



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“Autocontrol en la adherencia a la dieta de
pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2”**

**T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)
Alma Denisse Alva Mendoza**

Directora: Mtra. **Norma Yolanda Rodríguez Soriano**

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

Mtro. **Juan Carlos García Rodríguez**



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, Junio 2016.



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 está 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.

“Donde haya un árbol que plantar, plántalo tú. Donde haya un error que enmendar, enmiéndalo tú. Dónde haya un esfuerzo que todos esquivan, hazlo tú. Sé tú el que aparta la piedra del camino”.

Gabriela Mistral

AGRADECIMIENTOS

Muchas personas formaron parte importante de este largo viaje que desembocó en esta tesina que les presento el día de hoy.

Por lo que deseo expresar mi eterno agradecimiento a mi familia, donde aprendí a vivir y sobre todo a ser perseverante.

Estoy en deuda con mi Mami (Alma E. Mendoza) por apoyarme en todo momento, por ser mi gran ejemplo como mujer y como profesionista, pero sobre todo por no dejarme caer nunca.

Gracias Papá (Fernando Alba) por apoyarme y enseñarme que en la vida hay obstáculos, pero que puedo sobrepasarlos.

Gracias a mi hermana (Tamy Alva) por su amor y apoyo incondicional.

Gracias a mi hermano (Fer Alva) por estar siempre cerca.

Gracias Bruno, eres lo mejor de mi vida.

Gracias a mis amigas del Colegio de Ciencias y Humanidades, por su amistad y apoyo: Daniela Fernández, Alicia Campuzano y Ericka Jiménez.

Gracias a mis amigas de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, por su cariño, comprensión y apoyo en todo momento: Ángeles Ojeda, Aidee Ibarra, Nadia Beltrán y Alejandra Paz.

Gracias a mi compañero, amigo y novio (Irvin Ochoa) por su amor, comprensión y apoyo en todo momento, gracias por sacarme y regalarme una sonrisa cada día.

Personas que formaron parte importante en mi formación, fue mi Maestra Norma Yolanda Rodríguez Soriano y la Dra. Ma. De Lourdes Rodríguez Campuzano (Mayu), gracias por orientarme, enseñarme a hablar y escribir, gracias por compartir conmigo su tiempo para concluir mi tesina.

Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México que me dio la oportunidad de iniciar mis estudios. A la Facultad de Estudios Superiores Iztacala por brindarme el tiempo, el espacio y sobre todo por darme la oportunidad de desarrollarme personal y profesionalmente.

Gracias al programa UNAM DGAPA PAPIIT IT 300 114 por darme la oportunidad de desarrollarme profesionalmente. Así como mis compañeros del proyecto “Impacto de cuatro tratamientos, sobre el comportamiento de adherencia a la dieta de pacientes diabéticos”, ya que aprendí mucho con y de ellos.

Por último, deseo expresar mi gratitud a todas aquellas personas que viven con Diabetes Mellitus que se abrieron y expresaron conmigo, porque aprendí mucho de cada una de ellas en los talleres impartidos.

ÍNDICE	PÁG.
Resumen.....	1
Introducción.....	2
Capítulo 1. Integración de la Psicología en el ámbito de la Salud.....	8
1.1 ¿Qué es la Psicología?.....	8
1.2 Objeto de estudio de la psicología.....	9
1.3 Campos de aplicación de la Psicología en general.....	10
1.4 Dimensión psicológica de la salud.....	11
1.5 Funciones profesionales del psicólogo.....	14
1.6 Enfermedades crónico degenerativas e infecto contagiosas, transición epidemiológica y calidad de vida.....	15
1.7 Desarrollo y estado actual de enfermedades crónico degenerativas en México.....	19
Capítulo 2. Diabetes Mellitus (DM).....	22
2.1 Concepto.....	22
2.2 Incidencia y Estadísticas.....	23
2.3 Etiología.....	24
2.4 Clasificación.....	25
2.5 Tratamiento Médico.....	28
2.5.1 Fármacos.....	28
2.5.2 Dieta.....	29
2.5.3 Ejercicio Físico.....	31
Capítulo 3. Adherencia terapéutica y autocontrol.....	35
3.1 Concepto, importancia y ámbito médico en el que surgió el concepto de la adherencia terapéutica.....	35
3.2 ¿Qué puede hacer el psicólogo para promover la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2?.....	42
3.3 Definición de autocontrol.....	44
3.4 Desarrollo de autocontrol en diferentes ámbitos.....	46
3.5 Trabajos o estudios de orientación psicológica que trabajan con autocontrol en DM.....	51
Capítulo 4. Propuesta de intervención.....	56
Conclusiones.....	69
Bibliografía.....	72
ANEXOS.....	79

Resumen

El objetivo de este trabajo fue diseñar un programa de adherencia a la dieta dirigido a pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Se realizó investigación documental de publicaciones entre 1986 y 2014 para identificar y analizar estrategias de evaluación e intervención. Se concretó una propuesta de autocontrol en tres fases 1. Pretest (auto reporte escrito), 2. Intervención a partir de identificación de situaciones en las que se rompe la dieta y selección estrategia de control (evitar, escapar, dosificar, postergar y modificar), así como auto administración de consecuencia (medición del nivel de glucosa) y 3. Posttest (nuevamente auto reporte escrito). La psicología de la salud participa en el fomento del bienestar a partir de la investigación, evaluación, desarrollo, prevención e intervención de conductas promotoras de la salud.

Palabras clave: Psicología de la salud, diabetes mellitus tipo 2, autocontrol, adherencia terapéutica, propuesta de intervención.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha puesto atención en la relación entre salud y conducta, por esta razón se ha buscado prevenir la enfermedad y mejorar tanto la salud como el bienestar de las personas, iniciativa que se ha logrado a través de la investigación de la dimensión conductual de la salud. Un ejemplo de acciones al respecto es el surgimiento de campañas por parte del sector público y privado que han ofrecido educación para las personas, esa educación se enfoca en elementos ya sea de carácter comportamental o ambiental.

Durante mucho tiempo, las enfermedades de mayor riesgo para las personas fueron de tipo transmisible y el tratamiento dependía principalmente de los cuidados que brindaba el médico en relación con procesos quirúrgicos o farmacoterapia, por lo que la participación del paciente era mínima. Actualmente el desarrollo de la investigación biomédica consiguió controlar las enfermedades transmisibles, pero la modernidad también ha cambiado el estilo de vida de las personas y favoreció el desarrollo de padecimientos crónicos.

En el transcurso de la relación entre salud y conducta, surgieron interdisciplinas como son psicología de la salud, salud conductual, la medicina conductual e inmunología conductual. Perspectivas que tuvieron como propósito destacar la importancia de los factores derivados del comportamiento individual en la prevención, terapéutica y rehabilitación de los problemas de salud.

Es por eso que Matarazzo (1995, p. 27) definió puntualmente a la psicología de la salud como “... *el agregado de las contribuciones profesionales, científicas y educativas de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad y la identificación de correlaciones etiológicas y diagnósticos de salud, enfermedad y disfunción relacionadas...*”.

Mientras que Piña y Rivera (2006, p. 3) propusieron que la psicología de la salud “...*debe entenderse simple y llanamente como un campo de actuación profesional en el que los psicólogos poseen los conocimientos acerca de las competencias, saber hacer las cosas de modo eficiente indispensables para cumplir con las funciones de investigación, prevención y rehabilitación, fundamentalmente poniendo énfasis en las investigación de qué y cómo las variables psicológicas facilitan o dificultan la práctica de los comportamientos de riesgo o de prevención, con el objeto de prevenir una enfermedad y promover la salud...*”.

Entre las definiciones mencionadas se observan cambios, pues en un principio se refirió el conocimiento aportado por los psicólogos en la prevención y cuidado de la salud; mientras que en la segunda se habló de las competencias de los psicólogos y qué tan eficientes deben ser para cumplir con cada una de las funciones que se plantearon y para lograr aplicarlas de manera correcta en las enfermedades crónicas.

En la actualidad las enfermedades crónicas con mayor incidencia y prevalencia se relacionan con el estilo de vida que tienen las personas. Menéndez, Guevara, Arcia, León, Marín y Alfonso (2005) mencionan que se han observado cambios en los patrones de consumo de alimento, lo que ha llevado a que los factores de riesgo incrementen debido a hábitos alimenticios donde abunda harina, productos de origen animal, exceso de alimento en desequilibrio con actividad física y componentes hereditarios y/o de alteración biológica. También se ha observado que en la medida que las personas envejecen aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas.

Las enfermedades crónicas significan un trastorno orgánico funcional que tiende a persistir a lo largo de la vida y obliga a modificar hábitos y costumbres (Vinaccia y Orozco, 2005). Por lo tanto, la contribución activa del paciente será importante para su tratamiento, al mantener su salud en equilibrio y modificar su estilo de vida; entonces, su conducta jugará un papel importante dentro del tratamiento. A partir de esto, el área médica comenzó a reconocer la participación de la dimensión psicológica en los problemas de salud.

Entre las enfermedades crónicas más comunes están la obesidad, la hipertensión arterial, el cáncer y la DM, por mencionar algunas. De acuerdo con Padilla, Ontiveros, Muñoz, Peralta y Gutiérrez (2008, p. 46) “...la Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 es la tercera causa de muerte en México y específicamente en personas con edades de entre 55 a 64 años ocupa el primer lugar como motivo de muerte...”.

Los pacientes que padecen DM presentan alteraciones en el metabolismo de carbohidratos, proteínas y grasas, así como una relativa o completa deficiencia de la secreción de insulina con grados variables de resistencia (Durán-Varela, Rivera-Chavira & Franco-Gallegos, 2001) y frecuentemente se acompaña de otro tipo de alteraciones de la salud como hipertensión arterial, triglicéridos por encima de los valores normales y niveles elevados de colesterol (Olaiz-Fernández, Rojas, Aguilar-Salinas, Rauda & Villalpando, 2007). Los pacientes con DM necesitan estar bajo supervisión médica toda la vida y en la

mayoría de los casos no son los únicos miembros de su familia con la enfermedad, por lo que el paciente y la familia deben tener un estricto control, el cual requiere de la atención multidisciplinaria de un equipo de profesionales de la salud en el que participará el psicólogo aplicado a la salud.

Esta enfermedad es precedida en buena medida por los patrones de consumo, los estilos de vida o por componentes hereditarios y/o de alteración biológica que padecen las personas; es por eso que se considera al individuo por las prácticas que realiza, ya que a partir de éstas se verá afectada su salud y en consecuencia su calidad de vida. Lo que constituye la dimensión psicológica de la salud, que Rodríguez (2003, p. 13) define “...entendido como la interacción construida históricamente entre ciertos elementos del organismo y ciertos elementos del medio...”, lo cual es indispensable para dar cuenta del estado salud-enfermedad que vive cada persona. Por ello la diabetes mellitus y sus complicaciones necesitan de una alta asociación con la adherencia al tratamiento, con el propósito de contener el deterioro paulatino que va produciéndose en el organismo. Definitivamente, la promoción de la salud y la prevención de la DM es una tarea de los psicólogos en el área de la salud mediante las distintas posibilidades de inserción profesional que tienen.

