognitivo-conductuales abordan la modificación de lo que, desde esta perspectiva, se desglosa como aspectos personales, motores, afectivos y cognitivos implicados en el dolor para eliminar las creencias, pensamientos y conductas que provocan ansiedad y depresión.

En el caso de la diabetes mellitus tipo 2, Casado, Camuñas, Navlet, Sánchez y Vidal (1997) y Martínez, Vega, Nava y Anguiano (2010), mencionan que entre los factores que hacen más probable el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad están: la depresión y la obesidad, esta última está relacionada con la autoestima, el autocontrol y

pensamientos distorsionados, además del estrés, el consumo de tabaco y de alcohol. Cabe señalar que todos los factores son susceptibles de cambio a través de una buena intervención, sugiriendo que por ejemplo el tratamiento farmacológico sea reforzado con terapias psicológicas que brindarán al paciente mayor estabilidad, donde la participación de la familia también es indispensable para guiar el tratamiento.

En la misma línea Lazarus y Folkman (1986) consideran que el estrés y la depresión son factores que aumentan el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas como la diabetes. Al respecto, consideran que es necesario que el paciente haga esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar las demandas específicas del tratamiento, de manera pues que desarrollen estrategias para alcanzar objetivos específicos. Las estrategias dirigidas a la acción tienen como objetivo modificar el problema y por otro lado las estrategias dirigidas a la emoción permiten regular las respuestas emocionales.

Zavala y Whetsell (2007) concuerdan en que algunos estados emocionales influyen de forma negativa en el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad, específicamente el estrés. Mencionan que un estímulo estresor tiene un impacto físico y emocional sobre las personas, siendo la ansiedad la alteración de mayor ocurrencia. Consideran que una persona está en una situación estresante cuando se enfrenta a demandas conductuales que le son difíciles de poner en práctica o satisfacer, es decir, que depende tanto de las demandas del medio como de sus propios recursos, así el estrés psicológico que sufre un paciente con diabetes deriva de las demandas del tratamiento y de la perspectiva del pronóstico desalentador.

Selye en 1956 (En Lilienfeld, Lynn, Namy & Woolf, 2011) realizó un estudio sobre los efectos del estrés en el cuerpo, sostenía que el exceso de estrés podía desarrollar

enfermedades debido a la respuesta fisiológica acelerada que se desencadena ante una situación estresante, a esta respuesta la denominó Síndrome General de Adaptación misma que consta de tres fases. Primero el sujeto experimenta la *reacción de alarma* en la que el sistema nervioso autónomo se estimula y libera hormonas como la adrenalina que propicia síntomas físicos como la elevación de la presión arterial. La segunda fase es la de *resistencia* en la que el sujeto comienza a adaptarse a la situación y los cambios fisiológicos de su cuerpo. Finalmente, la tercer fase es la de *agotamiento* en la que, si los recursos y las estrategias de afrontamiento no son eficaces, la resistencia se acaba y los niveles fisiológicos activados descienden drásticamente pudiendo causar desde una disfunción orgánica a un colapso del sistema inmunológico. Cabe señalar que la ansiedad y la depresión, si bien son procesos emocionales con características diferentes entre ellos, están íntimamente relacionados al estrés, diversos autores (Selye 1956, Ortíz 2006, Polaino & Roales 1994, Sullivan 1978) consideran que dichos trastornos pueden surgir después de haber vivido una situación estresante, cuando la persona siente o percibe que la situación no tiene solución es vulnerable a la ansiedad y cuanto más tiempo se sienta con falta de control aumentarán los sentimientos de fracaso pudiendo derivar en una depresión.

Ortíz (2006) menciona que además el estrés tiene efectos directos e indirectos en el control glucémico favoreciendo la obesidad y afectando la adherencia al tratamiento, específicamente a la dieta. Así pues, la variable estrés ha sido estudiada en relación al control metabólico y a la adherencia al tratamiento, encontrándose una asociación significativa entre ellas. Además, señala que el estrés puede afectar el control metabólico a través de procesos psicofisiológicos debido a que genera la producción y liberación de hormonas como el cortisol, la hormona del crecimiento, la epinefrina y norepinefrina y a su

vez el hígado, en respuesta a la liberación de dichas hormonas incrementa la producción de glucosa, propiciando que los niveles aumenten independientemente de que el paciente esté o no cumpliendo con el tratamiento. Ortíz (op. cit.) realizó un estudio en el que evaluó el nivel de estrés de adolescentes con diabetes mellitus tipo 1 y lo asoció con el estilo de afrontamiento y la adherencia al tratamiento. Utilizó el Cuestionario de Estrés para diabéticos de Polonsky en una escala Likert en la que a mayor puntaje, mayor nivel de estrés y consideraron la prueba de hemoglobina glucosilada como la variable para medir la adherencia al tratamiento y de control metabólico, considerando que no estaban bajo control por obtener niveles arriba de 7% en la prueba de hemoglobina. Se obtuvo el nivel de hemoglobina a todos los participantes y se aplicó el cuestionario de estrés para diabéticos de Polonsky a 33 participantes, de los cuales 31.3% obtuvieron un bajo nivel de estrés, mientras que los niveles medios y altos de estrés obtuvieron 34.4% respectivamente. Además los participantes con bajo nivel de estrés presentaron un 8.08% en la prueba de hemoglobina glucosilada, los que presentaron estrés medio obtuvieron 8.15% mientras que los que obtuvieron niveles altos de estrés presentaron 9.65% en la prueba, lo que indica que su nivel de glucosa en sangre no es controlado y se encuentra muy por encima de lo recomendado (<7%). Concluye que es muy probable que los niveles altos de estrés interfieran en el control metabólico directamente por la producción de hormonas como la adrenalina y el cortisol y, de manera indirecta que está afectando las conductas pilares del tratamiento.

Al respecto, Bersh (2006) menciona que entre los factores que influyen, en gran medida, para que el paciente no siga una dieta saludable están la presión fisiológica, el estrés, la ansiedad, los síntomas depresivos, la relajación de la voluntad, entre otras, ya que

el cambio drástico y mal implementado de la dieta propicia que los controles fisiológicos sean sustituidos arbitrariamente por controles cognitivos. Por su parte, Amador, Márquez y Sabido (2007) mencionan que las prácticas de cuidado que debe tener el paciente diabético están supeditadas en gran medida por variables como las interacciones que el individuo tiene con otras personas, las dificultades que enfrentan para adoptar estilos de vida saludables y/o mantenerlos debido a factores como la integración familiar, la depresión y la ansiedad.

Polaino y Roales (1994) mencionan que algunas fuentes de estrés pueden surgir al momento de informar el diagnóstico, entre ellas están la incertidumbre sobre la situación inmediata, sentimientos de culpabilidad y ansiedad respecto a la aparición de la enfermedad, sentimientos de incompetencia y desvalimiento relacionado a la responsabilidad del manejo de la enfermedad, temor a complicaciones, pérdida de aspiraciones, ansiedad respecto al futuro y el reconocimiento de la necesidad de un cambio permanente en el comportamiento del enfermo y de toda la familia, sobre todo cuando el enfermo es un niño. Mencionan que las complicaciones son una fuente de estrés constante ya que el miedo a ellas o incluso a la muerte precipita y agudiza las reacciones de ansiedad y sugieren que se entrene al paciente para el adecuado manejo tanto del estrés como de la ansiedad para evitar comportamientos que perjudiquen o compliquen la enfermedad y potencializar los comportamientos de adherencia al tratamiento haciendo énfasis en que el seguimiento adecuado de éste hará menos probable que se desarrollen las complicaciones.

Por otro lado, Polaino y Roales (op. cit) mencionan que los estados de temor, inseguridad o amenaza suelen afectar en la concentración mental, asociación y registro de estímulos lo que en definitiva afectará el seguimiento del tratamiento. Aunado a ello,

mencionan que sentimiento de inutilidad que percibe el enfermo, la baja autoestima, la desesperanza y el fracaso en el control adecuado de la enfermedad forman parte de un autoconcepto negativo que suele desencadenar tristeza, irritabilidad, inestabilidad emocional, disminución de la actividad física y mental, lo que conlleva dificultades de manera general para el paciente y su adaptación a la vida como diabético. Por otro lado, las exigencias dietéticas y terapéuticas intensas pueden propiciar que el paciente sea más vulnerable al estrés y la depresión debido al fracaso en la adherencia terapéutica.

Polaino y Roales (op. Cit) mencionan que se han hecho investigaciones en las que se pretendía establecer si los diabéticos se deprimen más que otros enfermos o personas sanas, debido a que los estudios arrojaron información sobre niveles altos de depresión en diabéticos; sin embargo, se menciona que es muy probable que estos índices de depresión sean consecuencia de las penalidades, frustraciones y restricciones desencadenadas por la enfermedad misma y el tratamiento para su control. Asimismo, los estados de ansiedad y depresión pueden ocasionar una desestabilización del paciente diabético debido a que pueden ser de una intensidad tal que afecten directamente el seguimiento y aprendizaje del tratamiento. En el caso de la ansiedad es necesario saber si el estado ansioso del paciente se debe a la vivencia actual como paciente o a algún otro hecho circunstancial. Lo mismo pasa con la depresión hay que distinguir si se trata de un estilo personal del individuo o es reacción a una situación.

Al respecto, Egede y Osborn (2010) en función de modelo de información-motivación-habilidades conductuales mencionan que la depresión dificulta la búsqueda de tratamiento, apoyo social y sobre todo la adopción de conductas eficaces que propicien el cuidado personal. Mencionan que la depresión afecta aproximadamente al 30% de la

población con diabetes mellitus en comparación con la población general y se asocia al escaso control glucémico, mayor riesgo de complicaciones y por ende mayor discapacidad, baja productividad, aumento de costos en salud así como en los índices de mortalidad. Sostienen que la información específica sobre habilidades conductuales, la motivación, el apoyo social adecuado, el entrenamiento en la destreza para ejecutar conductas, así como la confianza en la propia habilidad para enfrentar situaciones adversas es determinante para desarrollar habilidades conductuales que permitan la adherencia al tratamiento.

Ahora bien, en la mayoría de las investigaciones e intervenciones que se realizan en función de una mejor comprensión de la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos, suelen utilizarse instrumentos que identifican factores psicológicos como la depresión, la ansiedad y el estrés. Algunos de ellos como el Hamilton para detectar ansiedad, el State-Trait Anxiety Inventory (STAI) para detectar los niveles de depresión, mismos que se evalúan en tres áreas: cognitiva, fisiológica y conductual. Sin embargo, dichos inventarios miden estos trastornos independientemente del problema de adhesión al tratamiento, es decir, se enfocan a identificar características propias de los trastornos.

Por otro lado, existen otros inventarios dirigidos específicamente a la población diabética, ejemplo de ello es el trabajo realizado por Egede y Osborn (op. Cit.) quienes realizaron un estudio con 126 pacientes diabéticos con el objetivo de determinar si la relación entre la depresión y el cuidado personal es directa, indirecta y mediada por el modelo de información-motivación-habilidades conductuales mediante la información y motivación personal y social, así como determinar si la depresión es determinante de las conductas y por último establecer si la relación entre la depresión y el control glucémico es directa, indirecta y mediada por conductas apropiadas de cuidado personal. La información

se recolectó a través de un auto-informe que incluía edad, sexo, raza, nivel educativo, ingresos y estado civil. Los niveles de depresión se midieron mediante el Patient Health Questionnaire, en donde si el puntaje es igual o menor a 5 no existe depresión, de 5 a 9 puntos la depresión es leve y puntajes iguales o mayores a 10 indican depresión mayor. El nivel de información sobre la enfermedad se evaluó con el Diabetes Knowledge Questionnaire. Para obtener la medida de motivación se utilizó el Diabetes Fatalism Scale, en el que se evalúa la actitud fatalista acerca de la diabetes mellitus. Por otro lado, el apoyo social fue indicador de la motivación social y se evaluó con la escala Medical Outcome Study Social Support Survey que evalúa el apoyo social en cuatro áreas: emocional e informacional, apoyo tangible, interacciones sociales y afectiva. Los hábitos conductuales se evaluaron con el Summary of Diabetes Self-care Activities que evalúa la frecuencia de actividades de autocuidado en seis aspectos: alimentación general, dieta específica, cuidado de pies, medición de glucosa plasmática, ejercicio y tabaquismo. Por último, los niveles de hemoglobina glucosilada se obtuvieron de los registros médicos y se usaron como medida de control glucémico. Los resultados indicaron que la información sobre la diabetes mellitus, la actitud fatalista y el apoyo social parecen factores que predicen el cuidado personal y no el control glucémico, únicamente las habilidades conductuales se relacionaron con el control de la hemoglobina glucosilada. Además destaca que del total de la muestra el 61.9% no tenía depresión, el 23.8% presentó depresión leve y sólo el 14.3% depresión mayor. En general, concluyen que la mayor cantidad de información, el mayor apoyo social y la menor gravedad de síntomas depresivos se asocian con un mejor desempeño en las habilidades conductuales de cuidado personal lo que indica un efecto indirecto sobre el control glucémico, de modo que si las habilidades conductuales de

cuidado personal son escasas muy probablemente su adherencia será escasa y por ende también lo será el control glucémico del paciente.

Ahora, desde la perspectiva cognitivo-conductual una vez que se identifican los trastornos emocionales, se pone énfasis en su tratamiento a través de diversas técnicas, Sparrow (2008) menciona que las mayormente utilizadas para abordar dichos problemas son técnicas de relajación y respiración, desensibilización sistemática (automatizada, autodirigida y grupal) y técnicas operantes (reforzamiento, castigos positivos y negativos, extinción, moldeamiento). Dichas técnicas pretenden desarrollar y mantener conductas deseables, así como reducir y eliminar conductas indeseables, organizando las contingencias en diversas áreas del individuo (familiar, laboral, etc.). Además se utilizan las técnicas de condicionamiento encubierto (reforzamiento positivo, sensibilización, costo de respuesta, modelado y detención del pensamiento), así como el entrenamiento en habilidades sociales, autocontrol y solución de problemas.

Si bien las investigaciones han aportado información valiosa en el entendimiento de la diabetes mellitus, se perciben deficiencias como el hecho de que enfocan su atención a factores psicológicos que posiblemente se vinculen al desarrollo y mantenimiento de la enfermedad y las implicaciones que existen sobre la adherencia al tratamiento; sin embargo, poco se ha hecho por establecer una relación directa entre dichos factores y la adherencia, además como mencionan Okolie, Ehiemere, Ezenduka, y Ogbu (2010) se dejan de lado factores de vital importancia que determinan directamente la falta de adherencia al tratamiento, específicamente a la dieta, tales como la frustración por la restricción del régimen alimentario, el sentimiento de privación, sentir que la tentación ante el consumo de

alimentos poco saludables es inevitable, la dificultad de adhesión a la dieta en reuniones sociales, así como la dificultad de aceptar la condición de diabético, entre otros.