Ahora bien, la Organización Mundial de la Salud (Flórez, 1997) exige que se reoriente la atención en la salud y se dé importancia a la educación y a los estilos de vida dañinos. Ésta es una tarea principalmente del psicólogo, ya que él desarrollará en los pacientes las competencias necesarias en cuanto a un estilo de vida saludable que repercuta positivamente en su calidad de vida; en algunos casos también involucra a los familiares, para que el paciente controle su estilo de vida, sus hábitos alimenticios y logre adherirse al tratamiento y disminuir los comportamientos de riesgo. Desde el punto de vista de Flórez (1997) será necesario que el individuo haga uso adecuado y racional de los servicios de salud y preserve su medio físico y social. Por lo tanto, se busca que el paciente aprenda un proceso a fin de identificar, dirigir y regular su propia conducta al protagonizar el cuidado de su persona y su ambiente. Es pertinente hablar de adherencia al tratamiento (Orueta, 2006; Martos, Pozo & Alonso, 2008, p. 60) y en este punto resulta imprescindible mencionar el autocontrol, técnica derivada de la modificación de conducta que hace énfasis en los determinantes ambientales, situacionales y sociales que ejercen influencia en la

conducta. Baumeister, Vohs y Tice (cit. en Medrano- Vázquez, Rojas-Russell, Serrano-Alvarado, Flores-Alarcón, Aedo-Santos & López- Cervantes, 2014) describen autocontrol como la capacidad para modificar las propias respuestas y ponerlas en consonancia con las normas, los ideales, los valores, la moral, las expectativas sociales y la persecución de objetivos a largo plazo.

En el presente trabajo se analizará una opción de tipo psicológico para prevenir la Diabetes Mellitus (DM), por su alto índice de mortalidad y a razón de la creciente cifra de personas que la padecen. A partir de lo expuesto, esta tesina tiene como objetivo general proponer la técnica de autocontrol para lograr adherencia a la dieta de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM-2). Mientras que los objetivos particulares son:

1. Identificar y analizar propuestas teóricas o metodológicas para el desarrollo de autocontrol y su repercusión en la modificación de conducta.
2. Enfocar la adherencia terapéutica como competencia psicológica necesaria en pacientes con DM-2.
3. Presentar la técnica de autocontrol como alternativa para conseguir adherencia terapéutica en pacientes con DM-2.
4. Desarrollar programa de intervención basado en autocontrol, para que personas con DM 2, se adhieran a la dieta.

Para lograr los objetivos ya planteados se desarrollarán cuatro capítulos, en el capítulo uno se hará una revisión histórica de la integración de la psicología en el ámbito de la salud, qué se sabe de ella, cómo fue que surgió y por qué su inclusión en el área de la medicina ha impactado a lo largo de los años a partir de reconocer la relación que existe entre salud y enfermedad; se abordará la dimensión psicológica de la salud, mostrando los límites con el área médica y delimitando también el área psicológica, ya que por momentos pareciera que son uno mismo. Por otra parte, se considera importante describir lo que hace de la psicología de la salud una disciplina y, por tanto, será necesario precisar la labor del psicólogo en esta área.

En el capítulo dos, se describirá la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM-2) por ser una enfermedad con alto índice de mortalidad en México y que actualmente es una de las principales causas de ingresos y egresos hospitalarios; además de generar un deterioro en la calidad de vida de las personas que la padecen. Es una enfermedad que de primera instancia

no manifiesta síntomas, pero provoca grandes daños en la salud, hasta causar la muerte. Se describirá la DM-2, como enfermedad que ocupa el segundo lugar en consultas de Medicina familiar y genera una serie de complicaciones en la salud de quien la padece.

En el tercer capítulo, se describirán la adherencia terapéutica y el autocontrol. Se retomará el término de adherencia que Martín y Grau (2004, p. 93) definieron como “...una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado...”. Se considera que la adherencia terapéutica es de vital importancia para este trabajo porque al hablar de salud, también se está hablando de conducta y por lo tanto la adherencia es relevante tanto para enfermedades de tipo transmisible como para enfermedades crónico degenerativas y sus repercusiones en las personas que las padecen. Aprender a llevar una dieta, realizar ejercicio y seguir el tratamiento farmacológico estará relacionado con la conducta y las creencias y pensamientos que el paciente tenga de su enfermedad, así como la motivación para recuperar su salud y la actitud que tenga para adaptarse. Como segundo tema en el capítulo tres se definirá el autocontrol. Baumeister, Vohs & Tice (cit. en Medrano- Vázquez et al., 2014) describen como autocontrol a la capacidad para modificar las propias respuestas y ponerlas en consonancia con las normas, los ideales, los valores, la moral, las expectativas sociales y la persecución de objetivos a largo plazo. Los mismos autores mencionan que el autocontrol puede beneficiar de manera positiva a los pacientes con alguna enfermedad crónica, ya que ponen en práctica sus conductas de autocuidado que darán como resultado un control en sus hábitos alimenticios, en su peso corporal, en rutinas de ejercicios y en su tratamiento farmacológico. Se considera que al tener autocontrol en las conductas que benefician la salud, los pacientes también podrán salir beneficiados en el comportamiento que exhiben respecto a su calidad de vida. En consecuencia, al tener mayor autocontrol habrá mayor adherencia a su tratamiento farmacológico, a sus rutinas de ejercicio y a llevar una dieta adecuada para la prevención de su salud.

Como cuarto y último capítulo se presenta una propuesta de intervención basada en la necesidad de desarrollar competencias efectivas mediante el trabajo psicológico, por lo que será importante la participación del individuo al desarrollar y practicar habilidades de autocontrol para el buen manejo de su enfermedad. Se considera que la propuesta ofrece una alternativa viable, pues se trata de enseñar al paciente que vive con este tipo de

enfermedad a hacerse responsable de su salud y aprender a vivir sanamente con su enfermedad.

CAPÍTULO 1

INTEGRACIÓN DE LA PSICOLOGÍA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

1.1 ¿Qué es la Psicología?

En la actualidad se ha vuelto complejo hablar de psicología, porque prevalece la confusión relacionada con su objeto de estudio y porque existen disciplinas como medicina, sociología, antropología, filosofía, biología y química; que se han entre mezclado con ella, todas con el estudio del hombre como denominador común pero cada una con su objeto de estudio definido, a excepción de la psicología.

En el principio de la psicología como disciplina, se le señalaba como una tecnología que remediara los problemas que iban surgiendo en la educación, en las relaciones interpersonales y en general los problemas a los que se enfrentaba la sociedad; fue entonces que el psicoanálisis, el humanismo y el existencialismo se encargaron de cubrir las demandas emergentes (Cueli y Reidi, 1983). Dichos enfoques fueron llamados psicología y se les encomendó la solución de fenómenos psíquicos, sueños, síntomas y otras conductas desadaptadas, pero su intervención carecía de fundamento teórico.

Posteriormente surgió el Análisis Conductual Aplicado, que en su momento representó una evolución en el campo de la salud mental, ya que apareció con la intención de aplicar el conocimiento científico que se estaba desarrollando en la psicología. Sus fundamentos se presentan a partir del paradigma de reflejo y de la psicología experimental; luego apareció el conductismo creado por Watson y posteriormente surgió con Pavlov el paradigma del reflejo, también Skinner con el modelo operante y la teoría del aprendizaje (Kazdin, 1996). Los autores ya mencionados, trabajaron con los principios de aprendizaje, para darle a la Psicología la calidad de ciencia a través del método científico y posteriormente formular una teoría con base en sus investigaciones.

Es por eso que Rodríguez (2003) describe las dos vertientes de la Psicología:

- a) *Pragmática. Construida para satisfacer las necesidades y las demandas de la sociedad, pero solo es relativa, ya que no tiene criterios científicos, sino sólo*

- b) *criterios sociales que dan respuestas a las demandas de alguna estructura social o económica.*
- c) *Mientras que la científica, se construyó a partir de la definición epistémica, como una disciplina que aplica conocimiento producido por la ciencia (p. 12).*

Luego de la diferencia que hace la autora de lo que es la vertiente pragmática y científica de la psicología, se confirma la necesidad de darle el carácter de ciencia a partir de un enfoque que cuente con un objeto de estudio particular y un método para estudiarlo. El nuevo enfoque requirió de teoría general de la conducta, luego de teoría específica de la conducta humana y por último de la creación de modelos acordes a las características de los sectores de incidencia profesional (Ribes y López, cit. en Rodríguez, 2003).

Ahora bien, Ribes y López (cit. en Rodríguez, 2003, p. 12) mencionan que es importante distinguir lo que es ciencia y tecnología para llegar a definir lo que llamamos psicología, “...la ciencia es un modo de producción de conocimiento que se origina a partir de la definición de un objeto de estudio propio y empírico que no se traslape con el de otras disciplinas. Se caracteriza por ser genérico y abstracto, así como proceder analíticamente; su objetivo es explicar el campo de relaciones pertinentes a su objeto de modo genérico. La tecnología, por su parte, es concreta, singular y procede sintéticamente, su interés central es la alteración de su objeto de estudio en casos singulares (solución de problemas, prevención, creación de instrumentos, etc.), sus categorías son sintéticas, en tanto resumen el conocimiento genérico procurado por la ciencia...”. Resulta importante tener claro qué es ciencia y qué es tecnología, porque de esta manera no habrá confusiones respecto a cómo se estará entiendo a la psicología, y por lo tanto quedará claro cuál es su objeto de estudio.

1.2 Objeto de estudio de la Psicología

El enfoque conductual hace énfasis en los determinantes ambientales, situacionales y sociales que ejercen influencia en la conducta, a partir de esta aproximación teórica se derivan diversas técnicas de intervención para tratar problemas de diferente magnitud (Kazdin, 1996), estas estrategias también se pueden utilizar para tratar problemas de salud como se verá a lo largo de los capítulos.

Siguiendo la misma línea Rodríguez (2003, p. 13) llegó a la premisa de que” ... *la Psicología estudia el comportamiento, entendiendo éste como la interacción construida históricamente entre ciertos elementos del organismo y ciertos elementos del medio, hay que considerar que pocas situaciones sociales y naturales no contienen problemas o fenómenos de tipo conductual...*”. Hasta ahora, diversos escenarios de aplicación de la Psicología han llevado a desarrollar nuevas metodologías que respondan a diferentes poblaciones o contextos determinados. Por lo tanto, no se debe olvidar que se estudian los procesos del comportamiento con las características de la población o del contexto de forma particular. En tanto que, el desarrollo de las metodologías llevará un conocimiento teórico-conceptual de las áreas que se traten, las características del enfoque deben tomar en cuenta la conducta y la evaluación, en ésta última se debe poner atención ya que se pueden alterar los resultados, puesto que cada persona es distinta.

Resulta importante tener claro cuál es el objeto de estudio de la Psicología a partir del marco teórico presentado; es por ello que el desarrollo de la investigación y el estudio científico fueron de principal importancia. De esta manera se empezó a trabajar con los distintos problemas que aquejaban a la sociedad, los problemas empezaban a ser más frecuentes en el sector educativo, también en el área de la salud, asesoría, rehabilitación y organizaciones. Fue entonces que se le dieron créditos a dicho enfoque, ya que los problemas de la sociedad se iban solucionando, pero no de manera ambigua, sino con teoría que sustentara la forma en que se estaba trabajando con los distintos problemas, pero sobre todo de una manera objetiva.

1.3 Campos de aplicación de la psicología en general

Rodríguez (2003) describe algunos campos o áreas sociales de los cuales podría ser parte la psicología con sus respectivos objetivos de inserción profesional, entre los que encontramos a la ecología y vivienda, teniendo como objetivo la detección de recursos ambientales, la planeación y establecimiento de conductas de prevención de daño ambiental, como cuidado del medio, el entrenamiento en competencias para el cuidado del medio ambiente, la investigación de los factores que aumentan el daño al ambiente; y por último la intervención para solucionar problemas a favor de las condiciones ambientales. En el campo de la educación se identifican problemas al igual que competencias y recursos

vinculados con el aprendizaje, también se desarrollan y planean situaciones de enseñanza-aprendizaje, se desarrollan las competencias y entrenamiento en los docentes y se investiga e interviene en problemas de aprendizaje. En el campo de la producción se detectan los criterios de efectividad, se estudian los estilos de interacción y las competencias laborales de las personas, en cuanto a la planeación y prevención se realiza el diseño de los diferentes ambientes, se entrena a los directivos y a otros trabajadores para que desarrollen tanto competencias como habilidades específicas para su puesto, también se realizan investigaciones relacionadas con contextos laborales y se interviene en los factores ambientales y cómo influyen en las conductas de trabajo.

El campo de la Salud es otro ejemplo del ámbito de aplicación de la tecnología psicológica al detectar los estilos de conducta relacionados con la salud y recursos del paciente que acude a consulta médica; se busca prevenir accidentes y enfermedades para establecer conductas que favorezcan a la salud; es necesario que se investiguen las competencias y estilos interactivos de los usuarios del servicio en cuanto a las conductas de riesgo y de prevención, además de técnicas para desarrollar comportamiento adaptativo y de adherencia al tratamiento en los diferentes problemas de salud. El sector salud es el responsable de este tipo de tareas y también de establecer objetivos de impacto comunitario, para ello se necesita capacitar a profesionales y paraprofesionales del equipo de salud, de lo cual también puede encargarse el psicólogo.

1.4 Dimensión psicológica de la salud

Pasaron décadas para que se lograra definir la Psicología en el ámbito de la salud (PS), lo que habla de una larga historia de participación desde que se puso atención en la relación que existía entre salud y conducta, participación que no estaba del todo definida, aunque empezó a ser parte de la práctica médica. En el siglo XX los médicos notaban que debían ser compasivos, cuidadosos y comprensivos para que hubiera una mayor recuperación en los pacientes, pero dependía en gran medida de que las observaciones se hicieran de forma individual y se lograba una mejoría en los pacientes. Posteriormente, al darse cuenta que era importante la relación entre la enfermedad del paciente y el ambiente en el que se desarrollaba ésta, fue como poco a poco el paciente adquirió un papel activo en el cuidado de su salud. Entonces, en Estados Unidos (EU) surgió la Medicina completa, es decir, el

interés por estudiar al paciente de manera total, tanto su cuerpo como sus cuidados y su ambiente. Se reclutaron psicólogos en la Escuela de Medicina de la Universidad de Washington, con el fin de trabajar de manera conjunta con los médicos y tratar a los pacientes de una forma más completa (Matarazzo, 1995).

Una vez que el médico y el psicólogo empezaron a trabajar en equipo, se llegó al campo interdisciplinario que fue llamado Medicina Conductual, este campo se interesaba en el desarrollo e integración de las ciencias biomédicas y conductuales, además de técnicas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Igualmente se puso atención en la aplicación de técnicas para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Después de darse cuenta de que la Medicina Conductual era un término que no contenía los elementos para prevenir y cuidar la salud, Matarazzo modificó y llamó Salud Conductual, que definió como: “...*campo interdisciplinario dedicado a la promoción de una filosofía de salud que enfatiza la responsabilidad individual en la aplicación del conocimiento de la ciencia biomédica y conductual y en las técnicas para el cuidado de la salud y la prevención de enfermedad y disfunción, por una diversidad de actividades individuales de autoiniciativa o compartidas...*” (1995, p. 26). En el año de 1980 las actividades que realizaban los psicólogos eran tan necesarias como las actividades de los médicos dentro del área de la salud, fue entonces cuando se formó la *Division of Health Psychology* (DHP) como una organización científica educativa y profesional para los psicólogos, la ahora *American Psychological Association* (APA), posteriormente el mismo autor propuso a los integrantes que en ese momento eran parte de la DHP que se integraran las definiciones de medicina conductual y salud conductual con la que hasta la fecha se identifica a la psicología de la salud “...*agregado de las contribuciones profesionales de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad y la identificación de correlaciones etiológicas y diagnósticos de la salud, enfermedad y disfunción relacionadas...*” (1995; p.27).

Como ya se ha apuntado, la psicología se empezó a vincular con problemas de salud que aquejaban a las personas de aquella época; fue entonces que surgieron diferentes interdisciplinas como la psicología de la salud, la salud conductual y la medicina conductual, entre otras; todas coincidían con el objetivo de resaltar la importancia de los

factores que derivan del comportamiento individual en la prevención, tratamiento y rehabilitación de los problemas de salud.

En 1990 Ribes propone un modelo psicológico de la salud, formado por dos momentos que representan dimensiones distintas, la médico-biológica y la sociocultural, ambas, mediadas por la conducta. En el primer momento, el autor se refiere a la salud en términos de un proceso, mientras que en el segundo describe el resultado del proceso. Hay evidencias de que las condiciones de vida, determinadas por el medio físico y las prácticas socioculturales son responsables de algunas alteraciones de la salud biológica. Estas condiciones se pueden dar tanto en la pobreza como en la riqueza. En el primer caso existen carencias como el agua potable, alimentos, drenaje y otros aspectos que afectan a la salud y propician enfermedades; en el segundo está la disponibilidad y abundancia de los factores asociados al exceso de alimento, la deficiencia preparación de éstos y por otra parte la contaminación industrial de las ciudades.

Es por ello que para entender el estado de salud-enfermedad de un individuo en particular, no solo se necesita del conocimiento biológico, sino también de las prácticas del individuo, ya que el organismo es un todo biológico estructurado con base en su herencia y experiencia individual, además de su historia de vida, por lo tanto el comportamiento “...se constituye en realidad la 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).

En el 2006 Piña y Rivera, tomaron en cuenta la definición de Psicología de la Salud que Joseph D. Matarazzo había propuesto en 1980, también retomaron la definición de las dimensiones que propuso Emilio Ribes en 1990, para posteriormente redefinir a la psicología de la salud como “... un campo de actuación profesional en el que los psicólogos poseen tanto los conocimientos saber acerca de las cosas como las competencias saber hacer las cosas de modo eficiente indispensables para cumplir con las funciones de investigación, prevención y rehabilitación, con especial énfasis en la investigación de qué y cómo las variables psicológicas facilitan o dificultan la práctica de los comportamientos instrumentales de riesgo o de prevención, con el objeto de prevenir

una enfermedad y promover la salud...” (p. 3). Ibáñez (Piña y Rivera, 2006, p. 3) en 1994 mencionó que la psicología de la salud debe de incidir con un problema social o que sea de la salud, y por lo tanto será indispensable contar con un modelo teórico y metodológico que permita plantear hipótesis sobre el problema que se está tratando.

1.5 Funciones profesionales del psicólogo

En la actualidad los llamados “trastornos mentales” van en aumento, por lo que las demandas de atención psicológica se han acrecentado y diversificado. Las personas acuden a consulta psicológica y entre las perturbaciones más reportadas están la depresión, la ansiedad, las adicciones, los problemas de pareja y en algunos casos habilidades sociales; pero eso no es todo porque recientemente han surgido otro tipo de problemas debido al estilo de vida de las personas. Para trabajar con los trastornos antes mencionados desde una perspectiva psicológica con fundamento científico, se tomaron en cuenta aspectos como los que menciona Rodríguez, (2003, p. 16):

- a) *Las dimensiones no psicológicas que pudieran relacionarse con la disciplina con la que se está trabajando.*
- b) *Las políticas y la administración de recursos, esto sería ubicado como el contexto sociocultural.*
- c) *Las distintas disciplinas que se relacionan con el campo.*

A partir de lo ya mencionado, se encontraron criterios de logro que hacían probable la obtención de competencias para la actividad que realizan los pacientes o usuarios, derivadas de las funciones que debe cumplir el psicólogo; del mismo modo que se realizaron cambios al término de trastornos mentales, ya que desde este enfoque se entienden como conductas desadaptadas y el psicólogo implementará sus competencias para que se incremente la conducta adaptativa en la vida diaria. La misma autora presenta las distintas posibilidades de inserción profesional que tiene el psicólogo:

- Detección: Estilos de conducta relacionados con la salud, análisis de competencias relacionadas con la salud, recursos ambientales.
- Planeación y prevención: Prevención de accidentes, enfermedades, establecimiento de conductas instrumentales de salud en cualquier ámbito.

- Desarrollo: Entrenamiento a para-profesionales y otros profesionales para el cuidado de la salud y la prevención.
- Investigación: Investigación de competencias, estilos interactivos y conductas de riesgo y prevención.
- Intervención: Empleo de técnicas y procedimientos para problemas de salud y adherencia médica.

Es así como las metodologías que utiliza el psicólogo se generarán de acuerdo a los objetivos particulares, para posteriormente desarrollar procedimientos específicos que vayan de acuerdo al tipo de población y para otros profesionales que trabajen de manera conjunta con el psicólogo.

Como se ha mencionado a lo largo del trabajo, es importante tener claro el objeto de estudio de la psicología y el marco teórico desde el cual se está trabajando, partiendo de las funciones del psicólogo que demandan competencias que se apliquen en función de criterios específicos. Para ejemplificar, se aborda el campo de la salud. El psicólogo se encarga de **detectar** los estilos de conducta de los pacientes con enfermedades crónicas, **investigar** las competencias y conductas de riesgo puesto que es necesario que anticipe y **prevenga** complicaciones relacionadas con la enfermedad; por otro lado, **desarrolla** un entrenamiento para los paraprofesionales y otros profesionales que están vinculados al área de la salud, por último **interviene** al emplear técnicas para los diferentes problemas de salud y lograr la adherencia al tratamiento como parte de la recuperación del bienestar del usuario.

Uno de los aspectos importantes es conseguir que el paciente participe de forma activa en su tratamiento que no solo es farmacológico, sino también se agrega el estilo de vida. Es por ello que busca establecer conductas que promuevan la salud del paciente.

1.6 Enfermedades crónico degenerativas e infecto contagiosas, transición epidemiológica y calidad de vida

En la antigüedad las causas de muerte estaban relacionadas con enfermedades infecciosas, ya que los estilos de vida eran distintos de los actuales, las zonas geográficas donde se ubicaban las viviendas no eran las adecuadas, sobre todo los hábitos de higiene y alimentación no eran los apropiados, en algunos casos no se tenían las condiciones

necesarias para una alimentación balanceada o para la limpieza del hogar, frecuentemente los recursos eran insuficientes para acudir al médico, incluso no había un centro médico cercano al que la gente pudiera acudir. Desde hace ya algunos años, se ha logrado controlar las enfermedades transmisibles, gracias a los avances de la medicina; pero debido al estilo de vida que lleva la gente, han surgido otro tipo de enfermedades, enfermedades que una vez diagnosticadas, no tendrán cura y permanecerán para toda la vida.

En la actualidad se han observado cambios en los patrones de consumo de alimento de las personas que les llevan a incrementar factores de riesgo para la salud y facilitan el surgimiento de nuevas enfermedades llamadas crónico- degenerativas (ECD), que la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1979 (cit. en Vinaccia & Orozco, 2005, p. 129) definió “*como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida*”. Entonces, las personas que padecen de alguna enfermedad crónica, podrán controlarla a través del tratamiento farmacológico, como también del estilo de vida que será para toda la vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), reporta acerca de las 10 causas principales de defunción en el mundo, desde el año 2000 hasta el año 2012 y menciona que “*...En 2012, las enfermedades no transmisibles causaron más de 68% de las muertes en el mundo, lo que representa un aumento por comparación con el 60% registrado en el año 2000. Las cuatro entidades nosológicas principales de este grupo son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las neumopatías crónicas...*” (párr.1). Por su parte, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2014) describe las principales causas de muerte, cabe mencionar que solo se tomaron las 10 primeras de su lista.

En la tabla 1 se presenta la información brindada por la OMS, que abarca del año 2000 al año 2012; mientras que el INEGI expone información del año 2014, estos datos dan a conocer que las enfermedades crónicas son las principales causas de defunción en el mundo.

Tabla 1

Principales causas de defunción en el mundo presentadas por INEGI y OMS.