A continuación se abordará de manera más específica el trabajo y los esfuerzos que desde la psicología se han hecho en busca de un mejor entendimiento sobre el fenómeno de las enfermedades crónicas, específicamente la diabetes mellitus tipo 2 así como los estudios enfocados principalmente a la adherencia terapéutica considerada una variable de vital importancia para el control de la enfermedad, ya que depende mayormente de ello que la eficacia del tratamiento sea la esperada.

2.3. Estudios Psicológicos sobre Diabetes

Desde la psicología de la salud, se ha intentado abordar las enfermedades crónicas específicamente la diabetes mellitas tipo 2 desde diferentes modelos. Se han realizado investigaciones e intervenciones con el objetivo principal de mitigar los factores de riesgo que incrementan la probabilidad de desarrollar diabetes o de padecer complicaciones. Por ello, como se había mencionado, una de las variables psicológicas de gran interés ha sido la adherencia terapéutica ya que en ella confluyen factores principalmente conductuales que permitirían al paciente adquirir hábitos saludables, en el caso de la diabetes uno de los principales es el seguimiento de una dieta balanceada y adecuada a su condición, ya que a través de ésta se pueden controlar otros factores como la obesidad, los índices altos de colesterol, la hipertensión, etcétera.

Desde un enfoque conductual, Tuomilehto et. al. (2001) abordan los efectos positivos que tiene un programa de intervención para adherirse a una dieta y evitar el desarrollo de la enfermedad, así como los efectos positivos de llevar una dieta saludable

para el control de la enfermedad. En su trabajo mencionan que la diabetes mellitus tipo 2 es el resultado de la interacción entre la predisposición genética y factores de riesgo de tipo conductuales que pueden ser modificables y ambientales entre los que destacan la obesidad y la inactividad física. Mencionan además que las personas intolerantes a la glucosa tienen un riesgo mayor a desarrollar la enfermedad de modo que son prospectos a la intervención con el objetivo de prevenir la enfermedad. Así pues, el objetivo de su investigación fue determinar los efectos y la viabilidad de un programa de cambios en el estilo de vida para prevenir o retrasar la aparición de la diabetes tipo 2. Se trabajó con 523 sujetos mismos que fueron seleccionados considerándolos parte de grupos de alto riesgo siendo familiares de pacientes con diabetes mellitus tipo 2, así como personas con sobrepeso con una masa corporal de 25 o más, de entre 40 y 65 años de edad además de considerar aquellos que después de la administración oral de 75 gr de glucosa obtuvieron una concentración de entre 140 y 200 mg/dl de glucosa en sangre. Los sujetos se asignaron aleatoriamente a un grupo de intervención y un grupo control. Al grupo control se le proporcionó información oral y escrita acerca de la dieta, y las porciones de alimentos, además de completar un registro de alimentación. En el grupo de intervención los sujetos recibieron asesoramiento detallado sobre cómo alcanzar los objetivos de reducción del 5% de peso o más, de ingesta total de grasa a menos del 30% de energía consumida, especialmente el de grasa saturada a menos del 10%, así como el aumento del 15% de ingesta de fibra y con más frecuencia el consumo de granos enteros, vegetales, frutas, leche baja en grasa, productos cárnicos y aceites vegetales y el ejercicio moderado durante 30 minutos al día. Las evaluaciones se realizaron anualmente, entre las cuales se destacaron un examen físico incluyendo medidas antropométricas, de presión arterial y la prueba oral de tolerancia a la glucosa. Los

resultados con base en el alcance de objetivos, mostraron que en el grupo de intervención hubo una reducción de peso, de la concentración de glucosa y de la cintura, más significativa que en el grupo control. Además, después de dos años de inicio del estudio, en el grupo de intervención se mantuvo la reducción de peso más que en el grupo control. El éxito en la consecución de los objetivos de la intervención se estimó sobre la base de los registros de alimentos y cuestionarios de ejercicios recogidos cada año, los sujetos en el grupo de intervención tuvieron un éxito en el logro de una meta en particular que varió un 25 por ciento (en cuanto al consumo de fibra) y un 86 por ciento (respecto al ejercicio). El estudio proporciona evidencia de que la diabetes mellitus tipo 2 se puede prevenir haciendo cambios en los estilos de vida de personas con alta probabilidad a desarrollar la enfermedad. El efecto del programa se evaluó un año después de la intervención comparando el porcentaje de incidencia de diabetes mellitas tipo 2 en los diferentes grupos, mencionan que la incidencia absoluta de la diabetes fue de 6% en el grupo de intervención mientras que en el grupo control fue del 14%. Específicamente, en el grupo control el 35% de los pacientes desarrollaron la enfermedad, mientras que las personas del grupo de intervención no desarrollaron la enfermedad e incluso el promedio de peso fue menor al que presentaron al inicio del estudio, atribuyendo esto a los cambios que los pacientes del grupo de intervención realizaron en su vida de manera integral.

Por otro lado, Bersh (2006) menciona que el tratamiento para la obesidad y el sobrepeso es complejo, ya que requiere de cambios permanentes en la ingesta y el aumento de la actividad física principalmente, requiriendo un manejo integral que incluya aspectos educativos, médicos, nutricionales y psicológicos. La autora sugiere que la terapia que mejor permitiría alcanzar los objetivos de reducción de peso es la conductual, realizándola

semanalmente durante un periodo de 4 a 6 meses. Al respecto, menciona que son dos las estrategias principalmente utilizadas en las intervenciones conductuales, una de ellas es el automonitoreo mediante el registro detallado de la ingesta, lo que permite identificar las influencias personales y ambientales para lograr establecer metas específicas para modificar los hábitos y estimular la actividad física; la otra se refiere al control de estímulos como estrategia para limitar la exposición a situaciones o estímulos que desencadenan la ingesta excesiva, además se implementan técnicas de manejo de estrés y solución de problemas; sin embargo, menciona la autora que una desventaja de las intervenciones conductuales es que si el tratamiento se interrumpe la pérdida de peso lograda no se mantiene a largo plazo, además de que se recupera más peso del que se perdió.

Las estrategias que se emplean para reducir el peso al restringir voluntariamente la ingesta, lo que comúnmente se conoce como “hacer dieta”, pueden ser contraproducentes porque generan fluctuaciones frecuentes del peso implicando que el metabolismo sea más lento, mencionan además que al hacer dietas se sustituyen los controles fisiológicos de manera arbitraria por un control cognitivo que tiende a fallar por la presión fisiológica, el estrés, la ansiedad, los síntomas depresivos, la relajación de la voluntad, entre otras, por lo que Bersh (op. cit) menciona que es importante desarrollar programas nutricionales que sean realistas y no tan rígidos, que sean flexibles y permitan llevarse a cabo no sólo durante el periodo en el que se busca perder peso sino como un estilo de vida.

Por su parte, Penick, Fillion, Fox y Stunkard (1971) realizaron un estudio en el que compararon el efecto de la terapia en modificación de conducta en grupo y el efecto de la psicoterapia tradicional basada en información nutricional y sobre los riesgos de la obesidad, considerando que los cambios del comportamiento pueden influir positivamente

en el tratamiento contra la obesidad. La duración del programa fue de 3 meses, realizando una sesión por semana. Participaron 32 pacientes divididos en 2 grupos de 16 participantes cada uno, asignados todos ellos al azar. El grupo experimental recibió un tratamiento basado en la terapia de modificación de conducta en el que se les dio una descripción de las conductas que se debían controlar, para ello los pacientes llevaron a cabo registros conductuales diarios, donde anotaban la cantidad, el tiempo y las circunstancias de la ingesta de alimentos, el objetivo de ello era que los pacientes logaran discriminar las conductas que determinaban su ingesta de alimentos así como otros factores relacionados al lugar o al estado de ánimo, y se procedió a diseñar un programa de reforzamiento positivo en los que se entrenaron conductas como la disminución de la velocidad de ingesta, el conteo de cada bocado, masticar lentamente y tragar todo el alimento. Mientras que el grupo control sólo recibió psicoterapia de apoyo, instrucciones sobre la dieta y la nutrición y fue poco frecuente la utilización de supresores del apetito. Los resultados mostraron que hubo una mayor pérdida de peso en el grupo experimental, el 13% perdió más de 40 libras y el 53% más de 20 libras, mientras que en el grupo control sólo el 24% de los participantes perdió poco más de 20 libras, se hizo además un seguimiento 3 y 6 meses después lo que aportó evidencias de que el tratamiento seguía influenciando el comportamiento de los participantes, aunado a ello manifiestan que el ambiente grupal puede aumentar la modificación de la conducta positivamente.

Por otro lado, Dahms, Molitch, Bray, Green, Atkinson y Hamilton (1978) realizaron una comparación entre una intervención con medicamentos y una intervención conductual. Participaron 120 sujetos de los cuales únicamente 33 completaron el estudio de 14 semanas. La intervención conductual estuvo basada en enseñar a los pacientes las

técnicas de modificación de la conducta, así como el análisis y registro de cada uno de los alimentos, además de implementar educación nutrimental en cada una de las sesiones. Los resultados no mostraron diferencias significativas entre los grupos, posiblemente la extensión de la intervención provocó que la gente perdiera interés en el programa; sin embargo, los autores consideran que el beneficio de la intervención es la reducción de los costos del tratamiento, además de evitar los efectos secundarios de la ingesta de los medicamentos.

Desde una perspectiva cognitivo-conductual, las intervenciones se han enfocado a la modificación de las conductas insalubres y la adherencia a los tratamientos desde la modificación o control de factores estrictamente cognitivos. Al respecto Koch en 2005 realizó un estudio exploratorio basándose en el *modelo de creencias de salud* considerando que se ha utilizado con el fin de promover el autocuidado. El objetivo del estudio fue determinar si existen diferencias en las creencias de salud en mujeres afroamericanas que se adhieren a un régimen de ejercicio regular para mantener un mayor control glucémico. Advierte, además, que conocer dichas diferencias puede beneficiar el desarrollo de los programas educativos para mejorar las intervenciones que centran su atención en los obstáculos y beneficios del autocontrol. Para ello, se aplicó un cuestionario de creencias de salud para diabéticos, medido en una escala tipo Likert que iba de 5 “Totalmente de acuerdo” a 0 “Totalmente en desacuerdo” para evaluar específicamente la relación entre las creencias y la adherencia al ejercicio como un comportamiento benéfico en el control del nivel glucémico. De las 36 mujeres a quienes se aplicó sólo se eligieron a 31 mujeres afroamericanas con diabetes mellitus tipo 2, las participantes fueron divididas en dos grupos clasificados como “deportistas” todas aquellas que reportaron hacer ejercicio 3 o

más veces por semana al menos 20 minutos continuos, éste quedó constituido por 17 mujeres y las “no deportistas” que reportaron hacer ejercicio menos de 3 veces por semana, constituido por 14 mujeres. Las diferencias encontradas más significativas fueron respecto a la construcción de barreras para ejercitarse, específicamente en la declaración “Hacer ejercicio regularmente es una manera difícil de manejar mi azúcar en la sangre”. En general, Koch (op. cit) concluye que los sujetos que hacen ejercicio regularmente tienen menos barreras para hacer ejercicio y perciben mayores beneficios de la adhesión a un régimen regular de ejercicios que los que no lo practican. Adicionalmente, mencionan que los pacientes que se ejercitan, tienden a percibir las complicaciones de la enfermedad más que los que no se ejercitan, de modo que esto puede ser un aliciente para que se apeguen al régimen de ejercicio así como a la dieta; los beneficios de esto se reflejan en que ninguno de los pacientes que practica deporte depende de la insulina, y consideran que apearse al régimen evitará que en algún momento deban depender o consumir medicamentos. De manera general concluyen que las barreras percibidas para las conductas benéficas para la salud, como el hacer ejercicio, llevar una dieta saludable y la autogestión de la enfermedad, están fuertemente relacionadas y mencionan que se deberían abordar otros comportamientos específicos como la adherencia dietética y el automonitoreo de la glucosa en sangre.

En la misma línea, Amador, Márquez y Sabido (2007) realizaron un estudio con el objetivo de identificar los factores relacionados con la práctica del autocuidado en 200 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, partiendo de la premisa de que si un diabético practica el autocuidado probablemente su control glucémico será mejor que el del diabético que no lo practica, además identificaron factores de riesgo sociodemográficos que pueden

influir en el autocuidado. Definen el autocuidado como un proceso por medio del cual una persona no profesional actúa en la prevención, detección y tratamiento, además de estar relacionado con actividades deliberadas que el individuo debe realizar para alcanzar un mejor estado de salud y bienestar. Se aplicaron dos cuestionarios, uno de datos sociodemográficos y el de autocuidado, para este último se consideró que el paciente practica el autocuidado cuando contestaban sí a por lo menos 5 de los siguientes criterios: 1) Acude a recibir atención al departamento de nutrición 2) Se apega al tratamiento dietético 3) Sigue el tratamiento farmacológico 4) Practica ejercicio en forma regular 5) Auto-explora sus pies 6) Asiste a pláticas del departamento de trabajo social 7) Cumple con las citas médicas. En el cuestionario de factores sociodemográficos se consideró el estado civil, el nivel socioeconómico, el tipo de vivienda, la ocupación, el tipo de familia y la integración familiar como factores de riesgo que impiden no practicar el autocuidado. Aunado a ello, los autores mencionan que el bienestar también está supeditado a las interacciones que el individuo tiene con otras personas como los propios familiares, a menudo los pacientes tienen dificultades para adoptar cambios en el estilo de vida y completar las actividades de autocuidado, debido entre otras cosas al nivel educativo y factores de orden socioeconómicos, culturales y psicológicos.