INEGI	OMS
Enfermedades del corazón (Enfermedades Isquémicas del corazón)	Otras causas Cardiopatía isquémica
Diabetes Mellitus	Accidente cerebrovascular
Tumores malignos	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
Accidentes (De tráfico de vehículos de motor)	Infecciones respiratorias inferiores VHI/SIDA
Enfermedades del hígado (Enfermedad alcohólica del hígado)	Cánceres de tráquea, bronquios y pulmón
Enfermedades cerebrovasculares	Enfermedades diarreicas
Agresiones	Diabetes Mellitus
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	Accidentes de tráfico Cardiopatía hipertensiva
Influencia y neumonía	
Ciertas afecciones en el periodo perinatal	

NOTA: Fuente: INEGI, estadísticas de mortalidad. Fecha de actualización 10 de febrero del 2014.
<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo107&s=est&c=23587>

Fuente: OMS, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/>

En la medida en que las ECD han aumentado su prevalencia, se ha puesto principal interés en el estilo y calidad de vida, ya que afectan aspectos importantes de la vida de las personas que la padecen debido a que hay cambios emocionales y conductuales a los que se deben adaptar, o aspectos como el ambiente social y la familia, que llegan a perjudicar el tratamiento que se lleva con el paciente y que en algunos casos los médicos no toman en cuenta al momento de intervenir, es decir, los médicos no ven a los pacientes de forma integral con su enfermedad, sino como los simples portadores de la enfermedad crónica, dejando a un lado los aspectos antes mencionados. Es por ello que resulta importante hablar de la Calidad de vida de enfermos crónicos. Kalker y Roser (cit. en Vinaccia & Orozco, 2005) la definen “...como el nivel de bienestar y satisfacción vital de la persona, aun teniendo en cuenta las afecciones producidas por su enfermedad, tratamiento y efectos colaterales...” (p. 131).

Haes y Van Kinpperbeng (cit. en Vinaccia & Orozco, 2005) mencionan que la calidad de vida se debe tomar como un “constructo multidimensional”, que contenga al menos cuatro dimensiones:

- Estatus funcional: es decir, la capacidad que tienen las personas para ejecutar alguna

tarea relacionadas a su enfermedad como autocuidarse o realizar actividades físicas.

- Síntomas relacionados con la enfermedad: son importantes, éstos van encaminados al tipo de enfermedad y tratamiento que para cada enfermedad será distinto (por ejemplo la Diabetes Mellitus toma en cuenta el nivel de glucosa, peso, poliuria y dieta, etc.).
- Funcionamiento psicológico: trata los niveles elevados de estrés, cansancio físico, pérdida de apetito o de impulso sexual.
- Funcionamiento social: como las limitaciones a causa del dolor y/o fatiga, temor a discapacidades, miedo del paciente a ser una carga para sus familiares, aquí también se debe tomar en cuenta el rol que ejerce el paciente tanto en su área laboral como en lo familiar.

A lo largo de la historia de la humanidad han surgido distintas enfermedades y en los últimos años se ha evidenciado la importancia del factor social en el desarrollo y mantenimiento de algunas, a causa de los espacios físicos y geográficos de habitación, los alimentos de consumo, los contextos laborales y las personas que forman parte del contexto social.

Es por ello, que González y Ángeles (2009) mencionan que en México hubo una transición epidemiológica de los años cincuenta a los setenta, es decir, hubo cambios en la sociedad, cambios evolutivos en las enfermedades características de la época y posteriormente algunas enfermedades tuvieron cura debido al desarrollo de la ciencia médica. Pero en México aún se discute sobre las llamadas enfermedades de la pobreza y las llamadas enfermedades del desarrollo; por una parte, están las infecciones, la parasitosis y las enfermedades que tienen que ver con la alimentación; mientras que en la otra parte se encuentran las enfermedades crónico- degenerativas (ECD) como son distintos tipos de cáncer, cardiovasculares y los padecimientos de tipo metabólico. Las mismas autoras mencionan que *“...Para comprender estos cambios en los patrones de enfermedad, es necesario insistir en las condiciones de vida que sostienen la estructura y el tejido económico de un mundo que se industrializa y en esa medida alcanza un más alto nivel de desarrollo, traducido en la operación de medidas propias del ámbito de la salud pública...”* (p. 155).

Como se observó existe gran diferencia al hablar de enfermedades transmisibles y crónico degenerativas, pues en un inicio se creía que las primeras solo aparecían en las personas con bajos recursos, mientras que las segundas solo las contraían personas con un alto nivel social pero en la actualidad cualquier persona puede desarrollar alguna enfermedad crónica; en el caso de las enfermedades contagiosas los casos han disminuido pero no han desaparecido.

1.7 Desarrollo y estado actual de enfermedades crónico degenerativas en México

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) describe a las enfermedades crónicas como *“... enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad...” (párr. 1).*

Las enfermedades crónicas se han vuelto un problema de salud muy grave para todo el mundo, ya que el impacto que han tenido en poblaciones vulnerables se ha agravado porque restringen la calidad de vida de las personas que padecen de alguna enfermedad crónica, también generan problemas en aspectos como lo económico, lo social, lo familiar y lo individual. Es por ello que se debe acentuar la importancia de la calidad de vida de personas que ya padecen alguna enfermedad.

Ledón en el 2011, mencionó que las ECD abarcaban la vida cotidiana de las personas, por lo que cada proceso será distinto para el modo y el estilo de vida de las personas con algún padecimiento, además los roles sociales de los que son parte como el trabajo y la familia se verán afectados. Es importante mencionar como es esta cronicidad, ya que la enfermedad se apropia de la vida de la persona, de su espacio físico y del aspecto psicológico. Esta parte individual que frecuentemente se deja a un lado porque una vez enfermas las personas necesitan de los otros, es decir, de sus redes de apoyo como sus amistades, compañeros de trabajo, familiares y su pareja que se volverán testigos del proceso que será para toda la vida.

Ledón (2011) menciona algunos aspectos que se ven afectados en la vida cotidiana de las personas que padecen de alguna enfermedad crónica:

- **Ocupaciones.** En la mayoría de las personas es común observar cambios conductuales y psicológicos en sus estilos de vida, que los llevarán a cambios en su desempeño laboral. Un aspecto que es importante observar es el aumento de distrés,

ya que las prioridades del paciente estarán enfocadas al cuidado de su salud, a las adaptaciones de sus nuevos espacios y normas que le permitan seguir con las indicaciones médicas. En algunos casos se interrumpen las horas de trabajo debido a que se tienen revisiones médicas, o en algunas ocasiones se sienten limitados a realizar algunas actividades relacionadas con su trabajo. Las limitaciones de trabajo pueden vivirse de forma distinta, ya que en el caso de algunos hombres ya no es posible desempeñarse en espacios públicos y lo llegan a vivir como una reclusión doméstica; mientras que para las mujeres también es distinto, pero se ven afectadas cuando ya no son capaces de cuidar a su familia o interrumpen las labores domésticas. Por último, el efecto que se tiene al dejar el trabajo, es la limitación de las redes de apoyo, porque en algunos casos se comparten metas de salud y proyecto de vida.

- Familia. Una vez que la persona se entera que padece de alguna enfermedad crónica, la principal fuente de apoyo es su familia, un factor importante para que el paciente vea su situación de salud de una manera positiva; a pesar de que se tiene a la familia como componente importante para la vida del paciente, también puede resultar un tanto negativo, ya que se pueden generar ciertas “dependencias” por parte de la persona enferma para la realización de tareas básicas de la vida cotidiana.

En algunos casos, el paciente se siente “una carga” para sus familiares, debido a la necesidad de ser atendido, apoyado, así como reestructurar sus ocupaciones o en los gastos relacionados a su enfermedad. Por último, cabe mencionar que las conductas que realiza la familia a lo largo del proceso de la enfermedad como el acompañamiento, la comunicación, la búsqueda de soluciones y los cuidados que se le dan al paciente se convierten en estímulos para mitigar la enfermedad y promover la adherencia al tratamiento.

Mientras que Vinaccia y Orozco en el 2005, mencionaron que uno de los principales cambios es el aspecto psicológico, ya que la persona se ve obligada a adaptarse a diferentes etapas que la llevarán a emociones negativas como miedo, ira y ansiedad. El autor identifica “...una serie de reacciones comunes en ésta, las cuales están dirigidas a mantener un equilibrio emocionalmente razonable: mantenimiento o conservación de la autoimagen de forma satisfactoria, preservación de las relaciones familiares y sociales y la

preparación para el futuro. En esta fase, las personas asumen diferentes estrategias de afrontamiento; la más frecuente es la negación o minimización de la gravedad de la enfermedad y de sus consecuencias...” (p. 130). Cabe mencionar que no todas estas reacciones aparecen en todos los pacientes, incluso hay casos en lo que no se ha detectado alguna de ellas, o si se llegan a presentar no es de manera secuenciada.

En el transcurso de las dos últimas décadas, la diabetes ha venido ocupando un lugar importante en la morbilidad y mortalidad de nuestro país (Lara, Aroch, Aurora, Arceo, y Velázquez, 2004). De acuerdo con Padilla et al. (2008, p. 46) “...*la Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 es la tercer causa de muerte en México y específicamente en personas con edades de entre 55 a 64 años ocupa el primer lugar como motivo de muerte...*”. Como ya se observó a lo largo de este capítulo, las enfermedades transmisibles aún están presentes pero las enfermedades crónico degenerativas van en aumento, pues los casos de personas que las padecen están incrementando en todo el mundo.

CAPÍTULO 2

DIABETES MELLITUS (DM)

2.1 Concepto

Ledón (2011) menciona que las enfermedades crónicas constituyen un problema de salud, ya que en la actualidad son las principales causas de muerte en el mundo. Este tipo de enfermedades se caracteriza por no tener cura, es decir, que solo a través de su tratamiento farmacológico, dieta y ejercicio se podrá regular su salud, a diferencia de las enfermedades transmisibles que en su mayoría tienen cura.

La diabetes mellitus forma parte de las enfermedades crónicas, causantes de morbimortalidad en México, es por ello que resulta importante que las personas con diabetes cuenten con información suficiente de su enfermedad, desde concepto, etiología, así como el tipo de diabetes que padecen (clasificación); también es necesario que sepan el tipo de tratamiento farmacológico que deben llevar, incluida su dieta y ejercicio físico.

La Declaración de Sant Vincent, firmada por la OMS y la Internacional Diabetes Federation (IDF) en el año 1989, definieron “...*los siguientes objetivos terapéuticos generales para las personas que padecen diabetes:*

1. *Alivio de los síntomas mediante la corrección del trastorno metabólico.*
2. *Mejora de la calidad de vida mediante prevención de las complicaciones agudas y crónicas.*
3. *Disminución de la mortalidad.*
4. *Tratamientos de las enfermedades intercurrentes a la diabetes, así como el control de la hipertensión arterial, dislipemia y modificación del estilo de vida” (Figuerola, 2003, p. 53).*

Lerman en 1998, definió a la diabetes como “...*un síndrome clínico que resulta de la secreción deficiente de insulina. Esta deficiencia puede ser absoluta o relativa; es absoluta cuando la secreción de insulina es menor de lo normal y es relativa cuando no se satisface el aumento en la demanda de insulina en condiciones en que la acción de la hormona está disminuida... (p. 7).*

Mientras que Durán-Varela et al. (2001, p. 234) la definieron como “...*una enfermedad determinada genéticamente en la que el sujeto presenta alteraciones en el metabolismo de*

carbohidratos, de las proteínas y grasas, y una relativa o absoluta deficiencia de la secreción de insulina con grados variables de resistencia a ésta...”.

Actualmente la Organización Mundial de la Salud (2015, párr.1) menciona que la diabetes “...aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre...”; por lo que el efecto de la diabetes no controlada produce hiperglucemia (aumento de glucosa en la sangre) y con el tiempo daña muchos órganos y sistemas de la persona que la padece.