De los 200 pacientes, el 62% se clasificó como el grupo A como pacientes con autocuidado mientras que el 37% constituyó el grupo B de pacientes sin autocuidado ya que no contestaron positivamente a 5 de los criterios establecidos en el cuestionario. De los criterios se destacaron por ser los mayormente practicados el asistir a las citas médicas con un 95% y el apego al tratamiento farmacológico con un 70%, mientras que la práctica de ejercicio por ejemplo, se observó sólo en un 10% de los pacientes. Los resultados indicaron

que las personas con autocuidado presentaban índices de glucosa en sangre de 170 mg/dl en promedio; sin embargo, siguen siendo índices muy altos para los diabéticos. Por otro lado, no se encontraron relaciones significativas entre el autocuidado y los factores sociodemográficos; sin embargo, los autores mencionan que la integración familiar, la ausencia de ansiedad y de depresión son factores que podrían favorecer la práctica del autocuidado. Los autores mencionan que el autocuidado es un comportamiento totalmente benéfico para el enfermo crónico ya que garantiza un mejor calidad de vida; sin embargo, no todos los pacientes o las personas en general practican dichas conductas, de modo que sería necesario desarrollar planes de intervención que propicien la instauración de dichas conductas en el repertorio conductual de los pacientes.

Como se ha visto, las investigaciones e intervenciones que se hacen hoy en día en torno a las enfermedades crónicas, específicamente a la diabetes mellitus de tipo 2, están sustentadas básicamente por dos aproximaciones: la conductual y la cognitivo-conductual. Moreno y Roales (2003), mencionan que las dificultades de algunos de los modelos cognitivos es que enfatizan las variables de orden cognitivo, entendiéndolas como mediadoras en el comportamiento saludable, y dejan de lado factores del ambiente que constituyen las circunstancias sociales e individuales que influyen de manera importante en el desarrollo de la enfermedad. De la misma forma, tienden a enfatizar que las emociones como la ansiedad, la ira, la depresión, o el estrés; son predictoras del comportamiento ya que afectan las conductas saludables como los hábitos de alimentación o de higiene, por ejemplo. Desde la perspectiva cognitivo-conductuales considera, por ejemplo, que la conducta de comer es una forma de reducir la ansiedad; lo cual implica una generalización que, además, se hace como explicación *a priori*.

Autores como Libertad y Grau (2004); Zavala y Whetsell; (2007); García, (2008); Martínez, Vega, Nava y Anguiano, (2010) señalan que desde la psicología, es importante considerar que tanto el contexto ambiental como la conducta interactúan y tienen un impacto en la condición biológica del paciente.

Algunos autores han realizado trabajos desde un enfoque educativo, bajo la premisa de que si la gente conoce las implicaciones de su enfermedad lograrán tener los cuidados pertinentes, ejemplo de ello son los trabajos de Cabrera, Novoa y Centeno (1991) y de Geoffrey, Pickup y William (2002) en los que han dado información a los pacientes sobre los procesos implicados en la enfermedad señalando las ventajas de una dieta saludable. Igualmente, las diversas instituciones de salud han hecho esfuerzos para difundir información relevante a la prevención de la diabetes; sin embargo, los índices de morbilidad y mortalidad vinculados con las enfermedades crónicas, principalmente con la diabetes mellitus siguen elevándose día con día.

Además, Ortego, López y Álvarez (2010) mencionan que el desarrollo de programas de intervención con diabéticos se ha enfocado principalmente a propiciar la adherencia al tratamiento y que las investigaciones se han valido de diversos sistemas de evaluación entre los que destacan como los más utilizados son:

- Autoinformes: en los que se pide al paciente que indique en qué medida se ha ajustado a lo prescrito, aunque el aporte de información es bastante dudoso es el sistema de evaluación más utilizado para evaluar adherencia.
- Informes de personas próximas al paciente: en este caso los familiares y/o amigos son los que informan sobre la situación, suele ser empleado como complemento de información.

- Resultados clínicos: aportan información sobre la desaparición o mantenimiento de los síntomas de la enfermedad; sin embargo no indican de manera fiable si el paciente se está o no adhiriendo al tratamiento, puesto que pueden estar mejorando o empeorando independientemente de seguir o no las recomendaciones.
- Autorregistros: para su obtención, se le pide a los pacientes que registren durante algunos días conductas relacionadas a la adherencia, como el número de pastillas que toma, las veces que se ejercita y los alimentos que consume. Este tipo de registros es más fiable que los anteriores y por ende suele ocuparse constantemente.
- Medición de consumo de medicamentos: es uno de los métodos más utilizados ya que es posible hacer el conteo de las pastillas que ingiere el paciente, se le da una cantidad mayor a la prescrita y se le pide que devuelva periódicamente lo que no tome; sin embargo, no deja de haber sesgo ya que fácilmente el paciente se puede deshacer de cierta cantidad de pastillas e informar que las tomó.
- Mediciones bioquímicas: se hacen análisis en orina, sangre o alguna otra secreción corporal para detectar la presencia de algún agente o marcador metabólico que indique algún desajuste o mal funcionamiento del organismo (por ejemplo, los niveles de glucosa, colesterol, etcétera). Se consideran la alternativa más fiable para evaluar la adherencia ya que no están sujetos al sesgo voluntario del paciente, desafortunadamente no todas las conductas implicadas en la adherencia pueden ser evaluadas con mediciones bioquímicas y las que sí lo son resultan en exámenes difíciles y costosos, además de tener que ser realizados con regularidad. Ejemplo de ello es la prueba de hemoglobina glicosilada que se utiliza como medida

indirecta de los cambios que se han producido en la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos.

Dado que ninguno de estos métodos proporciona información fiable y válida en torno a la adherencia, Ortego, López y Álvarez (op. cit.) mencionan que lo más adecuado es recurrir al uso de dos o más de estos métodos de manera simultánea.

Así pues, el objetivo de los psicólogos hoy en día es impulsar el mejoramiento y las propuestas de programas de intervención e investigación que permitan abordar la problemática de la diabetes mellitus tipo 2 de forma más integral.

En ese sentido se puede apreciar que el trabajo de los psicólogos en el área de la salud desde diversos enfoques como el conductual y el cognitivo-conductual ha arrojado información importante sobre la interacción de factores diversos y el impacto que tienen en el estado de salud, deteriorándolo, manteniéndolo o mejorándolo. Piña (2008) menciona que en la mayoría de los casos se ha optado por confiar en la guía de las disciplinas biomédicas; los conceptos de salud y enfermedad que se aceptan provienen de una visión ajena a la psicología, lo cual ha provocado varias debilidades en la construcción de los modelos, así como fallas de procedimiento al momento de su aplicación en la práctica, lo cual no permite un mayor avance en la investigación de las enfermedades crónicas.

Piña (op. cit.) menciona que diversos modelos teóricos han aportado conceptos para explicar la relación entre lo psicológico y los fenómenos de salud y enfermedad. Argumenta que para hacer dicho abordaje desde la psicología es necesario hablar de las consecuencias de los cambios en el ambiente, ya que si las personas se *ajustan* se puede decir que la interacción continua entre los estados orgánicos y psicológicos es óptima. Para ello es necesario conocer la naturaleza de esos ajustes para que no se confundan con los

procesos psicológicos propiamente dichos ni con los definidos desde las disciplinas biomédicas. El autor señala que los diferentes modelos teóricos como el de creencias de salud y el de autoeficacia han aportado conceptos para dar cuenta de la relación entre lo psicológico y los fenómenos de salud y enfermedad; sin embargo señala puntualmente algunas deficiencias de éstos:

1) No existe un análisis de los conceptos cuerpo, cerebro, mente y comportamiento sino relaciones genéricas entre la mente y el comportamiento, considerando lo psicológico como parte de una estructura mental y al comportamiento como una extensión de ella, de modo que los conceptos base de dichos modelos carecen de representación.

2) Parten del supuesto de que los seres humanos son racionales así que para explicar el comportamiento recurren a conceptos cognitivos como conocimientos, percepción, actitudes, creencias, autoeficacia, etcétera. De modo que algunos fenómenos psicológicos no racionales como los hábitos, las habilidades, las competencias, etcétera, carecen de sentido.

3) Por último Piña (op. cit.) señala que los modelos en el ámbito de la investigación se amparan en métodos indirectos como inventarios y encuestas como fuentes de validación.

En perspectiva, se ha visto que las diversas investigaciones e intervenciones psicológicas desde distintos modelos se enfocan en explicar la falta de adherencia en relación con lo que desde sus modelos consideran variables de interés. Entre éstas se resaltan factores como la depresión, la ansiedad, o el estrés, que se entienden como emociones que dependen, a su vez, de procesos cognitivos. En algunos modelos se conciben las 'emociones' como variables (ocurrencias) y se les atribuye el peso explicativo

de las prácticas alimenticias poco saludables. Desde un punto de vista interconductual, que es el que fundamenta este trabajo, la forma de tratar el comportamiento humano es naturalista, no hay procesos o variables ‘internas’ la interacción persona-ambiente, como unidad de análisis, se estudia sin apelar al “fantasma en la máquina”, siguiendo la metáfora propuesta por Ryle (1949) para referirse al dualismo que impera en la psicología. Esta unidad de análisis, la relación organismo-ambiente, se estudia a través de diversas categorías, algunas de ellas entran en la lógica de las variables, mientras que otras, son factores de tipo disposicional, de los cuales hablaremos más adelante. Estos elementos permiten dar cuenta de la relación organismo-ambiente considerando que se presenta en un contexto de tipo situacional y que es posible gracias a un medio de contacto normativo (Ribes y López, 1985). Pretender entender un comportamiento complejo como lo es la adherencia a la dieta, obliga a ampararse en una aproximación que dé cuenta de los distintos elementos que contribuyen a su explicación.

Como se ha podido observar, los distintos modelos de salud, por un lado, fragmentan la explicación del fenómeno, atribuyéndolo a la o las variables que a priori consideran causales; por otro, no consideran algunos elementos dado que no forman parte de lo que asumen como relevante, desde un punto de vista cognitivo; así, los factores situacionales de contexto han sido escasamente estudiados en relación con el comportamiento de adherencia a la dieta. Es importante considerar los distintos elementos (variables o factores dispocionales) en la explicación de este comportamiento, para así diseñar estrategias de prevención más eficaces.

De los pocos estudios que hay para estudiar algunos factores, que desde nuestra perspectiva, son de tipo dispocional, podemos citar el de Okolie, Ehiemere, Ezenduka, y

Ogbu (2010) quienes realizaron un estudio con 370 pacientes diabéticos para desarrollar una taxonomía sobre las situaciones que se viven diariamente y que resultan ser un obstáculo para que los pacientes puedan llevar adecuadamente su dieta, de manera específica buscaron determinar asociaciones entre características demográficas y la no adherencia; factores psicosociales y no adherencia y por último entre los trabajadores del sector salud y la no adherencia. Sostienen que la identificación de dichos factores puede ayudar a encontrar caminos más eficientes y efectivos para lograr que los pacientes se adhieran a su dieta. Para ello, se utilizaron dos instrumentos, uno de ellos para obtener los datos socio-demográficos como género, edad, estado civil, nivel escolar y ocupación. Otro cuestionario contenía preguntas abiertas y cerradas para identificar información sobre los factores situacionales que pueden afectar su adherencia a la dieta, con el que se identificaron factores psicosociales como la no accesibilidad a la dieta prescrita, la frustración a la restricción, el limitado apoyo de la pareja, los sentimientos de privación, sentir que la tentación es inevitable, dificultad para seguir la dieta en reuniones sociales y la dificultad de aceptar y revelar a otros su condición como diabético. En cuanto a los trabajadores del sector salud, se identificaron obstáculos como: la mala actitud de personal de salud, la irregular educación en diabetes, el número limitado de sesiones de educación nutricional, la incapacidad del paciente para estimar la cantidad deseada de alimentos, la falta de recordatorios acerca de las próximas citas, así como la pérdida de tiempo en las clínicas. El análisis de los resultados indica que los factores socio-demográficos tales como el sexo, la edad, el estado civil y la ocupación fueron significativos tanto para la adherencia como para la no adherencia. Igualmente, identificaron factores psicosociales como los costos asociados al régimen alimenticio, la frustración por la restricción, los

sentimientos de poco apoyo, la dificultad de seguir la dieta en reuniones sociales así como aceptar y revelar la condición de diabético son los que más influyen en la adherencia a la dieta. Aunado a ello, mencionan que Polonsky en el 2000 reportó que la angustia se asocia una disminución del auto-cuidado y el aumento de los niveles de glucosa, y que ésta se desencadena debido en gran medida a que los diabéticos se sienten con poco apoyo o exceso de éste por parte de los miembros de su familia, lo que les provoca estrés, sensación de soledad, frustración, ira y la culpa. Okolie, Ehiemere, Ezenduka, y Ogbu (op. cit.) mencionan que es necesario propiciar el bienestar emocional en las intervenciones ya que esto puede mejorar la capacidad de afrontamiento y por ende facilitar la adherencia terapéutica y el control glucémico. Y por último identificaron algunos obstáculos relacionados con los trabajadores del sector salud, entre ellos su actitud de servicio, la escasa e irregular educación sobre la diabetes, las limitadas sesiones educativas de nutrición, la falta de recordatorios sobre sus próximas citas así como el largo tiempo que deben esperar para su consulta. Los autores mencionan que la falta de habilidades y conocimientos sobre la enfermedad se pueden deber a dichas barreras ambientales que el paciente percibe, afectando así su adherencia terapéutica. Sugieren que para ser más eficaces en el cambio de comportamiento del paciente, los proveedores de salud se deben centrar en establecer una buena relación, ser colaborativos, tener una comunicación clara y directa cuando el paciente está en condiciones de aprender sobre su enfermedad y los cuidados que debe tener.

Así pues, el objetivo del presente trabajo es identificar los factores disposicionales que los pacientes diabéticos reportan como relevantes, en tanto interfieren con el seguimiento de su dieta. Para ello se considera que el Modelo Psicológico de la Salud

Biológica planteado por Ribes en 1990 es el que permite estudiar este comportamiento a través de una aproximación naturalista.

3. MODELO PSICOLÓGICO DE LA SALUD BIOLÓGICA

La salud es un proceso que básicamente implica la interacción de un organismo biológico y factores ambientales, Ribes (1990) menciona que se debe entender como un proceso en el que confluyen dos dimensiones: por un lado la médica biológica que da cuenta de los cambios en el organismo como tal y la dimensión sociocultural que da cuenta de los factores con los que interactúa el organismo y que influyen en dicho proceso. Así pues, Ribes (op. cit.) menciona que dado que ambas dimensiones son inconmensurables, desde la psicología se puede hacer un análisis fructífero dado que el comportamiento del individuo funge como un eje que permite vincularlas.

El trabajo del psicólogo en el área de salud, está enfocado a realizar un análisis del proceso de salud-enfermedad entendiéndolo como "...una dimensión en la que se plasma la individualidad de una biología particular como entidad ubicada en un entorno, y su estado continuo entre salud-enfermedad como *componente* integral y condición de una práctica interactiva permanente" (Ribes, 1990 p. 17)

Contemplando que desde la psicología los diversos modelos (revisados en el capítulo anterior) han sido deficientes para abordar el proceso de las diversas enfermedades crónicas dado que contemplan sólo algunos factores que integran el síndrome, en este trabajo se propone hacer el abordaje con base en el Modelo Psicológico de la Salud Biológica desarrollado por Ribes (1990) con base en el Modelo Interconductual propuesto por Kantor (1953), que ofrece un abordaje naturalista al tema de la salud. Dicho modelo nos permitirá identificar los factores psicológicos pertinentes al proceso de salud-enfermedad y el papel que desempeña el psicólogo. En este campo, Ribes (op. cit.) señala que si se considera que el comportamiento es la dimensión funcional del cuerpo en su

interacción con el ambiente, ésta constituye la dimensión crítica que *regula* las propiedades funcionales de los agentes del ambiente sobre el organismo.

Rodríguez y García (2011) mencionan que dicho modelo es una guía para intervenir y propiciar la prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades, así como para entender claramente cuál es la relación de los factores psicológicos en el desarrollo de éstas.

El modelo está constituido por diversos aspectos que tienen funciones individuales de la práctica efectiva vinculada al bienestar. Incluye dos etapas descriptivas, una referida al proceso en el que se encuentran condiciones orgánicas con acciones del individuo dentro de un contexto sociocultural y otra referida a los resultantes en donde se identifican factores psicológicos, específicamente conductas instrumentales que pueden propiciar el riesgo de desarrollar la enfermedad o de prevenirla y a su vez esto puede ser indirecta o directamente (ver Figura 1.)

Modelo psicológico de la salud biológica

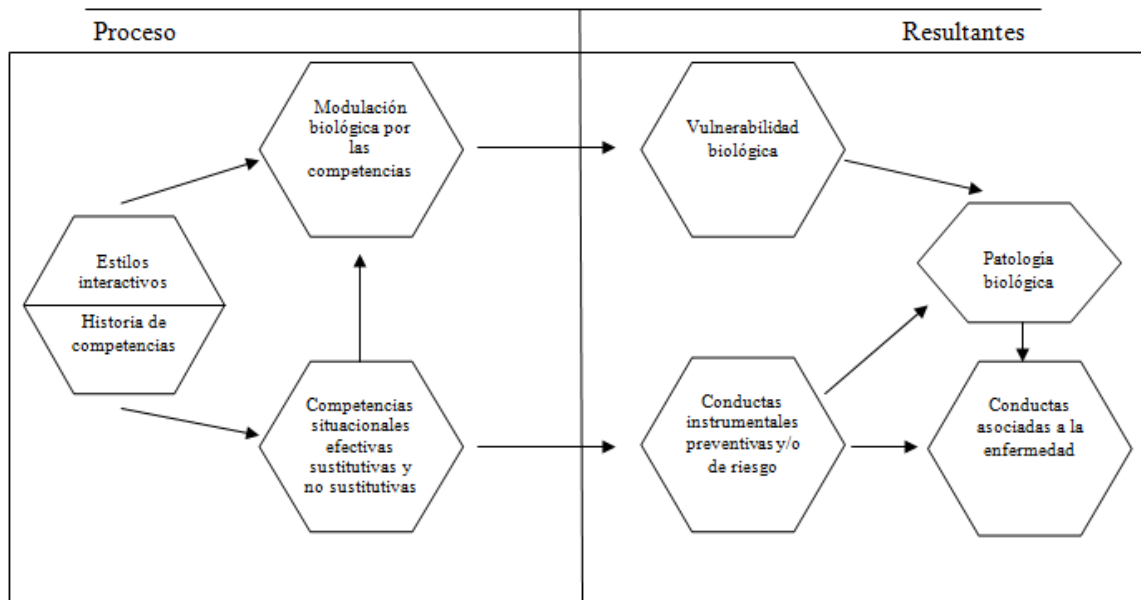


Figura 1. Modelo Psicológico de la Salud Biológica (Tomada de Ribes, 1990)

3.1. Proceso Psicológico de la Salud

La primera etapa del Modelo Psicológico de la Salud describe el Proceso psicológico que está relacionado a las condiciones orgánicas y acciones de un individuo inmerso en un contexto sociocultural, el proceso pues es la primera etapa de análisis pertinente al mantenimiento, recuperación o pérdida de la salud.

Ribes (op. cit.) Sostiene que el proceso psicológico de la salud se compone de tres factores. El primer factor es la historia interactiva del individuo, que se refiere a cómo se ha comportado el individuo ante diversas situaciones, este factor constituye la disposición de un individuo a interactuar con una situación presente, en un momento dado, con base en sus formas y modos de interacción funcionalmente pertinentes a dicha situación. La historia facilita o interfiere con la emisión de ciertas conductas que previenen o controlan los

procesos patológicos, aunque esto no determina que dichas conductas sean funcionales o no. La historia interactiva, se puede examinar en dos dimensiones:

a) Los estilos interactivos, referidos a la manera consistente e idiosincrásica del individuo para enfrentar alguna situación; éstos modulan la oportunidad, la velocidad y la precisión de las conductas efectivas cuando se encuentra ante una situación determinada y

b) La disponibilidad de competencias funcionales, factor que hace referencia a un conjunto de habilidades mostradas en la historia de la persona y no a algún comportamiento particular u ocurrencia, y que comprenden el *comportamiento del individuo*, la *situación* y los requerimientos de ésta, así como las *consecuencias* del comportamiento ante dichos requerimientos. Del *comportamiento*, se dice que está constituido por acciones integradas de diversa complejidad y que la forma de éstos depende del desarrollo biológico y social del individuo, así como de los objetos y acontecimientos relacionados en una situación determinada. Respecto a la *situación*, en términos técnicos es un conjunto de *contingencias*, entendiendo que una contingencia es una relación de condicionalidad entre acontecimientos o acciones de un individuo, las acciones de otro, así como las acciones de los objetos potencial y actualmente efectivos. Por último, menciona que las *consecuencias* tienen que ver con los efectos sobre la condición del individuo en función de la interacción que éste tiene con los elementos de una situación. Toda competencia funcional es capacidad en la medida en que sea pertinente a los requerimientos y estructura contingencial de una situación.

El segundo factor al que hace referencia Ribes (2006) son las competencias funcionales, que equivalen a capacidad conductual. El término competencia refiere a un factor disposicional, no a una acción, sino a un factor que juega un papel probabilístico para

que dicha acción se dé. Por tal razón se describen competencias o capacidad conductual a partir de un conjunto de indicadores que sí son acciones concretas referidas a la salud. Para su análisis, se contemplan

a) Los requerimientos de la situación (qué comportamientos o acciones se deben llevar a cabo para satisfacer las necesidades de la situación).

b) Los factores que definen el contexto de la interacción, es decir, las características de la situación o las condiciones biológicas momentáneas del individuo y

c) La historia de competencias, en otras palabras, la capacidad del individuo para interactuar con dicha situación dada su experiencia.

Ribes (1990) comenta que una persona es competente cuando es capaz de enfrentar una determinada situación así como satisfacer de manera efectiva los requerimientos de la misma. Las competencias funcionales presentes hacen alusión a un factor disposicional, es decir, hacen más probable que el individuo actúe de una u otra forma particular. Para identificar competencias se consideran los siguientes elementos: a) los requerimientos de la situación en términos de emitir una conducta de adaptación, dar una respuesta correcta, resolver un problema o producir un resultado; b) los factores que definen el contexto de la interacción y que son identificables con las características de la situación (factores disposicionales de la situación físico/social y del propio individuo); c) las formas de respuesta del individuo; y d) los efectos de su interacción, en términos de logro o satisfacción de la demanda presentada, así como efectos sobre el propio comportamiento.

Como tercer factor Ribes (op. cit), menciona que las condiciones biológicas del organismo se pueden afectar diferencialmente, dependiendo de la manera en que el

individuo actúa frente a contingencias de una situación determinada, es decir, ¿qué efectos tiene el comportamiento sobre el estado biológico o patológico del individuo?

Menciona que uno de los postulados de la medicina psicosomática supone que existe una acción directa de los factores psicológicos, considerados acontecimientos no espaciales, sobre el sistema nervioso y a través de éste, sobre otros sistemas biológicos. El estudio de las variables vinculadas a las interacciones conductuales y su efecto en los estados biológicos tienen como objetivo dar una explicación a fenómenos patológicos que no son producidos por agentes patógenos externos o factores hereditarios. Se dice que el comportamiento objetivo, frente a determinadas situaciones con características contingenciales, es el que modula las reacciones biológicas del propio individuo, de modo pues que el comportamiento es la dimensión funcional del cuerpo en su interacción con el ambiente.

En ese sentido, se distingue una relación bidireccional, ya que las funciones biológicas regulan los comportamientos y a su vez, los comportamientos, en función de la interacción que tienen con el ambiente, afectan las funciones biológicas.

3.2. Resultantes

La segunda etapa del Modelos Psicológico de la Salud hace referencia a las consecuencias de la primera etapa del proceso: los Resultantes. Estos se reflejarán en dos aspectos: el grado de vulnerabilidad biológica del organismo a la enfermedad y la disponibilidad y emisión de conductas instrumentales preventivas o de riesgo. Ambos factores interactúan y determinan la probabilidad de que se produzca la enfermedad.

El primer aspecto, es la vulnerabilidad biológica que deriva de la interacción de una serie de condiciones orgánicas y que aumenta el riesgo de que, dados factores desencadenantes o de contagio directo, el individuo desarrolle una enfermedad aguda o crónica. Se pueden identificar condiciones que son resultado de los comportamientos que el individuo genera cuando interactúa con las contingencias de alguna situación, ejemplo de ello la secreción gástrica y/o el aumento de la presión arterial que aumentan el riesgo de desarrollar procesos patológicos y por tanto la vulnerabilidad biológica del individuo.

En cuanto a las conductas instrumentales preventivas y/o de riesgo, Ribes (op. cit.) menciona que son acciones específicas del individuo que directa o indirectamente disminuyen o aumentan la probabilidad de que se desarrolle una enfermedad. Al hablar de conductas instrumentales el autor hace referencia a la capacidad del individuo, entendiéndola como el saber hacer en distintos ámbitos y dimensiones en los que se desenvuelva, además menciona que el que tenga o no lugar una conducta instrumental dependerá de los factores de capacidad, las circunstancias biológicas del individuo, las contingencias situacionales y la manera en que su capacidad modula a dichas contingencias.

Ahora bien, las conductas instrumentales pueden por un lado ser preventivas, es decir, que disminuyan el riesgo de la pérdida de salud o ser de riesgo, es decir, que aumenten el riesgo de la pérdida de salud. Al respecto, argumenta que el modulador crucial de las conductas instrumentales es la capacidad del individuo, misma que concibe como:

- 1) La disponibilidad de las conductas requeridas en tanto morfologías efectivas de comportamiento.

2) La disponibilidad de información sobre por qué se tienen que realizar o no ciertas conductas (motivos).

3) La disponibilidad de la información respecto a las ocasiones en qué y oportunidad con qué deben realizarse determinados comportamientos y

4) La disponibilidad de formas de interacción alternativas, destinadas a las conductas que tienen ciertos efectos instrumentales.

En lo que corresponde a las conductas instrumentales que constituyen factores de riesgo para la salud de diversa manera, Ribes (op. cit.) señala específicamente que pueden ser de tres tipos:

1) Cuando la conducta de manera gradual expone al individuo a condiciones del ambiente y que producen cambios patológicos.

2) Cuando la conducta del individuo es responsable directa del contacto con agentes patógenos específicos o

3) Cuando la conducta del individuo es responsable directa del daño biológico. De estas conductas, el autor distingue las directas que son aquellas que ponen en contacto directo con el patógeno, y las indirectas, aquellas que sin producir contacto con agentes patógenos o agentes dañinos aumentan la vulnerabilidad del organismo, un ejemplo de ello, es el desarrollo de cáncer de pulmón sin ser fumador, los malos hábitos alimenticios o la falta de ejercicio como conductas instrumentales de riesgo.

Si se conjugan dichas prácticas de conductas instrumentales de riesgo y la alta vulnerabilidad biológica se desencadena una patología que requiere de un tratamiento y una terapéutica que se verá afectada por el comportamiento individual. Al respecto, son tres los factores que se deben tomar en cuenta: 1) los factores vinculados al seguimiento y la

adherencia terapéutica determinada, como el seguimiento de una dieta, la toma de medicamentos sistemáticamente y/o la actividad física constante 2) comportamientos rehabilitativos y 3) comportamientos asociados a la patología biológica.

Los factores del proceso confluyen en un punto final constituido por la modulación contingencial de los estados biológicos. Dicha modulación está regulada tanto por la historia interactiva del individuo como por las competencias efectivas con las que cuenta frente a una situación representada por las contingencias. Las contingencias modularán la reactividad biológica dependiendo de las acciones efectivas que despliegue el sujeto que está interactuando en dicha situación y de los aspectos históricos vinculados a los estilos interactivos que el individuo manifiesta consistentemente cuando entra en contacto con el componente contingencial referido a las consecuencias. A su vez, las competencias funcionales efectivas se ven afectadas por factores históricos que modulan el contacto con situaciones contingenciales efectivas y la historia particular de efectividad de las acciones ante condiciones situacionales semejantes a las que definen la funcionalidad de las competencias en cuestión.

Ahora bien, los resultantes son dependientes de varios factores del proceso e implican factores de orden histórico precedentes, tal es el caso de las conductas instrumentales de reducir o aumentar el riesgo de desarrollar la enfermedad. Por otro lado la vulnerabilidad biológica está determinada por la modulación contingencial y ambos factores confluyen en la configuración de las circunstancias que darán origen a la enfermedad, ésta a su vez determinará conductas asociadas que pueden estar reguladas por conductas instrumentales. De manera general, Ribes plantea que son cuatro las combinaciones resultantes:

a) Conductas instrumentales de alto riesgo y alta vulnerabilidad biológica, desarrollarán una enfermedad.

b) Conductas instrumentales de alto riesgo y baja vulnerabilidad, probabilidad variable de desarrollo de enfermedad.

c) Conductas instrumentales de bajo riesgo y alta vulnerabilidad, probabilidad variable de desarrollo de enfermedad.

d) Conductas instrumentales de bajo riesgo y baja vulnerabilidad, probabilidad baja de desarrollar patologías.