De acuerdo a la información descrita anteriormente, esta enfermedad es tomada como un problema de salud pública a nivel mundial, ya que se ha notado que hay cambios culturales y sociales, así como los desplazamientos de poblaciones de áreas rurales a urbanas, esto hace que haya cambios en la forma de alimentarse y también en la disminución de actividad física, entre otros patrones perjudiciales para las personas que sufren diabetes (Sancho, 2011).

2.2 Incidencia y Estadísticas

La diabetes se está convirtiendo rápidamente en la epidemia del siglo XXI y en un reto de salud global. Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud indican a nivel mundial, que de 1995 a la fecha casi se ha triplicado el número de personas que viven con diabetes, la cifra actual es de 347 millones de personas que la padecen. Más del 80% de las muertes por esta enfermedad se registran en países de ingresos bajos y medios (OMS, 2015).

De acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes (2015), los países con mayor número de personas que padecen DM son: China con 96.288, 03, India con 66. 846, 88, Estados Unidos con 25. 779, 34, Brasil con 11. 623, 32 y México con 9. 018, 62.

Por otra parte, Escobedo de la Peña (2013) menciona que la diabetes se puede medir a partir de su incidencia y prevalencia.

La incidencia, se entiende como la transición del estado de no enfermedad al estado de enfermedad. Se mide a través de la tasa que se expresa en función al recíproco del tiempo y que representa la velocidad de transición. También mide la probabilidad de que una persona se enferme de diabetes en un tiempo determinado (es importante detallar el tiempo). La tasa de incidencia varía en poblaciones y está relacionada con la

exposición a los factores de riesgo. Mientras que la Federación Internacional de la Diabetes (2015) menciona que más de 371 millones de personas tienen diabetes, y para el 2030 aumentará la cifra hasta llegar a los 552 millones. México ocupa el 6to. lugar a nivel mundial en número de personas con diabetes, se espera que haya un aumento. El incremento de la diabetes será significativo en todos los grupos de edad, principalmente en la etapa productiva, como lo es en el grupo de edad de 20 a 44 años se espera un incremento de 91%, de 215% en edades de entre 45 y 64 años, mientras que en los mayores de esa edad será de 234% (Islas & Revilla, 2013).

La otra medición de la ocurrencia de la diabetes es la prevalencia. *“La prevalencia es una proporción que oscila también entre cero y uno, y se refiere a la probabilidad de estar enfermo en un momento dado. La prevalencia se ve influenciada por la incidencia, la velocidad de enfermarse, y por la duración de la enfermedad, es decir la curación o la letalidad”* (p. 11). La prevalencia de esta enfermedad en todo el mundo oscila entre 3 y 4%, mayor en los países desarrollados; la prevalencia de diabetes es diferencial por raza o grupo étnico, en lo que predomina el carácter genético y hereditario de la enfermedad, ya que en los hispanos de EUA la prevalencia de diabetes es de 8.4%, en los mexicoamericanos es de 10.9%. (Escobedo de la Peña, 2013).

2.3 Etiología

Es importante hablar del origen de esta enfermedad, para luego llegar a las implicaciones por las que pasa una persona con diabetes, ya que tendrá que modificar su estilo de vida para apegarse a su tratamiento. Por otra parte, es importante mencionar que la información que se brinda es para que los psicólogos de la salud cuenten con datos del historial médico del paciente.

Ahora bien, se pretende dar información para que haya mayor entendimiento de lo que es la enfermedad; el nombre médico de esta enfermedad en lengua castellana y catalana y en casi todas las lenguas romances, es *“... “diabetes mellitus”, cuya raíz léxica proviene del griego y del latín. La palabra diabetes tiene su origen en un vocablo griego (diabeinemen) que puede traducirse por algo así como “pasar a través con fuerza”. De hecho, el signo más obvio de la diabetes es orinar en forma excesiva. El agua pasa a lo largo del cuerpo de una persona con diabetes como si estuviera pasando por un sifón,*

desde la boca hasta fuera del cuerpo, a través del sistema urinario. El vocablo mellitus es de origen latino y significa “dulce como la miel”. La orina de una persona con diabetes contiene demasiado azúcar (glucosa), lo que fue evidenciado científicamente a mediados del siglo XVII por Thomas Willis (1621-1675) cuando probó el sabor de la orina de una persona con diabetes, y la describió como “dulce como la miel” ...” (Belloso y Figuerola, 2003, p. 2).

Una vez que ya se ha definido y se ha hablado de la etiología de la diabetes, es necesario que se dé información sobre la clasificación que se le da, ya que es importante ir identificando a los individuos con riesgos a padecer diabetes o que ya la padecen y luego entonces saber qué tratamiento llevará a lo largo de su vida.

2.4 Clasificación

La diabetes mellitus es un síndrome definido por ser un trastorno bioquímico, entre las características está la hiperglucemia, alteraciones clínicas, vasculares y neurológicas; que son las consecuencias que modifican los tejidos expuestos a concentraciones inadecuadas de glucosa. Por lo tanto, la diabetes se caracteriza por ser un trastorno crónico de base genética, que se manifiesta de la siguiente manera:

1. *“Síndrome metabólico, consiste en hiperglucemia, glucosuria, polifagia, polidipsia, poliuria y alteraciones en el metabolismo de los lípidos de las proteínas como consecuencia de un déficit absoluto o relativo en la acción de insulina.*
2. *Síndrome vascular, que puede ser macro y microangiopático y que afecta a todos los órganos, pero especialmente al corazón, a las circulaciones cerebral y periférica, a los riñones y a la retina.*
3. *Síndrome neuropático, que puede ser a su vez autonómico y periférico” (Reynals, 2003, p. 37).*

De acuerdo con la OMS (2015) los conocimientos etiológicos de la diabetes, se clasifican de la siguiente manera:

1. Diabetes Mellitus tipo 1 (DM-1)
2. Diabetes Mellitus tipo 2 (DM-2)

3. Diabetes Gestacional (DG)

4. Otros tipos

1. La DM-1 (también llamada insulino dependiente, juvenil o de inicio en la infancia). Se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona. Se desconoce aún la causa de la diabetes de tipo 1, y no se puede prevenir con el conocimiento actual. Sus síntomas consisten, en excreción excesiva de orina (poliuria), sed (polidipsia), hambre constante (polifagia), pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio. Estos síntomas pueden aparecer de forma súbita (OMS, 2015, párr. 7)

Jansá, Muñoz y Peláez (cit. en Figuerola, 2011) describen tres formas clínicas de DM-1:

- *Diabetes 1ª o diabetes autoinmune*: Se caracteriza por la presencia de anticuerpos como son: anti GAD, los islotes (ICA) o anti insulina (IAA), proceso responsable de daño a la célula beta.
 - *Diabetes 1 B o idiopática*: No hay anticuerpos detectables ni signos de otros trastornos autoinmunes.
 - *Diabetes tipo LADA (diabetes latente autoinmune del adulto)*: Es la aparición más lenta en la edad madura.
2. La DM-2 (también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta). Se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa el 90% de los casos mundiales y se debe al sobrepeso y a la inactividad física. Los síntomas pueden ser similares a los de la DM-1, pero en algunos casos menos intensos. En consecuencia, la enfermedad puede diagnosticarse sólo cuando ya tiene varios años de evolución y hay complicaciones. Este tipo de diabetes sólo se observaba en adultos, pero en la actualidad se está manifestando en niños y jóvenes (OMS, párr. 9)
 3. La DG se caracteriza por hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre) que aparece durante el embarazo y alcanza valores que pese a ser superiores a los normales, son inferiores a los establecidos para diagnosticar una diabetes. Las mujeres con DG corren mayor riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto, y de padecer diabetes de tipo 2 en el futuro. Suele diagnosticarse

mediante las pruebas prenatales, más que porque el paciente refiera síntomas (OMS, 2015, párr. 12).

4. Reynals (2003) menciona otros tipos específicos de diabetes:

- Defectos genéticos en la función de la célula beta.
- Defectos genéticos de la acción de la insulina.
- Enfermedades del páncreas exocrino.
- Endocrinopatías.
- Inducidas por tóxicos o agentes químicos.
- Infecciones.
- Formas no comunes de diabetes inmunomediada.
- Otros síndromes genéticos.

Jansá et al. (cit. Figuerola, 2011) menciona que una vez ya se dio el diagnóstico de una enfermedad crónica, como lo es la diabetes mellitus, pueden existir diversas reacciones por parte del paciente y éstas dependerán en gran medida de su edad, la situación clínica al momento del diagnóstico, las capacidades que tenga el individuo (conocimientos, atribuciones, creencias, experiencias previas y habilidades) que ha desarrollado diabetes y también el soporte familiar con el que cuenta, por último la calidad sanitaria que esté recibiendo. Las creencias que tiene el individuo sobre su salud son de vital importancia, ya que de ellas dependerán los cambios que pueda desarrollar al momento de su tratamiento; influyen la susceptibilidad, la severidad, los beneficios y las barreras. El mismo autor describe los cambios que se dan son de orden psicológico, profesional, familiar, escolar, social y económico.

- El aspecto psicológico, se da al momento del diagnóstico, es la ruptura del estado de salud que el individuo percibía antes del diagnóstico. Pues no es fácil aceptar este nuevo estado de salud, que lleva a una serie de mecanismos que implican estados emocionales para que haya una adaptación a la nueva situación.
- En el aspecto profesional, es importante considerar que algunos trabajos no son compatibles con esta enfermedad, por ejemplo, cuando existen responsabilidades sobre terceros, como manejar un autobús, pilotear aviones, etc. En algunos casos las personas se ven en la necesidad de ocultar su enfermedad para que la sociedad no los considere con alguna minusvalía.

- El ámbito familiar, cuando se trata de niños o jóvenes, los padres tienden a sobreproteger; en otros casos, algunos pacientes manipulan para obtener ventajas secundarias de su enfermedad. En las relaciones de pareja, la persona que no está afectada tiende a controlar y prohibir constantemente.
- El ámbito escolar, la situación se vive de forma normal con compañeros y profesores. La información que se brinda a los profesores es la prevención de las hipoglucemias y la conducta a seguir ante este tipo de situaciones.
- En el ámbito socioeconómico, las restricciones causadas por la exigencia de horarios o de una alimentación determinada son muy frecuentes en personas que padecen esta enfermedad, ya que en algunos casos las personas no tienen a su alcance los alimentos que deben consumir para llevar una dieta sana que o afecte su salud.

2.5 Tratamiento Médico

2.5.1 Fármacos

La insulina, hoy en día sigue siendo el tratamiento más importante de la diabetes, pues después de 80 años de su uso aún no hay algún descubrimiento que la haya desplazado, a pesar de los múltiples ensayos. El consumo de insulina ha ido en aumento en los últimos años, esto ha sido por el incremento de la prevalencia de la enfermedad y agregando los cambios en la orientación médica de la diabetes mellitus tipo 2. La insulina, se encuentra entre los 200 fármacos necesarios para el tratamiento de la diabetes, del mismo modo, su costo se considera elevado y en la mayoría de los países del mundo su costo rebasa el salario normal de un mes.

Flores, García, Morán, Castro, López y Sánchez (2013) describen a la insulina como *“la principal hormona reguladora del metabolismo de la glucosa, es decir, su mecanismo de acción se da principalmente sobre dicho monosacárido. Para conseguir una homeostasia adecuada se requiere que:*

1. *El páncreas secrete insulina de una manera regulada (secreción de insulina).*
2. *La insulina evite la salida de glucógeno hepático y promueva la disponibilidad de la glucosa (sensibilidad a la insulina).*
3. *La glucosa sea internalizada en las células en presencia de insulina.”* (p. 25).