Así pues, la salud de una persona depende, por un lado, de condiciones biológicas y sociales, y por otro, de su comportamiento, concebido desde su historia. Aunado a ello y por último, Ribes (op. cit.) en su Modelo de la Salud, menciona que existen conductas asociadas a la enfermedad que se pueden relacionar directamente con una condición patológica o que pueden presentarse como el resultante de algunas conductas instrumentales sin que exista una patología. Menciona que sí las conductas están asociadas a la existencia de una patología pueden darse de tres formas:

1) Conductas que son el efecto de una alteración biológica y que guardan una correlación de necesidad con ella.

2) Conductas derivadas de la terapéutica aplicada para modificar la condición patológica y

3) Conductas que se vinculan indirectamente con la condición patológica, es decir, aquellas que surgen como reacción psicológica a la enfermedad como el desaliento, la queja, la ansiedad, etcétera.

La importancia de estas conductas radica en que no sólo interfieren en la terapia biomédica efectiva sino que además aumentan la vulnerabilidad del organismo a la condición patógena que lo afecta, así como a nuevas y concluye pues que, el establecimiento de conductas instrumentales adecuadas favorece que se atenúen las conductas relacionadas a la condición patológica así como al a disminución de vulnerabilidad biológica y por ende al mejoramiento de la calidad del vida del individuo.

3.3. La Diabetes Mellitus Tipo 2 desde el Modelo Psicológico de la Salud

El abordaje de la diabetes mellitus tipo 2 desde este modelo supone que, como para cualquier otra patología existe un proceso psicológico y resultantes pertinentes al proceso salud-enfermedad. Para la diabetes, uno de los factores de riesgo principales es la obesidad debido a que causa resistencia a la insulina. Ahora, el problema de la obesidad está vinculado principalmente a que el individuo lleva una dieta rica en grasa saturada provocando desórdenes metabólicos e incrementos en los niveles de glucosa en sangre, además el estilo de vida del paciente son obesidad se caracteriza por ser sedentario, todo esto implica para el cuerpo una demanda mayor de insulina y cuando el cuerpo ya no la produce o la que produce es de mala calidad, se desarrolla la diabetes mellitus tipo 2. Así pues, seguir una dieta y un estilo de vida saludable permite, a nivel de prevención primaria, evitar el desarrollo de la patología y a nivel de prevención secundaria y terciaria permiten controlarla y evitar sus complicaciones. En ese sentido, el problema principal en el control de la diabetes mellitus tipo 2 es la adherencia terapéutica debido a que si el individuo no se apega al diagnóstico y la prescripción terapéutica no logrará el control patológico o agudo,

para los pacientes diabéticos es todo un reto sobre todo adherirse a la dieta recomendada para el control de su enfermedad.

Rodríguez y García (2011) mencionan que la importancia del seguimiento de la dieta en pacientes diabéticos radica en que además de disminuir la obesidad, una dieta adecuada permite el control metabólico de la enfermedad.

Oblitas (2006) menciona que dentro del ámbito de salud, el trabajo del psicólogo está enfocado a promocionar el desarrollo de prácticas y políticas para mejorar el bienestar individual y colectivo y promover la prevención de las enfermedades. En ese sentido, menciona que existen tres niveles de prevención en los que se puede intervenir:

- 1) La prevención primaria: que se refiere a las actividades encaminadas a impedir o disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad, así como proteger y promover la salud.
- 2) La prevención secundaria: referida a las acciones dirigidas para evitar la enfermedad una vez que los síntomas se hagan presentes aunque la enfermedad aún no esté desarrollada como tal.
- 3) La prevención terciaria: referida a los procesos de tratamiento y rehabilitación una vez que la sintomatología y la enfermedad ya están desarrolladas.

Desde la perspectiva que aquí se maneja, la intervención del psicólogo se ubicaría en la fase de resultantes, con el objetivo de alterar conductas instrumentales de riesgo en un nivel de prevención secundario y sobre comportamientos de adherencia terapéutica y de conductas asociadas a la enfermedad en un nivel de prevención terciario; esto implica que hay que alterar la conducta alimentaria. Rodríguez y García (2011) mencionan que el seguimiento de dietas convencionales es difícil de mantener a largo plazo y sostienen que el problema

de ello radica en que muchas de las intervenciones son únicamente informativas y no entrenan al paciente en conductas necesarias para obtener un adecuado control de la dieta, así pues manifiestan que es necesario desarrollar intervenciones para instaurar y modificar hábitos y conductas saludables que permitan al paciente adherirse de forma efectiva a la dieta prescrita. Desde el modelo, la adherencia implica el establecimiento de competencias específicas de cuidado de la salud así como la alteración de conductas instrumentales de riesgo e implementación de conductas preventivas.

3.4. Competencias

Ribes (2009) menciona que un sistema eficaz de salud implica dotar al individuo de recursos para disminuir los factores ambientales que elevan su vulnerabilidad biológica, lo que implica adiestrar al individuo en el uso de recursos, su transformación y evitación de contacto con circunstancias y agentes patógenos, además de capacitarlo para que interactúe con las contingencias situacionales, de modo pues que además de la efectividad de sus interacciones module reacciones biológicas que no afecten negativamente su sistema.

En el proceso de salud un factor psicológico que impacta directamente en la emisión de conductas instrumentales es el denominado: “competencias funcionales presentes” que, como en el caso de historia de competencias, se refiere a un factor disposicional. Las competencias funcionales presentes refieren un conjunto de comportamientos o acciones emitidos en distintos momentos y circunstancias caracterizadas por demandar una respuesta correcta, o la solución de un problema, por ejemplo; pero no se refieren a una habilidad concreta. Así, para saber si una persona es competente, en este caso, para cuidar su salud, hay que evaluar si presenta conductas instrumentales preventivas y si no presenta

conductas de riesgo, por supuesto, para que una persona se comporte competente en el cuidado de su salud, en primera instancia requiere incorporar conocimientos en sus prácticas diarias y no sólo limitarse a repetir la información.

En ese sentido, Rodríguez (2011) menciona que los psicólogos al explicar y transformar la actividad humana deben tener claro que el comportamiento es sólo una dimensión de la problemática que se abordará y que existen otros factores de orden social, político, económico, ambiental, condiciones biológicas, prácticas culturales, diferencias de género etcétera que no pueden ser analizadas psicológicamente. La psicología sólo se encargará de identificar todos aquellos elementos que conforman la unidad de análisis y que influyen para que un individuo con historia única, características y capacidades propias, en condiciones determinadas, con ciertas personas se comporte de cierta manera.

De manera específica, en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 Rodríguez y García (2011) mencionan que una vez que la enfermedad está presente, el trabajo del psicólogo debe ser enfocado a lograr que el paciente tenga adherencia terapéutica, específicamente que se adhiera a la dieta, que como se había mencionado, es la piedra angular en el tratamiento. Para ello, desde el Modelo Psicológico de la salud que fundamenta este trabajo, es de suma importancia abordar la problemática desde el establecimiento de competencias específicas de cuidado de la salud así como la alteración de conductas instrumentales de riesgo y preventivas.

Como se mencionó, las competencias funcionales presentes hacen alusión a un factor disposicional, que tiene que ver con la capacidad presente de una persona para enfrentarse a los requerimientos de una situación determinada que implican logro. Al

respecto, Ribes (1990) menciona que para identificar dichas competencias, se deben considerar los siguientes aspectos:

- 1) Los requerimientos de la situación que tienen que ver con las demandas de la situación en términos de conductas emitidas de adaptación, respuestas correctas, resolución de problemas o producir un resultado.
- 2) Los factores que definen el contexto de la interacción y que son identificables con las características de la situación, es decir, aquellos factores disposicionales de la situación físico/social y del propio individuo.
- 3) Las formas de respuesta del individuo
- 4) Los efectos de su interacción en términos de logro o satisfacción de la demanda requerida de la situación, así como los efectos de dichos requerimientos sobre el propio comportamiento.

Así pues, para lograr establecer competencias efectivas, se deben incorporar conocimientos sobre la enfermedad y vincularla a la práctica efectiva de reconocimiento de las condiciones de ejercitación de las conductas implicadas y de contacto con sus efectos, garantizando que haya un impacto positivo en el comportamiento futuro del individuo, es decir, en el caso particular de la diabetes que el comportamiento del paciente resulte efectivo para los requerimientos específicos de la adherencia a su dieta. Rodríguez y García (op. cit.) mencionan que el establecimiento de dichas competencias da lugar a conductas instrumentales preventivas que disminuyen la probabilidad de que se desarrolle la enfermedad o en el caso de pacientes que ya la desarrollaron, que empeore su estado patológico. Estas conductas son indicadores adecuados de capacidad o competencia en

función de que son ocurrencias o acciones en contingencias de logro, definido convencionalmente como cuidado de la salud.

Ribes en 1990 distinguió cinco formas de competencias disponibles que configuran conductas instrumentales preventivas eficaces, que derivan en los siguientes tipos de *saber hacer*:

1) Saber qué tiene que hacerse, en qué circunstancias tiene que hacerse, cómo decirlo y cómo reconocerlo.

2) Saber cómo hacerlo, haberlo hecho antes, o haberlo practicado.

3) Saber por qué tiene que hacerse o no (sus efectos), y reconocer si se tiende o no a hacerlo.

4) Saber 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).

Rodríguez y García (op. cit) mencionan que en el caso de la diabetes las conductas instrumentales preventivas y la eliminación de conductas instrumentales de riesgo caen en la categoría de indirectas según el Modelo Psicológico de la Salud debido a que no producen un contacto directo con agentes patógenos o dañinos sino a que aumentan paulatinamente la vulnerabilidad biológica del organismo, en esta categoría se ubican las prácticas alimentarias inadecuadas y el sedentarismo.

Los cinco saberes mencionados por Ribes (1990) se deben traducir en conocimiento y habilidades concretas que el paciente debe incorporar en su vida cotidiana, particularmente en su comportamiento alimentario y su actividad física. El primer tipo de “saber” tiene que ver con los conocimientos sobre la enfermedad, por qué se desarrolla,

cómo se manifiesta y cómo se trata, enfatizando que la adherencia terapéutica es la mejor manera para lograr calidad de vida. Respecto al segundo saber Rodríguez y García (op. cit.) mencionan que se deben entrenar competencias que tienen que ver con la identificación de las conductas instrumentales de riesgo como los hábitos alimenticios, la actividad física, visitas regulares al médico, seguimiento del régimen terapéutico, así como el conocimiento de planes de alimentación saludables y nutrición.

En lo que respecta a este trabajo las conductas vinculadas al tercer tipo de saber son de suma importancia debido a que no solamente el paciente debe tener claras las razones por las que debe adherirse a un plan de cuidado de su salud, sino que debe identificar sus tendencias a presentar conductas de riesgo así como identificar en qué circunstancias o situaciones tiende a comer alimentos insalubres y a ser sedentario. El paciente debe saber que las implicaciones del control inadecuado de la enfermedad son irreversibles como la falla renal, el pie diabético, la ceguera, las neuropatías, los problemas de corazón, así como los trastornos psicológicos que se derivan de dichas complicaciones; también debe conocer el impacto que tienen en el propio paciente y en la familia. Las competencias vinculadas al cuarto tipo de saber tienen que ver con el reconocimiento de aquellas situaciones que aumentan la probabilidad de que la persona se alimente inadecuadamente, esto implica identificar aquellos factores disposicionales del ambiente y de la propia persona que hacen más probable que se alimente inadecuadamente como la disponibilidad de cierto tipo de alimentos, circunstancias sociales específicas como fiestas o reuniones, lugares como restaurantes o tiendas, estados emocionales que propician cierto tipo de prácticas alimentarias de riesgo como la tristeza, preocupación o aburrimiento, el gusto o preferencia

por ciertos alimentos no saludables, condiciones biológicas como la privación de alimento durante un tiempo prolongado, malos hábitos para comer o preparar alimentos.

Por último, las competencias relacionadas al quinto tipo de saber tienen que ver con la adquisición de formas alternativas de comportamiento. Esto se relaciona con la adquisición de nuevos hábitos alimentarios y prácticas de salud, que sean flexibles y puedan adaptarse a distintas circunstancias. En este punto cabe señalar, que el estudio y el reconocimiento de los factores disposicionales resultan fundamentales para que el trabajo e intervención del psicólogo sea certera, considerando que aunque son diferentes los factores que afectan a cada paciente, existe una serie de factores “comunes” vinculados a la forma de alimentación del mexicano.

El trabajo de médicos y nutriólogos principalmente, ha arrojado evidencias contundentes sobre las medidas que se deben llevar a cabo para el control de la diabetes mellitus tipo 2, hoy en día sabemos que es necesario saber comer, lo que implica llevar una dieta balanceada, procurar seguir un horario constante de alimentación así como hacer actividad física al menos 30 minutos al día y tomar el medicamento prescrito a las horas debidas, el problema radica en el hecho de que no se hace lo que se sabe. Hay un conjunto de factores que debemos estudiar para entender por qué los pacientes rompen sus dietas incurriendo en comportamientos de riesgo para su salud. Desde nuestra perspectiva, las conductas instrumentales de riesgo responden a que la gente se comporta en términos de lo que ocurre en el aquí y en el ahora: el antojo por algo, el olor o la apariencia de la comida, sus hábitos, sus gustos, que otras personas estén comiendo; entre otros. Factores como los ejemplificados son lo que llamamos disposicionales situacionales, y entre otros, pueden estar influyendo de forma importante para que los pacientes, a pesar de tener la

información, rompan su dieta. En ese sentido, la influencia de factores disposicionales en el rompimiento de la dieta se ha estudiado poco, aunque existen algunos estudios que se han realizado en un intento por describir los múltiples elementos que influyen en dichos comportamientos. Por ejemplo, Okolie, Ehiemere, Ezenduka, y Ogbu (2010) realizaron un estudio con 370 pacientes diabéticos para desarrollar una taxonomía sobre las situaciones que viven diariamente y que resultan ser un obstáculo para que los pacientes puedan seguir adecuadamente su dieta. Para ello, utilizaron dos instrumentos, uno para obtener los datos socio-demográficos como género, edad, estado civil, nivel escolar y ocupación. El otro cuestionario contenía preguntas abiertas y cerradas para identificar información sobre los factores situacionales que pueden afectar su adherencia a la dieta y lograron identificar que algunos de los factores que influyen de forma importante para no seguir la dieta son la no accesibilidad a la dieta prescrita así como el alto costo de la misma, la frustración a la restricción, el limitado apoyo de la pareja, los sentimientos de privación, sentir la tentación como inevitable, la circunstancia social (fiestas o reuniones), la dificultad de aceptar y revelar a otros su condición como diabético, la falta de conocimientos sobre nutrición, así como la actitud que los pacientes perciben de los profesionales de la salud, entre ellos la mala actitud de personal, la irregular educación en diabetes, el número limitado de sesiones de educación nutricional, la incapacidad del paciente para estimar la cantidad deseada de alimentos, la falta de recordatorios acerca de las próximas citas, así como la pérdida de tiempo en las clínicas.

Identificar qué factores son los que los pacientes diabéticos reportan como los que más influyen en su comportamiento de adherencia nos permitirá desarrollar intervenciones más eficaces que garanticen que la información que los pacientes reciben por parte del

médico y el nutriólogo para el control de su enfermedad sea llevada a la práctica y se les genere un estilo de vida de calidad.

3.5. Metodología de análisis: El Análisis Contingencial

El Modelo de salud biológica que se ha descrito brevemente en este trabajo cuenta con una metodología que es la que permite concretar el estudio de comportamientos relacionados con la salud. Así, si el interés es identificar o investigar el conjunto de elementos que pueden dar cuenta del comportamiento de adherencia, las categorías del llamado sistema microcontingencial resultan necesarias. No es objeto de este trabajo explicar esta metodología, aunque se dará una breve descripción de una de sus dimensiones, el sistema microcontingencial (Ribes, Díaz-González, Rodríguez y Landa, 1986).

El modelo interconductual concibe el comportamiento como una unidad en la que el ambiente y el organismo son inseparables, desde esa premisa así como de algunas consideraciones sobre la aplicación del conocimiento psicológico (Ribes, 1982, Díaz-González & Rodríguez, 1999) surge la metodología llamada Análisis Contingencial útil para el análisis y el cambio del comportamiento individual. Este sistema de análisis o tecnología científica permite estudiar y transformar el comportamiento individual dentro de su medio social.

Ribes, Díaz-González, Rodríguez y Landa (1990) mencionan que todo comportamiento se da en relación con otros individuos en circunstancias que tienen más o menos una delimitación precisa. El sistema de contingencias en tal red de relaciones interindividuales configura la microcontingencia que define y circunscribe un comportamiento específico, por tanto para analizar un comportamiento es necesario

identificar y describir el conjunto de relaciones microcontingenciales, para lo que es necesario considerar los siguientes factores:

1) Describir las morfologías concretas del comportamiento, es decir, las conductas que integran el comportamiento que se analizará tanto las del usuario así como las de las personas específicas ante las que tiene lugar el comportamiento y/o las circunstancias no personales asociadas al mismo y

2) describir los factores de las condiciones situacionales que tienen funciones disposicionales, es decir, aquellos que condicionan probabilísticamente toda relación, sin que formen parte de ella.

El análisis contingencial como tecnología nos permitirá analizar la problemática de falta de adherencia terapéutica específicamente a la dieta y determinar qué factores disposicionales interfieren para que esto suceda. El análisis consta de cuatro dimensiones que permiten analizar la conducta individual. La primera es el *Sistema microcontingencial* que hace referencia al conjunto de relaciones dadas entre un individuo y otras personas que se delimita situacionalmente, este sistema permite identificar la relación que se pretende analizar y transformar, en nuestro caso el comportamiento de comer de forma poco saludable. La segunda dimensión es el *sistema macrocontingencial*, la cual hace referencia al contexto valorativo que regula las relaciones dadas en dicho sistema. La tercera dimensión y más importante para nuestro estudio, como se había mencionado está constituida por los *factores disposicionales*. Por último, la cuarta dimensión hace referencia a las funciones del comportamiento de otras personas.

A través del análisis del sistema microcontingencial se identifican los elementos que conforman la interacción y se evalúan sus funciones en el comportamiento de estudio, en

este caso la adherencia a la dieta. Siguiendo lo planteado por Rodríguez (2011) se deben analizar e identificar los siguientes elementos:

a) Morfologías de conducta: En donde se debe describir lo que el individuo hace para relacionarse con otros, así como los objetos y eventos del medio en situaciones particulares. Las morfologías son ocurrencias, lo que la gente hace, lo que dice, lo que piensa, su forma de reaccionar. Para el caso del comportamiento de adherencia, algunos ejemplos son: cuánto se come, con qué frecuencia, qué tipo de alimentos, la velocidad con la que se come, entre otros.

b) Situaciones: Son el conjunto de elementos que funcionalmente facilitan o interfieren para que se dé una interacción particular, constituido por diversos *factores disposicionales*. Rodríguez (2011) los define como todos aquellos factores que condicionan probabilísticamente una interacción, es decir, son factores circunstanciales que hacen más probable una forma concreta de responder o relacionarse con el ambiente, en este caso con la comida saludable o, por el contrario, interfieren con que ello suceda.

Es importante señalar que la revisión bibliográfica hecha para este estudio y para otros ha dado cuenta de diversos factores que pueden ser relevantes para entender comportamientos de adherencia en los pacientes diabéticos; sin embargo, muchos otros se han marginado porque, dada una concepción cognitiva de la salud, el contexto situacional en que el paciente diabético come, no se plantea como importante. El Modelo Psicológico de la Salud biológica planteado por Ribes (1990) permite abordar factores situacionales entendidos como un conjunto de disposiciones que hacen menos probable que el paciente diabético siga su régimen alimenticio, tales como los lugares en los que come,

circunstancias sociales en las que se come, la conducta socialmente esperada, propensiones, etcétera.

En ese sentido, existen factores propios del individuo como capacidades y tendencias y factores propios del ambiente físico y social que constituyen un contexto situacional. En este estudio, nos interesa hacer una primera aproximación al estudio de estos factores partiendo de dos consideraciones, una de ellas es que la literatura reporta pocos estudios en donde se evalúe la importancia de dichos factores en el rompimiento o seguimiento de la dieta. Como se señaló, se reportan estudios que toman en consideración algunos estados emocionales, pero, se marginan otros factores que componen las diversas situaciones en las que se come y que podrían estar jugando un papel importante en el comportamiento de adherencia a la dieta. Por otro lado, desde el modelo que fundamenta este trabajo, resulta necesario explorar la diversidad de elementos que conforman la conducta para poder explicarla, en el caso de los comportamientos de adherencia, si bien se han estudiado una serie de variables, el fenómeno no se ha explorado en su totalidad, dado que lo que se ha venido enfatizando es el conjunto de fenómenos que se conciben como elementos cognitivos.

La categoría de *situaciones* contempla diversos elementos que podrían tener una función disposicional en la interacción de estudio, Ribes, Díaz-González, Rodríguez y Landa (1986) plantean siete elementos que pueden configurar el contexto situacional de una relación, para el caso que nos ocupa, la relación entre el paciente diabético y la comida. Lo que se analiza para cada persona es si alguno de estos elementos, varios o todos tienen una función disposicional y de qué tipo, esto es, cuál o cuáles de ellos hacen más probable que

un paciente coma de forma inadecuada a su salud y cuáles favorecen que coma de forma saludable. Los elementos que se identifican son:

1) Circunstancias sociales: Son las circunstancias que convencionalmente definen un tipo de relación, como una fiesta, por ejemplo.

2) Lugar o lugares: el ambiente físico en algunas ocasiones tiene una función disposicional, por ejemplo, no tener otra opción de alimento más que el puesto de tacos o la cocina de la casa.

3) Objetos o acontecimientos físicos: existen cierto tipo de objetos o acontecimientos que pueden tener funciones disposicionales, la televisión, por ejemplo, que puede hacer más probable que la gente esté comiendo al verla.

4) Conductas socialmente esperadas: el comportamiento en un ambiente social será siempre valorado, de acuerdo a las condiciones del medio en el que se encuentre el individuo existirán demandas de comportamiento convencionales que serán fundamentales para establecer las relaciones entre individuos, así, por ejemplo, en una celebración o festejo se espera que la gente se coma lo que los anfitriones ofrecen.

5) Competencias e incompetencias para llevar a cabo lo socialmente esperado: su importancia radica en que pueden ser facilitadores o probabilizadores de cierto tipo de comportamientos, si se carece de competencias es muy probable que las conductas esperadas como las de adherencia a la dieta se vean interferidas. Así por ejemplo, si una persona sabe planear sus actividades, es más probable que planee lo que va a comer; o bien, si no tiene habilidades para regular su propia conducta, es muy probable que a la menor oportunidad rompa la dieta.

6) Inclinationes o propensiones: que hacen referencia a gustos, preferencias, condiciones biológicas diversas (hambre, por ejemplo) y estados de ánimo (tristeza, felicidad, furia, miedo, coraje, etc.), o conmociones emocionales. Por ejemplo, que una persona esté triste o preocupada puede propiciar que coma en demasía o que por el contrario deje de comer

7) Tendencias: que hace referencia a costumbres, hábitos y formas de conducta vinculadas a resultados específicos en el pasado. Por ejemplo el hábito de poner sal a la comida antes de haberla probado o el hábito de comer todo el día, son tendencias no saludables para el diabético. Rodríguez (op. cit.) señala que cualquiera de los factores antedichos, pueden conformar el contexto en el que se presenta o no cierta interacción, aunque esto no implica que todos deben aparecer. En el caso particular de esta investigación, la interacción de interés es la adherencia a la dieta en pacientes diabéticos, de modo pues que el Análisis Contingencial nos permitirá definir y analizar cuáles son los factores disposicionales que interfieren mayormente en la adherencia a la dieta en pacientes diabéticos que se someterán a una intervención para mejorar dicha problemática, lo que permitirá delimitar, mejorar y potencializar las intervenciones futuras logrando así que más pacientes sigan su régimen alimenticio y puedan controlar adecuadamente sus niveles de glucosa en sangre, así como su peso. Con base en lo anterior, en la presente investigación se diseñó y aplicó un instrumento como una primera aproximación para identificar los factores específicos vinculados al contexto situacional que las personas reportan como importantes para romper la dieta.

4. CONFIABILIZACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR DISPOSICIONES QUE INTERFIEREN CON LA DIETA DEL DIABÉTICO

Desde el Modelo Psicológico de la Salud Biológica propuesto por Ribes (1990) basado en el Modelo Interconductual propuesto por Kantor (1953) que ofrece un abordaje naturalista al tema de salud, se pueden identificar los factores psicológicos vinculados al proceso de salud-enfermedad. Como se mencionó, hay un conjunto de factores que debemos estudiar para entender por qué los pacientes rompen sus dietas incurriendo en comportamientos de riesgo para su salud. Desde nuestra perspectiva, el comer de forma poco saludable es una conducta instrumental de riesgo indirecta que debe analizarse considerando la relación entre un conjunto de elementos planteados en el sistema microcontingencial; de estos elementos, los contemplados en el rubro de *Situaciones* han sido poco atendidos, y podrían jugar un papel disposicional importante, esto es, podrían interferir con el seguimiento de una dieta saludable. Por ello, y en virtud de la poca información que se reporta en la literatura al respecto, se presenta un estudio exploratorio, de tipo descriptivo, que tuvo como objetivo identificar los factores disposicionales que los pacientes reportan como los que más influyen para que rompan su dieta.

Cabe aclarar que este estudio forma parte de una línea de investigación sobre comportamientos de adherencia en diabéticos y que se llevó a cabo como parte de una investigación mayor en la que se evaluó el efecto de algunas técnicas de intervención en adherencia a la dieta, así como en indicadores biológicos.

Método

Participantes

Se trabajó con una muestra intencional voluntaria de 156 pacientes diabéticos, 25 hombres y 131 mujeres de 12 centros de salud, la mayor parte de ellos de la Secretaría de Salud del Estado de México. La edad promedio de la muestra evaluada fue de 57.31 años, con un rango de edad entre los 17 y 86 años. La mayoría de los pacientes (27.2%) tenía más de 10 años de haber sido diagnosticada con la enfermedad, seguidos de un 18.4% que reportaron entre 5 y 10 años de haber sido diagnosticados. El 23.7% de la muestra tenía una escolaridad de primaria inconclusa seguida del 20.5% que terminó la secundaria.

Tipo de estudio y diseño de investigación

Hernández, Fernández y Baptista (2006) mencionan que en un diseño descriptivo el objetivo es especificar las propiedades importantes de un fenómeno, se basa en la medición de uno o más atributos del mismo permitiendo, valga la redundancia, hacer una descripción de cómo es y cómo se manifiesta dicho fenómeno. Por otro lado, mencionan que un diseño transversal permite analizar el nivel de una variable en un momento dado. Así pues, en función del objetivo de la presente investigación y lo señalado por los autores se decidió realizar un estudio de tipo descriptivo con un diseño transversal.

Variables e instrumentos

Variables

Variable Dependiente: Importancia atribuida a factores disposicionales situacionales para el rompimiento de la dieta.

VARIABLES DE COMPARACIÓN: Género, escolaridad y tiempo de diagnóstico.

Instrumento

Se desarrolló un instrumento para evaluar la importancia atribuida a diversos factores disposicionales en el rompimiento de la dieta. El instrumento constó de 31 reactivos diseñados para evaluar factores disposicionales situacionales, tanto del ambiente como del propio participante. Del ambiente se incluyeron 17 (de los cuáles 6 estuvieron relacionados a la circunstancia social, 7 a lugares, 2 a conducta socialmente esperada y 2 a objetos) y del propio individuo se incluyeron 14 (5 relacionados a las inclinaciones, 6 a propensiones y 3 a tendencias). Los reactivos se elaboraron, con base en la propia categoría de situaciones, así como con base en algunas entrevistas informales. Se incluyeron, entonces, los que se consideraron más importantes.

Las opciones de respuesta estaban en una escala tipo Likert, planteada de la siguiente manera: (0) no contestó, (1) nunca he vivido una situación semejante, (2) nada importante, (3) poco importante, (4) importante, (5) muy importante.

Materiales y procedimiento

Para la aplicación del protocolo general en el que se inscribe este estudio, se acudió a diversos centros de salud y se hizo la difusión de un Taller para mejorar la adherencia a la dieta en pacientes diabéticos. Se formaron grupos de pacientes en cada centro, a los cuales, en un primer contacto, se les explicaron los objetivos del estudio general y se les solicitó un consentimiento informado. Se les indicó también que la información obtenida era estrictamente confidencial. Posteriormente tres instructores capacitados aplicaron el

instrumento en cada uno de los centros en distintas fechas. Para su aplicación, se les explicó a todos los pacientes el objetivo del mismo así como la forma en la que debía ser contestado, mostrando un par de ejemplos. Se aclararon dudas y se les indicó que si se les complicaba contestarlo, se confundían o necesitaban ayuda lo solicitaran a alguno de los instructores, debido principalmente a que la mayoría de los participantes eran adultos mayores, algunos no alcanzaban a leer o no sabían escribir ni leer. Las instrucciones se dieron de forma grupal y se respondió de manera individual. El tiempo requerido para contestar el cuestionario fue de entre 20 y 35 minutos. Una vez respondido, se agradeció su colaboración y se les invitó a continuar en el protocolo general.