Por otra parte, Arroyo (2003) menciona los fármacos orales, según su mecanismo de acción para el tratamiento de la DM2 y se pueden clasificar en:

1. *Secretagogos de insulina: son fármacos que estimulan principalmente la secreción endógena de insulina, como las clásicas sulfonilureas y los nuevos secretagogos de acción corta y rápida (repaglinida y nateglinida) conocidos como glinidas.*
2. *Fármacos sensibilizadores de la acción de la insulina, como la biguanidas (metformina y buformina) y las glitazonas (rosiglitazona y pioglitazona), que mejoran la utilización tisular de la insulina en los tejidos sensibles a la misma.*
3. *Fármacos que modifican la absorción de los hidratos de carbono como inhibidores de las alfa-glucosidasas, que inhiben la hidrólisis de algunos hidratos de carbono y enlentecen el proceso absorptivo” (p. 131).*

2.5.2 Dieta

La dieta es importante en el control de la enfermedad de la DM, lo mismo que el ejercicio, la insulina, los medicamentos orales y la educación del paciente. Por lo que no será posible controlar los síntomas, los signos y las consecuencias de la enfermedad sin una alimentación adecuada.

Lerman (1998) menciona cinco objetivos de la dieta para personas con diabetes:

- Prevenir mediante una nutrición óptima la aparición de obesidad, dislipidemia, intolerancia a la glucosa, diabetes tipo 2, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica y componentes del síndrome metabólico. También se sugiere desaparecer el término dieta para diabético y llamarlo “plan sano de alimentación para toda la familia”, ya que lo recomendable para la población en general también es aplicable a las personas con diabetes y viceversa.
- Destacar el mejoramiento de los estilos de vida o *modus vivendi* al evitar la obesidad, el sedentarismo y el abuso en el consumo de tabaco y de alcohol.
- Llevar una alimentación balanceada en carbohidratos, proteínas y grasas, además de otros nutrientes. Es recomendable que la dieta sea individualizada de acuerdo con el control de la diabetes y de los niveles de triglicéridos.
- Otra recomendación más es incrementar el consumo de fibra y reducir el colesterol, sal y azúcares concentrados.

- Por último, recomienda consumir variedad de alimentos; proporcionar calorías de manera individual y mantener un peso corporal razonable.

Mientras que la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALD, 2015) también describe un plan de alimentación:

- Los alimentos deben distribuirse en cinco o seis porciones diarias de la siguiente forma: desayuno, colación, comida, colación, cena, colación nocturna (la última para las pacientes que se aplican insulina en la noche). Con el fraccionamiento de comidas, mejora la adherencia a la dieta, ya que se reducen los picos glucémicos y resulta útil para los pacientes con insulino terapia.
- Las bebidas como café, té, aromáticas no tienen valor calórico intrínseco y pueden consumirse libremente.
- Los jugos tienen un valor calórico considerable y su consumo se debe tener en cuenta para no exceder los requerimientos nutricionales diarios. Es más recomendable que se consuma la fruta completa en lugar de un jugo. Los jugos no deben tomarse para calmar la sed. La sed indica generalmente deshidratación, pero en una persona con diabetes es hiperglucemia. En estos casos se debe preferir el agua.

Uso de alimentos dietéticos:

- Edulcorantes: el uso moderado de aspartame, sacarina, acesulfame K y sucralosa no representa ningún riesgo para la salud y pueden recomendarse para reemplazar el azúcar. Su valor calórico es insignificante. Esto incluye gaseosas dietéticas y algunos productos que aparte de los edulcorantes no tienen ningún otro componente alimenticio (gelatinas). Por el contrario, edulcorantes como el sorbitol o la fructosa sí tienen valor calórico.
- Productos elaborados con harinas integrales: la gran mayoría de éstos son elaborados con harinas enriquecidas con fibra insoluble que no tiene ningún efecto protector sobre la absorción de carbohidratos. Su valor calórico suele ser similar al de su contraparte no "dietética" por lo que deben ser consumidos con las mismas precauciones.

- Lácteos "dietéticos" en general son elaborados con leche descremada que tiene un valor calórico menor y un contenido de grasas saturadas mucho más bajo, mientras que su contenido relativo de calcio aumenta.

El presente trabajo se enfocará al plan de alimentación en la diabetes mellitus tipo 2, que pretende reducir los riesgos cardiovasculares a través del control de la hiperglucemia y la hipertensión arterial. Como ya se sabe el 80% de las personas que han sido diagnosticadas con diabetes tipo 2 tienen sobrepeso, por lo que es indispensable la orientación dietética para que ésta tenga objetivos propios de acuerdo a cada persona. El tratamiento dietético debe estar orientado a la reducción de riesgos cardiovasculares, debido a que la enfermedad está asociada a la hipertensión arterial. Se debe controlar la dieta en energía, grasas saturadas y sodio (Bosch, Sunyol & Paretas, cit. en Figuerola, 2011).

2.5.3 Ejercicio físico

La OMS (2015) menciona que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo). Además, se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21%-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica.

De acuerdo con la OMS la actividad física regular en los adultos:

- Reduce el riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer de mama y de colon, depresión y caídas;
- Mejora la salud ósea y funcional,
- Es un determinante clave del gasto energético, por lo que es importante para controlar el peso y el equilibrio calórico.

La "actividad física" no es lo mismo que el "ejercicio". Pues el ejercicio, es una variedad de actividad física y se caracteriza por estar planificada, estructurada, repetitiva y realizada con el objetivo de mejorar o mantener uno o más componentes de la aptitud física. Mientras que la actividad física abarca el ejercicio, pero también toma en cuenta otras actividades que incluyen movimiento corporal, como los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas del hogar y de actividades recreativas.

La Asociación Latinoamericana de la Diabetes (2015, párr. 4) “...considera como actividad física todo movimiento corporal originado en contracciones musculares que genere gasto calórico...”. Las actividades que se recomienda que realicen los pacientes pueden ser diversas, pero lo más recomendable es que lo platicuen con el médico que está llevando su tratamiento.

Ejercicio es una subcategoría de actividad física, y éste deberá cumplir con las siguientes metas:

- A corto plazo, cambiar el hábito sedentario, mediante caminatas diarias al ritmo del paciente.
- A mediano plazo, la frecuencia mínima deberá ser tres veces por semana en días alternos, con una duración mínima de 30 minutos cada vez.
- A largo plazo, aumento en frecuencia e intensidad, con etapas de calentamiento, mantenimiento y enfriamiento (caminar, trotar, nadar, ciclismo, etcétera).

El ejercicio intenso requiere de medidas preventivas:

- Evaluación del estado cardiovascular en pacientes mayores de 30 años o con diabetes de más de diez años de evolución.
- Las personas insulinoirrequirientes, por el riesgo de hipoglucemia, deben consumir una colación rica en carbohidratos complejos antes de iniciar el deporte. El médico indicará un ajuste de la dosis de insulina.
- No se recomiendan los ejercicios de alto riesgo donde el paciente no puede recibir auxilio de inmediato.
- Debe hacerse una revisión de los pies antes de cada actividad física.
- Está contraindicada la actividad física en pacientes descompensados, ya que el ejercicio empeora el estado metabólico.

Cabré (cit. en Figuerola, 2011) presentó los principales beneficios y riesgos de la práctica de ejercicio físico en general y en personas que padecen diabetes:

Ventajas

- Ayuda a mejorar el control metabólico a largo plazo.
- Disminuye las concentraciones basales y postprandiales de insulina (endógena) en personas con diabetes tipo 2.
- Aumenta la sensibilidad a la insulina.
- Contribuye a mantener la reducción de peso.
- Disminuye los factores de riesgo cardiovascular, reduce la hipertensión arterial.
- Las funciones cardiovasculares mejoran, es decir, la frecuencia cardíaca en reposo es menor, aumento del volumen latido y disminuye el trabajo que realiza el corazón.
- La fuerza y flexibilidad es mayor.
- Ayuda a la elasticidad muscular.
- La calidad de vida y la sensación de bienestar es mejor.

Riesgos

- Es mayor la frecuencia y gravedad de hipoglucemia.
- Aumenta la posibilidad de hiperglucemia después de ejercicio vigoroso.
- Se presenta la hiperglucemia y cetosis si se practica en situaciones de deficiencia de insulina.
- Se precipita la enfermedad cardiovascular.
- Incremento de la proteinuria en caso de nefropatía diabética.
- Se presentan lesiones de articulaciones y tejidos blandos si es que hubiera neuropatía periférica.
- En caso de haber neuropatía del sistema autónomo: disminución de la respuesta cardiovascular al ejercicio, disminución de la capacidad aeróbica máxima, alteración de la respuesta a la deshidratación, hipotensión postural.

En México la diabetes mellitus afecta a millones de personas, de las cuales una gran mayoría es obesa o tiene sobrepeso y por tanto cierto grado de resistencia a la insulina. El ejercicio mejora la sensibilidad a la insulina, ayuda a disminuir de peso y en consecuencia el control de la glucemia es mejor, por lo que el ejercicio diario puede utilizarse tanto en pacientes con diabetes tipo 1 como tipo 2. Los pacientes no dependientes de insulina (tipo 2), se caracterizan por tener resistencia a la acción de esa hormona, el ejercicio mejora

dicha resistencia y favorece a que los músculos utilicen de forma adecuada la glucosa (Lerman, 1998).

Cabe mencionar que la DM tiene consecuencias que pueden dañar el corazón, ojos, riñones y nervios; la DM aumenta el riesgo de cardiopatía y accidente vascular cerebral, otra de las consecuencias es la neuropatía de los pies combinada con la reducción del flujo sanguíneo que incrementan el riesgo de úlceras de los pies, infección y en algunos casos se llega a la amputación y la retinopatía diabética (ceguera) que es una más de las consecuencias de esta enfermedad (OMS, 2015). Como ya se comentó las consecuencias de esta enfermedad son graves, por lo tanto el estilo de vida de las personas se verá afectado en tanto que su enfermedad se vaya agudizando.

La adscripción a las recomendaciones depende en gran medida de que el paciente logre adherirse a su tratamiento farmacológico, así como a su dieta y a la realización de actividades físicas (ver capítulo 3). Es aquí donde se puede ubicar el trabajo que realiza el psicólogo, ya que trabaja con las habilidades que tiene el paciente para enfrentar las situaciones a las que se debe adaptar, por otra parte, el estatus económico también es importante, porque en algunos casos es difícil solventar las necesidades básicas de manera individual por lo tanto al tener una enfermedad las actitudes de autocuidado y cumplimiento terapéutico son difíciles de aprender.

CAPÍTULO 3

ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y AUTOCONTROL

3.1 Concepto, importancia y ámbito médico en el que surgió el concepto de la adherencia terapéutica

Como ya se mencionó en el capítulo 2, es muy importante el grado en que el paciente cumple o se adhiere a las indicaciones terapéuticas ya sea médicas o psicológico-conductuales; este tema es trascendente en el ámbito psicológico, pues las enfermedades crónicas van en aumento (Ginarte, 2001). En la práctica médica, buena parte del tratamiento es responsabilidad del paciente, por lo que él tendrá mayor autonomía al manejar su enfermedad, lo que se vuelve un problema si hay fallos al seguirlo, puesto que maximizarán los problemas de salud y ayudarán a que la enfermedad progrese (Martín & Grau, 2004).

Martin Alonso en el 2004 (cit. en Granados & Escalante, 2010) menciona que la literatura médica y psicológica utilizan el estudio de lo que ambas llaman adherencia al tratamiento, hecho que lleva a confusiones respecto al tema. Los términos más recurrentes son el de cumplimiento y adherencia, aunque existen otros como cooperación, colaboración, alianza terapéutica, seguimiento, obediencia, observancia, adhesión y concordancia.