Para la recolección de datos se utilizaron instrumentos impresos y plumas y para el análisis de éstos se utilizó el paquete estadístico SPSS 20.0 por sus siglas en inglés (*Statistical Package for the Social Sciences 20.0*)

Resultados

Confiabilización del instrumento

En un primer momento se realizó la prueba *Alpha de Cronbach* para la confiabilización del instrumento. En el análisis completo se obtuvo $\alpha = .935$ lo que indica un alto índice de confiabilidad (Tabla 1).

Tabla 1. Confiabilidad del instrumento

Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach basada en ítems estandarizados	Número de ítems
.935	.935	31

Posteriormente, se hizo el análisis de cada uno de los factores y se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 2. Alfa de Cronbach por factor.

Factor	Número de ítems	Alpha de Cronbach
Circunstancia social	6	.711
Lugar	7	.832
Conducta socialmente esperada	2	.802
Objetos o acontecimientos físicos	2	.172
Inclinaciones	5	.625
Propensiones	6	.888
Tendencias	3	.560

En función de lo obtenido, se decidió eliminar el factor relativo a *Objetos o acontecimientos físicos* por haber obtenido una fiabilidad significativamente baja $\alpha = .172$

El análisis estadístico para determinar los factores que según la población reporta como MUY IMPORTANTES para no seguir su dieta se hizo con base en la distribución normal, para ello, se obtuvieron la media poblacional y la desviación estándar de cada

factor (Tabla 3), en función de la sumatoria de dichos estadísticos de cada factor, es posible identificar el porcentaje de personas que reportan que el factor influye de forma importante en el rompimiento de su dieta.

Tabla 3. Media, desviación estándar y porcentaje poblacional que respondió “Muy importante” a cada factor.

Factor	Media	Desviación estándar	% de respuesta "Muy importante"
Tendencias	9.1045	2.65927	23.8%
Circunstancia social	19.3097	4.65647	22.5%
Conducta socialmente esperada	6.1484	2.30976	20.7%
Lugar	19.5871	6.09533	19.9%
Propensiones	17.4416	5.91441	19.4%
Inclinaciones	16.3613	3.99006	17.4%

Los resultados indican que el factor *Tendencias* resulta ser el que más influye en el rompimiento de la dieta de la muestra estudiada, seguido del factor *Circunstancia social* y el que menos influye es el factor *Inclinaciones*, aunque no por ello dejará de ser importante.

Posteriormente, se identificaron las frecuencias de respuesta "MUY IMPORTANTE" de cada ítem para determinar a qué reactivo de cada factor se le atribuye más importancia, los resultados se observan en la Tabla 4.

Tabla 4: Porcentajes más altos de respuesta MUY IMPORTANTE de los reactivos de cada factor.

Factor	Reactivo	% respuesta "Muy importante"
Tendencias	Que estoy acostumbrado a comer mucho	20.5
Circunstancia social	Estar en una reunión	21.9
	Estar en una fiesta familiar	23.2
Conducta socialmente esperada	Que me ofrezcan comida	23.9
Lugar	Estar en la cocina de mi casa	16.0
	Estar en la calle	15.4
Propensiones	Que esté preocupado	14.8
	Que esté nervioso	14.1
Inclinaciones	Que la comida que hay me guste mucho	29.7
	Que tenga mucha hambre	28.2
	Que no haya comido en muchas horas	18.6

De los reactivos que conforman el factor *Tendencias* el más importante para no seguir la dieta según lo reportado por la muestra de este estudio es "*Que estoy acostumbrado a comer mucho*" con un 20.5% de respuestas. Y aunque el factor *Inclinaciones* fue el menos importante para romper la dieta según lo reportado por ellos, dos de los reactivos que lo conforman fueron los que obtuvieron los porcentajes más altos:

"Que la comida que hay me guste mucho" con 29.7% de respuestas y "Que tenga mucha hambre" con 28.2%.

Además, se realizó una prueba t de student para grupos independientes con el objetivo de identificar si existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en la atribución de importancia por factor, así como una prueba ANOVA de un factor para determinar si las variables de escolaridad y fecha de diagnóstico presentan diferencias significativas en la importancia atribuida a cada factor.

Los resultados de la prueba t de student indican que no existen diferencias significativas, pues todos los resultados se encuentran por encima del nivel de significancia de $\alpha = .05$ de modo pues que la importancia atribuida a cada factor es igual tanto para hombres como mujeres.

Por último, los resultados de la prueba ANOVA de un factor para determinar si la variable de escolaridad y la fecha de diagnóstico arrojan diferencias significativas en la importancia atribuida a cada factor indican que, con relación a la variable de escolaridad sólo existen diferencias significativas, aunque no tan altas, para el factor *Inclinaciones* pues se encuentra en el límite de significancia ($p = .05$) con un $\alpha = .053$, de modo que es probable que la importancia atribuida al factor *Inclinaciones* varíe de acuerdo al nivel escolar. Con relación a la variable de tiempo de diagnóstico los resultados obtenidos indican que sólo existen diferencias significativas respecto al factor *Conducta socialmente esperada*, pues se obtuvo un $\alpha = .056$ y aunque se encuentra igualmente en el límite de significancia aceptada ($p = .05$), es probable que la importancia atribuida al factor *Conducta socialmente esperada* cambie de acuerdo al tiempo de diagnóstico del paciente.

DISCUSIÓN

Los factores disposicionales de tipo situacional han sido poco estudiados en el abordaje de la diabetes mellitus tipo 2. Los enfoques desde los que mayormente se ha tratado dicha problemática de salud son: el *psicoeducativo* en el que se contempla que la falta de información es un factor determinante para la falta de adherencia al tratamiento del diabético; sin embargo podemos darnos cuenta que las campañas informativas no son suficientes, pues es necesario enseñarle al paciente a manejar dicha información. Peyrot y Rubin (2007) mencionan que las intervenciones psicológicas en el abordaje de las enfermedades crónicas son de tipo conductual y psicosocial, partiendo de un enfoque de afrontamiento en el que se enfoca la atención a la enseñanza de estrategias centradas en el problema del auto-cuidado y en las emociones negativas que desmotivan al paciente. Robles y Moreno (2002) consideran que son dos las teorías que explican la adopción de conductas saludables para prevenir enfermedades y/o complicaciones y son la conductual y la cognitivo-conductual. Las intervenciones en función de la teoría conductual se enfocan en la modificación de las conductas alimentarias; sin embargo este tipo de intervenciones resultan costosas, requieren de mucho tiempo y la permanencia de los pacientes en los programas es poca. Desde la teoría cognitivo-conductual se considera que el comportamiento está determinado por "variables o procesos internos" como creencias, pensamientos y expectativas. Las intervenciones desde esta teoría se centran en cambiar dichos "pensamientos" respecto a la dosis de medicamentos, la poca percepción de apoyo, los estados emocionales que interfieren en la adherencia a la dieta, entre otros.

Dichas teorías y modelos, hacen hincapié en diversos factores que se vinculan a la falta de adherencia al tratamiento y en general, a todos aquellos que propician el desarrollo,

mantenimiento o agravamiento de la enfermedad; sin embargo, hay que destacar que impera la percepción fragmentada de las ciencias biomédicas lo que se ve reflejada en el estudio de un sólo tipo de factores psicológicos ya sean conductuales, cognitivos, sociales o una combinación de estos, pocas veces se ha abordado la problemática de manera integral, entendiendo la interrelación que existe entre todos los factores; además de que no existe una delimitación concreta de ellos, pues muchas veces se definen de forma ambigua y resultan difíciles de evaluar.

Así pues, se considera que el Modelo Psicológico de la Salud Biológica planteado por Ribes (1990) en función de la teoría interconductual planteada por Kantor (1958), es el más idóneo para entender la problemática de la diabetes mellitus tipo 2, pues su aproximación naturalista permite identificar los diversos factores vinculados al proceso de la enfermedad. Ribes (op. cit) es de los autores que no limita el estudio del comportamiento a la lógica causalista de las variables, sino que toma en consideración a los factores disposicionales que no tienen un papel causal, sino probabilístico, esto es, hacen más probable o menos probable un comportamiento.

CONCLUSIONES

Como se ha estado mencionando, los factores disposicionales han sido marginados en el estudio de las conductas de adherencia. Desde la perspectiva del Modelo Psicológico de la Salud Biológica, resulta relevante considerarlos como parte de un conjunto de elementos que pueden explicar dichas conductas. Así pues, se esperaría que los programas preventivos incluyeran, entre otros conjuntos de habilidades, la identificación de factores disposicionales (en cada paciente) y la alteración de su función, de manera tal que no interfieran con el seguimiento de su dieta.

En función de ello, en esta investigación se consideró relevante confiabilizar un instrumento diseñado para evaluar la importancia que los pacientes diabéticos atribuyen a diversos factores disposicionales en el seguimiento de su dieta. Dicho instrumento constó de 31 reactivos divididos en 7 factores disposicionales de tipo situacional tanto del ambiente como del paciente. En este estudio se encontró que de los 7 factores incluidos, únicamente 6 fueron válidos, la muestra les atribuye un papel importante en el rompimiento de su dieta, en orden de importancia a: *tendencias, circunstancia social, conducta socialmente esperada, lugar, propensiones e inclinaciones.*

Los resultados de las pruebas estadísticas indican que el factor de *Tendencias* es el reportado como el más importante para romper la dieta, pues así lo calificó el 23.8% de esta muestra, de manera específica el reactivo que expresa: *"Estoy acostumbrado a comer mucho"* resultó el más relevante. El factor de *Circunstancia social* también resultó ser muy importante para el 22.5% de la muestra, de manera específica señalan que *"Estar en una fiesta familiar"* influye significativamente para no seguir la dieta según el 23.2% de la muestra, mientras que el 21.9% señala que *"Estar en una reunión"* es lo que más influye

para su no adherencia, pues de forma informal los pacientes comentan que por lo regular la comida en dichas circunstancias no es la más saludable ni balanceada, en ese sentido no es de sorprender que también el factor *Conducta socialmente esperada* sea de suma importancia para romper la dieta, pues el 20.7% de la población así lo reporta y específicamente se señala "*Que me ofrezcan comida*" como lo que más influye, según el 23.9% de la muestra, pues comentan que negarse a aceptar la comida podría ser una falta de respeto, aunado a que familiares o conocidos cercanos no aceptan fácilmente un no como respuesta. En cuanto al factor *lugar* el 19.9% indica que sí es un factor importante y de manera específica se menciona que "*Estar en la cocina de mi casa*" y "*Estar en la calle*" resulta lo más importante para el rompimiento de la dieta con 16.0% y 15.4% respectivamente. Los factores de *propensiones* e *inclinaciones*, resultaron menos importantes aunque no menos significativos, pues el 19.4% y el 17.4% indicaron que son factores importantes, de manera específica para el factor de *propensiones* señalaron "*Que esté preocupado*" y "*Que esté nervioso*" es lo que más influye para el rompimiento de la dieta con 14.8% y 14.1% respectivamente. Hay que resaltar que la mayoría de las investigaciones realizadas respecto al rompimiento de la dieta se centran en la "ansiedad" y la "depresión" como factores causales de la no adherencia; los hallazgos aquí reportados demuestran que si bien, como factores disposicionales son importantes, no son más relevantes que las *tendencias* o las *circunstancias sociales* de modo pues que estos hallazgos podrían re-direccionar el trabajo realizado en las investigaciones e intervenciones hasta ahora realizadas en torno a la problemática de adherencia, no sólo a la dieta sino también al tratamiento, aunque habría que ampliar las investigaciones al respecto.

En ese sentido, Okolie, Ehiemere, Ezenduka, y Ogbu, (2010) realizaron un estudio con 370 pacientes diabéticos para desarrollar una taxonomía sobre las situaciones que se viven diariamente y que resultan ser un obstáculo para que los pacientes puedan llevar adecuadamente su dieta. Identificaron factores psicosociales como la no accesibilidad a la dieta prescrita, la frustración a la restricción, el limitado apoyo de la pareja, los sentimientos de privación, sentir que la tentación es inevitable, dificultad para seguir la dieta en reuniones sociales y la dificultad de aceptar y revelar a otros su condición como diabético. Desde nuestra perspectiva, estos autores incluyen, sin distinción teórica, algunos factores de tipo disposicional y algunas morfologías de conducta, y encuentran que son obstáculos a la adherencia; pero hay que resaltar que éste es uno de los pocos estudios que toma en cuenta ciertas características del ambiente. En cuanto a los trabajadores del sector salud, se identificaron obstáculos como: la mala actitud de personal de salud, la irregular educación en diabetes, el número limitado de sesiones de educación nutricional, la incapacidad del paciente para estimar la cantidad deseada de alimentos, la falta de recordatorios acerca de las próximas citas, así como la pérdida de tiempo en las clínicas, que son elementos que tienen que ver con la competencia requerida por los pacientes para relacionarse de manera exitosa con los sistemas de salud, que es otro de los elementos a considerar cuando se interviene en adherencia.

Se puede concluir que los factores disposicionales referidos a la situación física del propio individuo, de manera específica las *Tendencias* son los que en ulteriores investigaciones y diseños de intervención se deben tomar muy en cuenta, pues cambiar tendencias personales resulta muy difícil; sin embargo, es factible procurar que las nuevas conductas que desarrolle el paciente en torno a su alimentación y condición como diabético

tengan efectos deseables para que a largo plazo se generen también nuevas tendencias, lo que implica sin duda el apoyo terapéutico e idealmente social, pues como se hizo evidente en los resultados de esta investigación, factores del ambiente como *Circunstancia social*, *Conducta socialmente esperada* y *Lugar*, también resultan influir de manera importante en la adherencia a la dieta del paciente. Hay que finalizar comentando que resulta necesario que el paciente sea competente en el cuidado de su salud, que posea las herramientas necesarias para manejarse, controlarse y llevar una dieta saludable ante cualquier situación.

BIBLIOGRAFÍA

- Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Organización Mundial de la Salud. (2004). Revisado el 14 de Julio de 2012. Desde:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=
- Aguilar, S. C., Gómez, D. R. & Gómez, P. F. (2011). La diabetes tipo 2 en México: Principales retos y posibles soluciones. *Revista de la Asociación Latinoamericana de diabetes*, 1 (4), 148 - 161. Revisado el 25 de febrero de 2012. Desde:
http://www.revistaalad.com.ar/pdfs/Revista+ALAD_Vol1_No4_2011-4.pdf
- Amador, D. M., Márquez, C. F. y Sabido, S. A. (2007). Factores asociados al auto-cuidado de la salud en pacientes diabéticos tipo 2. Revisado el 26 de marzo de 2012. Desde:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2007/amf072f.pdf>
- Anderson, R. (2000). The diabetes empowerment scale: A measure of psychosocial self-efficacy. *Diabetes Care*, 11, 519 – 526.
- Arce, E. L. y Monge-Nájera, J. (2009). Género y niveles de adherencia al tratamiento antihipertensivo en el personal de la Universidad Estatal a Distancia de Costa Rica. *Research Journal of the Costa Rican Distance Education University*. Revisado el 8 de Agosto de 2012. Desde:
<http://investiga.uned.ac.cr/revistas/index.php/cuadernos/article/view/226/100>
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*. 37 (2), 122 - 147.

- Becoña. I. E., Vázquez, L. F. y Oblitas, G. L. (2000). Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. *Psicología de la Salud* (pp. 11 - 52). México: Plaza y Valdés, S. A. de C.V.
- Bersh, S. (2006). La obesidad. Aspectos Psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 35 (4), 537 - 546.
- Briones y Cantú (2004). Valoración dietética y estado nutricional en pacientes con diabetes mellitus no insulino dependiente con presencia o ausencia de hipertensión arterial. *Revista de Salud Pública y Nutrición*. 5 (1), 1 - 7. Revisado el 20 de Julio de 2012. Desde: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=95&IDARTICULO=22774&IDPUBLICACION=2319>.
- Cabrera C., Novoa A. y Centeno N. (1991). Conocimientos, actitudes y prácticas dietéticas en pacientes con diabetes mellitus II. *Salud Pública de México*, 33 (2), 166-172.
- Casado, I., Camuñas, N., Navlet, R., Sánchez, B., y Vidal J. (1997). Intervención cognitivo-conductual en pacientes obesos: implantación de un programa de cambios en hábitos de alimentación. *Revista Electrónica de Psicología*. 1, (1). Revisado el 20 de Agosto de 2012. Desde: http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol1num1/art_2.htm
- Cerda, F. R., Rojas, A. M., Dávila, R. M., González, Q. G., Cortés, G. E. y Leal, G. C. (2002). Hemoglobina glucosilada: prueba de laboratorio necesaria para el control metabólico de pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. *Revista de Salud Pública y Nutrición*. 3 (1), 1 - 6. Revisado el 20 de Julio de 2012. Desde:

<http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=95&IDARTICULO=23147&IDPUBLICACION=2359>

Constitución de la Organización Mundial de la Salud. (1946). Revisado el 2 de Agosto de 2012. Desde: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf?ua=1>

Dahms, W., Molitch, M., Bray, G., Green, F., Atkinson, R. & Hamilton K. (1978). Treatment of obesity: cost-benefit assessment of behavioral therapy, placebo, and two anorectic drugs. *American Journal of Clinical Nutrition*, 31, 2, 774-778.

Díaz-González, E. y Rodríguez, M. L. (1999). Evaluación de un procedimiento instruccional para la identificación de problemas psicológicos. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*. 25 (1), 105 - 121. Revisado el 15 de Enero de 2013. Desde: http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCkQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.revistas.unam.mx%2Findex.php%2Frmac%2Farticle%2Fdownload%2F27159%2F25263&ei=mtbuUsCeO8G4yQG_-YDoDA&usg=AFQjCNGjxSwv2vJTb1ZXtP1dSIVo8rHP7g&sig2=DsNH1aaSgHuM2KfMbPrqdg&bvm=bv.60444564,d.b2I

Egede, L. E. & Osborn, C. Y. (2010). Health literacy, diabetes self-care, and glycemic control in adults with type 2 diabetes. *Diabetes Technology & Therapeutics* 12 (11), 913 – 919. Revisado el 10 de agosto de 2012. Desde: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3000637/>

Estadísticas a propósito del día de muertos. Datos nacionales. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2010). Revisado el 13 de Julio de 2012. Desde: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2010/muertos10.asp?c=2771&ep=45>

Estrella, F. (2009). Diabetes, mitos, realidades y esperanzas. España: Marpa Artes Gráficas.

Fernández, C. J. (1993). Psicología básica y salud. *Anales de Psicología*. 9 (2), 124 - 131.

Revisado el 12 de Noviembre de 2012. Desde:
<http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/13294/1/Psicolog%C3%ADa%20b%C3%A1sica%20y%20salud.pdf>

Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior*. Estados Unidos: Addison-Wesley Reading.

Flórez, A. L. (2004). Psicología de la salud. *Revista Psicología Científica.com*. Revisado el 13 de Octubre de 2012. Desde: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-141-1-psicologia-de-la-salud.html>

García, R. J. C. (2008). Propuesta de taller para mejorar la adherencia a la dieta en pacientes con diabetes tipo 2.

Geoffrey, G., Pickup, J. y William, G. (2002). Diabetes aspectos difíciles y controvertidos. España: Medicina STM Editores.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación. México: McGraw Hill.

Islas, A. S. y Revilla, M. C. (2004). Diabetes Mellitus: concepto y nueva clasificación. *Diabetes mellitus* (pp. 3 - 20). México: McGraw-Hill.

Kantor, J. R. (1953). The logic of modern science. Chicago: Principia press.

Kantor, J. R. (1958). Interbehavioral psychology. Chicago: Principia press.

Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Ediciones Martínez Roca. Koch, J. (2005). The role of exercise in the African-American woman with type 2 Diabetes Mellitus: Application of the Health Belief Model. *Journal of the American Association of*

- Nurse Practitioners*. 14 (3), 126 - 130. Revisado el 19 de Octubre de 2012. Desde:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1745-7599.2002.tb00103.x/abstract>
- Las 10 causas principales de defunción. Organización Mundial de la Salud. (2008).
Revisado el 21 de Junio de 2012. Desde:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index.html>:
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986).
- Lerman, I. (1999). Atención integral del paciente diabético. México: McGraw-Hill.
- Libertad, A. y Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 9 (1), 48-56.
- Lilienfeld, S. O., Lynn, S. J., Namy, L. L. & Woolf, N. J. (2011). Psicología. Una introducción. Madrid: Pearson.
- López, F. y Godoy J. (1994). Estrategias cognitivo-conductuales para el tratamiento de la obesidad. En García, J. C. (2008) *Propuesta de taller para mejorar la adherencia a la dieta en pacientes con diabetes tipo 2*.
- Martín, L. A. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana de Salud Pública*. 29 (3), 275 - 281. Revisado el 12 de Noviembre de 2012.
Desde: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662003000300012&script=sci_arttext
- Martínez, L., Vega, C., Nava, C. y Anguiano, S. (2010). Revisión de investigaciones sobre las enfermedades del siglo XXI en México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13, 1-17 Revisado el 8 de Agosto de 2012. Desde:
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/16915>

- McCord, E. & Brandenburg, C. (1995). Beliefs and attitudes of persons with diabetes. *Family Medicine*.27 (4), 267 - 271.
- Meichenbaum, D. & Turk, D. (1976). The cognitive behavioral management of anxiety, anger and pain. *The behavioral management of anxiety, depression and pain*. New York: Brunner/Mazel.
- Moreno, E. y Roales, J. (2003). El modelo de creencias de salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa: hacia un análisis funcional de las creencias de salud. *International Journal of Psychology and Psychology Therapy* 3, (1), 91-109.
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., Willig, C., Woodall, C. & Sykes, C. M. (2008). *Psicología de la salud: Teoría, investigación y práctica*. México: Manual Moderno.
- Oblitas, G. (2006). Fundamentos de Psicología Clínica y de la Salud. *Psicología de la Salud y enfermedades crónicas*. Colombia: PSICOM Editores.
- Olivari, M. C. & Urra, M. E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y Enfermería*. 13 (1), 9 - 15.
- Okolie, U., Ehiemere, I., Ezenduka, P. & Ogbu, S. (2010). Contributory factors to diabetes dietary regimen non adherence in adults with diabetes. *World Academy of Science, Engineering and Technology*, 45. Revisado el 10 de enero de 2013. Desde: <http://waset.org/author/okolie-uchenna>
- Orozco, J. B. (s/d). Guía de estudio para el curso: Psicología de la salud. Revisado el 27 de Septiembre de 2012. Desde: http://www.uned.ac.cr/sociales/catedras/psicologia/GUIA_DE_ESTUDIO_PSICOLOGIA_DE_LA_SALUD01.pdf.pdf

- Ortego, M. López, G. & Álvarez, T. (2010). La adherencia al tratamiento. Revisado el 10 de Agosto de 2012. Desde: http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf-reunidos/tema_14.pdf
- Ortíz, M. & Ortíz, E. (2007). Psicología de la salud: una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile*. 135, 647 – 652. Revisado el 8 de Agosto de 2012. Desde: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v135n5/art14.pdf>
- Ortíz, P. M. (2006). Estrés, estilo de afrontamiento y adherencia al tratamiento de adolescentes diabéticos tipo 1. *Terapia Psicológica*, 24 (2) 139 - 147. Revisado el 22 de Agosto de 2012. Desde: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78524203>
- Penick, S., Filion, R., Fox, S. & Stunkard A. (1971). Behavior Modification in the Treatment of Obesity. *Psychosomatic Medicine*. 33, (1), 49-56.
- Peyrot, M. & Rubin, R. (2007). Behavioral and Psychosocial Interventions in Diabetes: A conceptual review. *Diabetes Care*. 30, (10), 2433 - 2440.
- Piña, J. (2008). Variaciones sobre el modelo psicológico de la salud de Ribes: justificación y desarrollo. *Universitas Psychologica*, 7 (1), 19-32. Revisado el 26 de Marzo de 2012. Desde: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1657-92672008000100003&script=sci_arttext
- Piña, L. J. y Sánchez, S. J. (2007). Modelo Psicológico para la Investigación de los Comportamientos de Adhesión en Personas con VIH. *Universitas Psychologica*, 6 (2), 399 - 407. Revisado el 18 de Agosto de 2012. Desde: <http://www.redalyc.org/pdf/647/64760217.pdf>

- Polaino, L., A. y Roales, N., J. (1994). Estrés, locus de control y Psicología de la atribución. *Psicología y diabetes infantojuvenil*. Madrid: Siglo XXI.
- Ribes, I. E. (1982). El conductismo: reflexiones críticas. Barcelona: Fontanella.
- Ribes, I. E. (1990). *Psicología y Salud: Un análisis conceptual*. México: Trillas.
- Ribes, I. E. (2006). Competencias conductuales: Su pertinencia en la formación y práctica profesional del psicólogo. *Revista Mexicana de Psicología*, 23 (1), 19 - 26. Revisado el 10 de noviembre de 2012. Desde: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243020646003>
- Ribes, I. E. (2009). Reflexiones sobre la aplicación del conocimiento psicológico: ¿Qué aplicar o cómo aplicar?. *Revista de Análisis de la Conducta* 1 (1), 3 - 17. Revisado el 16 de Noviembre de 2012. Desde: <http://www.uv.mx/dcc/files/2012/06/26.-Ribes-2009.pdf>
- Ribes, I. E., Díaz-González, A. E., Rodríguez, C. M. de L. y Landa, D. (1986). El análisis contingencial: una alternativa a las aproximaciones terapéuticas del comportamiento. *Cuadernos de Psicología*, 8 (1), 27 - 52.
- Ribes, I. E. y López, F. (1985). Teoría de la Conducta. Un análisis de campo y paramétrico. México: Trillas.
- Robles, S. y Moreno, D. (2002). Evaluación psicológica en la prevención del VIH/SIDA. En: L. Aragón y A. Silva. *Evaluación Psicológica en el área clínica*. México: Editorial PAX México.
- Rodríguez, M. L. (2011). Análisis contingencial. Un sistema psicológico interconductual para el campo aplicado. México: FES Iztacala, UNAM.

- Rodríguez, M. L. y García, J. C. (2011). El Modelo Psicológico de la Salud y la diabetes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14 (2), 210 - 222. Revisado el 10 de Noviembre de 2012. Desde: http://campus.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol14num2/Vol14No2A_rt12.pdf
- Ryle, G. (1949). *The concept of mind*. New York: Routledge
- Sebastiani, R., Pelicioni, M. y Chiattono, H. (2002). La Psicología de la Salud Latinoamericana: hacia la promoción de la salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. 2 (1), 153-172.
- Seyle, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Soto, M. F., Lacoste, M. J. A., Papenfuss, L. R. & Gutiérrez, L. A. (1997). El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del SIDA. *Revista Española de Salud Pública*. 71 (4), 335 – 341.
- Sparrow, L. C. (2008). Respuestas a algunas objeciones y críticas a la terapia cognitivo-conductual. *Boletín Electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología*. 4, (1) 57-65. Revisado el 26 de Abril de 2012. Desde: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?id_revista=166
- Sullivan, J. B. (1978). Self-esteem and depression in adolescent diabetic girls. *Diabetic care*. 1 (1), 18 - 22.
- Tuomilehto, J., Lindström, J., Eriksson, J. G., Valle, T. T., Hämäläinen, H., Ilanne-Parikka, P., Keinanen-Kiukaanniemi, S., Laakso, M., Louheranta, A., Rastas, M., Salminen, V., Aunola, S., Cepaitis, Z., Moltchanov, V., Hakumäki, M., Mannelin, M., Martikkala, V., Sundvall, J. y Uusitupa, M. (2001). Prevention of Type 2 Diabetes

Mellitus by Changes in Lifestyle among Subjects with Impaired Glucose Tolerance.

The New England Journal of Medicine. 344 (18), 1343 - 1350. Revisado el 19 de

Octubre de 2012. Desde:

<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM200105033441801>

Vázquez, J.,Gómez, H. y Fernández, S. (2006). Diabetes Mellitus en población adulta del

IMSS. *Revista del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 44 (1), 303 - 308.

Zavala, M. y Whetsell, M. (2007). La fortaleza de los pacientes con enfermedad crónica.

Revista de la Universidad de La Sabana, 7 (2), 174 - 188. Revisado el 20 de Agosto

de 2012. Desde: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74107208>