Desde el ámbito médico, Epstein y Cluss en 1982 definieron a la adherencia al tratamiento como: “*La coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos de salud y prescripciones que ha recibido*” (cit. en Del Duca, Gallegos, Da Col. & Trenchi, 2013, p. 8). El comportamiento del paciente incluye conductas tales como aplicar las recomendaciones prescritas, cambio en el modo de vida y evitar comportamientos de riesgo. La coincidencia implica que el paciente acepte un papel activo en el plan de tratamiento. Con respecto al papel del médico, su responsabilidad es muy importante al prescribir el tratamiento que implica indicar, enseñar, explicar, adecuar, acompañar y controlar. Entonces, la relación médico-paciente es un factor fundamental para la adherencia terapéutica, ya que jugará un papel crucial para que el paciente se haga

responsable de recuperar o mantener su salud en colaboración de su médico (cit. en Del Duca, Gallegos, Da Col. & Trenchi, 2013).

Por otro lado, en el ámbito psicológico Ginarte (2001, p. 503) definió los términos de cumplimiento y adherencia como *“...el proceso a través del cual el paciente lleva adecuadamente las indicaciones terapéuticas, es decir, cuando cumple las prescripciones recibidas para el manejo de una enfermedad...”*.

También desde la perspectiva psicológica, Martín y Grau (2004) la definieron como *“...un fenómeno complejo que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza. En esencia es un comportamiento humano, (o, más bien, un repertorio comportamental)...”* (p. 91).

En la actualidad DiMatteo y DiNicola (cit. en Soria et al. 2012, p. 80) señalaron que el término se refiere *“al proceso a través del cual el paciente lleva a cabo las indicaciones del terapeuta, basado en las características de su enfermedad, el régimen terapéutico que sigue, la relación que establece con el profesional de la salud y sus características psicológicas y sociales”*.

A través del tiempo ha cambiado la definición de lo que es adherencia al tratamiento, pues en un principio solo se creía que abarcaba la parte de las indicaciones que el médico daba al paciente, pero conforme pasaron los años se sumaron factores como el comportamiento de los pacientes y a últimas fechas se refiere como un proceso en el cual el paciente es activo de acuerdo a su enfermedad y a sus características personales, sin dejar de lado la relación con los distintos profesionales de la salud que intervienen en su tratamiento.

Es evidente que la adherencia trasciende a un fenómeno estable y unifactorial, pues implica diferentes niveles de expresión en términos de adherencia a medicamento, dieta, estilo de vida, automonitoreo y evaluación médica. Como ejemplo, se menciona el estudio DAWN (cit. en Jansá, Muñoz & Peláez, 2011), que se realizó en 13 países y reportó que la adherencia al tratamiento farmacológico era del 83%, a la dieta del 39%, al ejercicio físico regular del 37%, al autoanálisis del 70% y al seguimiento de visitas médicas el 71%. Como se observa, la adherencia más alta se observó en el tratamiento farmacológico y la más baja al ejercicio físico; este dato muestra elementos de análisis que no se han agotado y que

pueden ser de importancia para explicar el fenómeno en su complejidad. Cabe mencionar que no se sabe con qué instrumento se evaluó para llegar a los resultados reportados.

Por otra parte, en 2001 la OMS lanzó (cit. en Del Duca *op. cit.*, 2013 p. 8) como iniciativa mundial un proyecto sobre Adherencia Terapéutica a largo plazo y en el 2004 elaboró un informe denominado “*Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción*”, en el cual se establece que “*la adherencia deficiente al tratamiento de las enfermedades crónicas es un problema mundial de alarmante magnitud*”. Este dato confirma el compromiso en el que se encuentra la inversión de recursos económicos, materiales y humanos; cuando se pretende combatir un problema de salud pública sin detenerse a considerar la probabilidad de éxito en términos de la adherencia del paciente al tratamiento. Siguiendo la misma línea Soria et al. en el 2012 mencionaron que la

“...adherencia a largo plazo ha recibido considerable atención por su importancia para prevenir complicaciones de salud y evaluar la efectividad del régimen terapéutico, dado que las enfermedades crónicas se han convertido en un problema creciente de salud pública. Aunque muchos padecimientos son controlables, los enfermos no siguen las indicaciones médicas y ello puede causarles serias complicaciones de salud y hasta la muerte. Esta falta de control de las enfermedades crónicas representa altos costos para el sistema de salud, gastos para el paciente y su familia, ausencias al trabajo y retiros laborales (pensionados y jubilados). En esto estriba la importancia de promover en los enfermos el cumplimiento de las indicaciones médicas, es decir, la adherencia terapéutica, aspecto fundamental para garantizar la eficacia de los programas de intervención en salud...” (p. 80).

Como ya se ha mencionado la adherencia al tratamiento es un tema significativo para los médicos, en la medida que la etapa final del trabajo invertido está en manos del paciente. Puesto que la adherencia es un proceso que involucra el comportamiento de un individuo en relación con su ambiente, se ubica en el campo de trabajo de la psicología, por tal motivo los psicólogos también se han interesado en el tema.

La OMS (cit. en Jansá, Muñoz & Peláez, 2011) mencionaron que la adherencia tiende a relacionarse con responsabilidad y comportamiento sólo por parte del paciente, pero no es así porque se trata de un fenómeno determinado por cinco dimensiones:

1. *Paciente*. Creencias, religión, atribuciones, motivación, confianza, conocimientos, recursos, preferencias y habilidades sobre la enfermedad.
2. *Enfermedad (es)*. Sintomatología, discapacidad, evolución, complicaciones tanto agudas como crónicas, comorbilidad, depresión, etc.
3. *Tratamiento (s)*. Farmacológico, no farmacológico, técnicas de autoanálisis, autocontrol, complejidad, duración, efectos adversos, cambios en el mismo, etc.
4. *Factores sociodemográficos*. Edad, nivel socioeconómico, educación, soporte familiar y comunitario, religión, distancia al centro de salud, transporte, etc.
5. *Sistema de salud y el equipo asistencial*. Acceso a la asistencia sanitaria y medicamentos, interrelación paciente/familia con los profesionales de la salud, tiempo y tipo de consulta, educación terapéutica, adherencia de los profesionales a las guías clínicas, formación de los mismos.

De esta manera, se puede entender mejor lo que es la adherencia al tratamiento, ya que el paciente es tan importante como lo son su enfermedad, su tratamiento y el entorno en el que se desarrolla; así como también los profesionales de la salud que están inmersos en el tratamiento del paciente para que su calidad de vida se deteriore lo menos posible.

Rodríguez-Martín (cit. en Martín & Grau, 2004) estiman que el 40% de los pacientes no cumple con las recomendaciones terapéuticas; en las enfermedades agudas es un 20% y en las enfermedades crónicas es un 45% de incumplimiento. Si la enfermedad necesita de cambios en los estilos de vida, la tasa de incumpliendo es mayor.

Ya que los pacientes han sido diagnosticados con una enfermedad crónica, necesitan hacer un cambio importante en su estilo de vida, pues están obligados a seguir el tratamiento farmacológico, además, como ya se vio en el capítulo 2 la alimentación para los pacientes es de vital importancia, por último, la actividad física es igual de importante que el tratamiento farmacológico y la alimentación.

Granados y Escalante (2010), mencionan que las complicaciones de la enfermedad llegan a perturbar la vida del paciente y para evitarlo es necesario considerar la complejidad del tratamiento, puesto que implica adquirir habilidades y conocimientos relacionados con la enfermedad, así como colaboración de la familia y cambios individuales. Asimismo, las características personales o factores sociales como son edad, género, creencias, actitudes, atribuciones y apoyo social, tienden a afectar la adherencia del paciente hacia su

tratamiento. Desde el ámbito médico Bartholomew (cit. en Sancho y Cabasés, 2011) define cuatro perfiles del paciente que tienen que ver con su vulnerabilidad y forma de relacionarse socialmente:

- *Tranquilo*. La percepción que se tiene de sí mismo y de los demás es positiva. No le es molesto depender de algunas personas en algunas situaciones. Las inquietudes que tiene las expone de manera concreta. Se caracteriza por tener una buena adherencia al tratamiento.
- *Despreocupado, autosuficiente*. La percepción que tiene de sí mismo es positiva, ya que se basa en su autoconfianza, pero la percepción que tiene de los demás es negativa. Es autosuficiente y muy independiente. Minimiza la intensidad de sus síntomas. La adherencia al tratamiento es irregular.
- *Inseguro*. La percepción que tiene de los demás es positiva y negativa de sí mismo. Se preocupa por la relación que tiene con los demás, es dependiente de la percepción positiva que otras personas puedan tener de él y es muy sensible a la muestra de afecto negativo. La adherencia al tratamiento se caracteriza como buena, pero con desgaste emocional. Maximiza sus síntomas.
- *Temeroso*. Sus características son similares a la de los pacientes inseguros. Tiene percepción negativa de sí mismo y de los demás. Su autoestima es baja y es sensible a las muestras de afecto. Exagera sus síntomas y su adherencia al tratamiento es baja.

En el *Nacional Comorbidity Survey* (cit. en Sancho y Cabasés, 2011), realizaron un estudio epidemiológico y encontraron que el 59% de pacientes corresponde al perfil tranquilo y el 41% a los demás perfiles. Cabe enfatizar que los médicos se vieron en la necesidad de crear perfiles conductuales de los pacientes con enfermedades crónicas, ya que de esta manera podían pronosticar cómo sería su adherencia al tratamiento; lo que no se sabe es la metodología que llevaron a cabo para obtener los resultados y construir cada uno de los perfiles.

Siguiendo la línea del ámbito médico, Del Duca op. cit. (2013) han identificado algunas variables que pueden afectar a la adherencia al tratamiento y a continuación describen cinco grupos:

Factores Socioeconómicos

- Costo de la medicación
- Costo del transporte para acceder a consulta y obtener el medicamento
- Falta de redes de apoyo efectivo que faciliten el acceso
- Creencias acerca de la enfermedad y su tratamiento

Factores relacionados a la enfermedad

- Conocimiento de la enfermedad (promoción y prevención de la misma)
- Sintomatología, abandono en la mejoría, abandono en la peoría
- Tiempo de evolución (historia natural de la enfermedad)

Factores relacionados al Tratamiento

- Confianza en la efectividad del mismo
- Cambios en el estilo de vida. Cuando el tratamiento implica los cambios referidos por ejemplo en la dieta, el ejercicio, la dificultad a la adherencia es mayor
- Cantidad de fármacos, duración del tratamiento, polifarmacia terapéutica y/o preventiva (prevención secundaria)

Factores relacionados al paciente

- Creencias respecto al tratamiento y su efectividad
- Creencias del proceso salud-enfermedad (como sucede en aquellos pacientes que toman de antihipertensivos solo cuando tienen cifras elevadas de tensión arterial)
- Creencias culturales (es el caso de padres que se niegan a vacunar a sus hijos)
- Situaciones como estrés, enfermedades psiquiátricas, enfermedades neurodegenerativas, pérdida de memoria
- Motivación de solicitar ayuda a los efectos de afrontar y confrontar

Factores relacionados al equipo de profesionales

- Relación médico paciente inadecuada con falta de confianza recíproca
- Falta de conocimiento y preparación para el manejo de enfermedades crónicas
- Falta de accesibilidad a los medios adecuados para el diagnóstico, a la continuidad asistencial y a la supervisión del tratamiento sugerido
- Antagonismo terapéutico y/o interacción entre prescripciones con alimentos y fármacos

Los profesionales en medicina crearon categorías, las cuales fueron enfocadas a los factores que alteran la adherencia al tratamiento tales como socioeconómicos, relacionados a la enfermedad, al tratamiento, al paciente y por último relacionados al equipo de profesionales de la salud. Es importante mencionar que también influyen factores psicológicos, es decir, no se trata de dar una receta médica, sino que se debe tomar en cuenta al paciente de forma activa en su propio tratamiento y contar con información respecto a su enfermedad es un prerequisite necesario para el éxito del tratamiento. Otro prerequisite son las competencias del paciente, es por ello que desde el punto de vista psicológico es de gran importancia desarrollar habilidades conductuales en las personas que viven con DM. Como se puede notar, son múltiples los factores que pueden afectar la adherencia al tratamiento que está llevando el paciente con alguna enfermedad crónica, es por ello que resulta importante que se trabaje de manera multidisciplinaria y así llegar a una mejor adherencia al tratamiento.

Hablar de la parte psicológica en la salud del paciente es de vital importancia, ya que dada la complejidad de su enfermedad él tendrá que modificar sus hábitos para adaptarse a su nuevo estilo de vida.

Sancho y Cabasés (cit. en Figuerola, 2011) toman en cuenta conductas que hablan de la capacidad que tiene la persona con diabetes para afrontar dicha enfermedad y va a depender de:

- El cumplimiento diario de su tratamiento, ya sea dieta, ejercicio, medicación y autocontrol.
- La formación que haya recibido para solucionar y afrontar situaciones nuevas.

Como se describió en párrafos anteriores, es importante que el paciente se responsabilice de su enfermedad, ya que sus hábitos alimenticios y conducta hacen que su salud se vea afectada o beneficiada de acuerdo con su forma de relacionarse con el ambiente y con las personas cercanas a él. Así como el paciente es una parte esencial para su tratamiento, también lo es el equipo que lo asesora y le da diferentes apoyos (médico, psicólogo, nutriólogo y enfermero, etc.). Es por ello que el resultado de la adherencia al tratamiento y la forma de seguir las instrucciones dependerá de múltiples factores para que el paciente logre convivir con su enfermedad de la mejor manera.

El incumplimiento de las indicaciones es grave porque hace ineficaz el tratamiento, produciendo un aumento de la morbilidad y mortalidad, pero además aumenta los costos de la asistencia sanitaria. La falta de adherencia genera pérdidas en lo personal, pues el paciente puede presentar complicaciones que traigan consigo un gran sufrimiento y limitaciones progresivas. Mientras que, desde lo social, significa un enorme costo para las instituciones de salud proporcionar servicios que son utilizados en forma inadecuada, por lo que se prolongan los tratamientos y se presentan recaídas y readmisiones que podrían evitarse (Ginarte, 2001).

Cabe mencionar que no existe un método único que se considere de referencia para medir la adherencia, entre los elementos de evaluación de la adherencia se encuentran indicadores objetivos directos (determinación del fármaco en algún fluido biológico) e indicadores objetivos indirectos (recuento de comprimidos, asistencia a citas programadas, control de visitas para recoger recetas, conocimientos sobre la enfermedad y tratamiento). Los criterios más utilizados son juicio del médico, entrevistas al enfermo y cuestionarios o auto reportes que analizan el grado de conocimiento, o de actitudes en relación al tratamiento.

De acuerdo con la información proporcionada con anterioridad, es importante el papel que desempeña el médico con los pacientes con DM, ya que él cuenta con la información necesaria acerca de la salud del paciente y del tratamiento eficaz y efectivo para cumplir con su principal objetivo que es llegar a la cura o estabilización de la enfermedad, la desaparición de síntomas y la minimización de daños en el organismo. Por lo que no se trata de solo dar instrucciones como ya lo vimos, sino también de ser empático con el paciente, y ver más allá del individuo que se tiene enfrente.

3.2 ¿Qué puede hacer el psicólogo para promover la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2?

Al hablar de adherencia al tratamiento se debe implicar a diferentes profesionales como son los médicos, los enfermeros y los nutriólogos, entre otros; en lo que respecta a este capítulo, se hablará del trabajo que realizan los psicólogos en el área de la salud. Entre las principales aportaciones del psicólogo está la de prevenir enfermedades modificando

hábitos insanos, promocionar estilos de vida saludables y dar tratamiento a los pacientes que ya sufren de alguna enfermedad crónica; en este caso se tratará la Diabetes Mellitus.

Como ya se mencionó en el capítulo 1, Rodríguez (2003) explica cinco acciones que realiza el psicólogo en su ejercicio profesional, en este caso aplicadas en la promoción del cambio en el estilo de vida que facilitará que el paciente se adhiera a su tratamiento y evite agudizar su enfermedad; también contempla diversos objetivos de las funciones del psicólogo en el área de la salud. Cabe mencionar que las funciones profesionales del psicólogo se pueden presentar en distinta secuencia ya que no llevan un orden.

Una de estas acciones es detectar los estilos de conducta que repercuten en la salud, así como las competencias con las que se cuenta para sobrellevarla, a partir de la detección se pueden determinar las necesidades que tienen los pacientes con diabetes, así como las competencias y habilidades que han desarrollado para la mejoría de su salud.

Luego entonces otras acciones del psicólogo serán planear e intervenir para que el paciente establezca conductas que favorezcan a su salud. Una más de las acciones que realiza el psicólogo es la de entrenar a para-profesionales, es decir, capacitar a familiares del paciente para que función como una red efectiva de apoyo. Otra de las funciones que realiza el psicólogo y que es igual de importante que las otras, es la de evaluar las competencias y las conductas de riesgo que hacen que la enfermedad se agudice. Una más de las acciones que realiza el psicólogo es la intervención, emplea técnicas y procedimientos psicológicos a partir de los que se espera la adherencia a la dieta.

Como se ha mencionado a lo largo de los capítulos, el adecuado control de la DM requiere de la participación activa de los pacientes en su enfermedad, ya que depende en gran medida de las estrategias que ellos tienen para adherirse a su tratamiento. Es por ello que resulta importante la participación del psicólogo, pues con sus herramientas ayuda a que el paciente sea capaz de adaptarse a su nuevo estilo de vida.

El psicólogo utiliza estrategias para los distintos tratamientos y el éxito dependerá también de la conducta del individuo en particular, así como la enfermedad a tratar, en este caso la enfermedad que se está abordando es la DM. La modificación de la conducta hace énfasis en los determinantes ambientales, situacionales y sociales que ejercen influencia en la conducta. El enfoque conductual considera que las conductas pueden ser aprendidas o transformadas mediante procedimientos del aprendizaje. Entre las técnicas que existen para

llevar a cabo la modificación de conducta está el autocontrol, que se refiere a la aplicación de los principios conductuales para modificar la conducta de uno mismo (Kazdin, 1978).

3.3 Definición de autocontrol

Una vez que se ha expuesto el papel que realiza el psicólogo en el proceso de la DM, se procederá a justificar la técnica del autocontrol, que es una herramienta para enseñar a los pacientes una forma nueva de relacionarse con su enfermedad y de adaptarse a su medio.

Puesto que la técnica de autocontrol es una herramienta derivada de la modificación de conducta, es necesario ubicarla desde su origen metodológico y al respecto Homme (cit. en Kazdin, 1978, p. 218) menciona que “...*Los principios de la modificación de la conducta describen las relaciones entre las varias condiciones ambientales y la conducta. Estas relaciones legítimas y las técnicas que se derivan de ellas se mantienen, independientemente de la persona que las utilice realmente. Las técnicas representan ejemplos en los cuales un individuo (psicólogo) maneja las contingencias para alterar la conducta de alguien (paciente)...*”.

Normalmente al hablar de control, se cree que debe existir una segunda persona que es quien controla, pero no es del todo cierto, ya que el paciente puede aplicarse él mismo las técnicas para controlar su conducta, es decir, auto-regular su comportamiento. Es por ello, que el presente trabajo se enfocará en la aplicación de los principios conductuales, particularmente el autocontrol, para lograr la adherencia a la dieta en pacientes con diabetes mellitus.

Kazdin (1978, p. 218) menciona que, en los programas de modificación conductual, los agentes externos administran las consecuencias reforzantes o punitivas.

“...Hay desventajas potenciales en apoyarse por completo en las contingencias aplicadas por el personal. Una primera desventaja es que los profesores, padres y otros agentes generalmente pasan por alto una buena parte de la conducta cuando aplican el reforzamiento. Al avisar a varios pacientes, en una situación de grupo, es virtualmente imposible observar, sin mencionar el reforzador, todas las ocasiones en que se presenta la respuesta-objetivo. En segundo lugar, los agentes que administran las contingencias pueden convertirse en una señal para la ejecución de la conducta-objetivo debido a su asociación con el reforzamiento y el castigo. La

conducta puede efectuarse sólo en presencia de quienes administraron los reforzadores. En tercer lugar y relacionado con lo anterior, puede ser que no se efectúen las conductas, tan fácilmente, en situaciones en las cuales los agentes externos no estén administrando el reforzamiento, ya que el paciente puede discriminar fácilmente las diferentes contingencias a través de las situaciones. En cuarto lugar, algunas veces los individuos actúan mejor cuando se les permite contribuir en la planeación del programa o escoger las conductas que van a efectuar, que cuando se les imponen las contingencias...”.

Como describe el autor, el control puede tener desventajas en caso de que haya un agente externo, pues en algunos casos llegan a afectar la conducta que se está trabajando con los pacientes; por ejemplo, al hablar de personas que viven con DM se cree necesario que ellos mismos desarrollen la conducta de autocontrolarse para que logren adherirse a su dieta, ya que son ellos los que padecen la enfermedad y con ayuda del psicólogo pueden practicar la técnica. Al contribuir el paciente en la planeación del programa se sentirá motivado a seguir trabajando con su autocontrol pues él mismo podrá aplicarse premios o castigos de acuerdo a lo ya planeado.

El autocontrol es una técnica muy importante para la adherencia a la dieta de pacientes con DM, pues como se ha descrito existen desventajas si es otra persona y no el mismo paciente quien proporciona el reforzador. Hay distintos problemas por los cuales los pacientes necesitan acudir con el terapeuta, pero en algunos casos no son tan accesibles para éste último. Cuando el paciente es el único que tiene acceso al problema, a sus pensamientos, imágenes y sueños, etc.; son eventos que no son observables ni para la propia persona ni el terapeuta. Por esta razón, el paciente es el que puede proporcionar las consecuencias a su problema o a su enfermedad.

Se le puede llamar autocontrol “...a aquellas conductas en las que un individuo se ocupa deliberadamente para lograr resultados seleccionados por él mismo. El individuo mismo escoge los fines u objetivos y lleva a cabo los procedimientos para alcanzar esos objetivos, tales como la influencia o coerción de los padres, de los compañeros o de la pareja conyugal para que se controlen ciertas conductas. Sin embargo, para que se califique como autocontrol, el individuo debe por sí mismo encomendarse a obtener el

objetivo y aplicarse él mismo los procedimientos” (Cautela, 1969; Goldfried & Merbaum, 1973; Kanfer & Phillips, 1970; Thoresen & Mahoney, 1974, cit. en Kazdin, 1978, p.222).

Mientras que Flórez (1997, p. 316) define al autocontrol como “...*el control que el propio individuo realiza acerca de las circunstancias externas e internas, así como de las consecuencias asociadas a un determinado comportamiento, las cuales determinan su motivación hacia dicho comportamiento y la probabilidad de que realice su ejecución...*”.

Los procedimientos de autocontrol se han aplicado en distintas áreas y conductas que tienen consecuencias reforzantes positivas inmediatas y consecuencias aversivas demoradas porque es una técnica que se emplea para la regulación de la conducta. Por ejemplo, con pacientes que padecen DM se les ayuda a identificar la situación que les hace romper su dieta, también se les ayuda a que formulen una meta para bajar el consumo de alimento que daña su salud y luego se les enseñan estrategias para evitar que sigan consumiendo dicho alimento, finalmente se les enseña a que ellos mismos se administren una consecuencia si es que cumplieron con su objetivo o no llegaron a hacerlo.

3.4 Desarrollo de autocontrol en diferentes ámbitos

Los patrones de autocontrol de la conducta pueden desarrollarse mediante el arreglo de contingencias de modificación conductual para conseguir fines terapéuticos específicos. Kazdin (1978) describe cinco técnicas principales con las que se puede entrenar a un individuo para que posteriormente él mismo controle su propia conducta. Las técnicas a describir son el control de estímulo, la autoobservación, el autorreforzamiento y el autocastigo, la autoinstrucción, y el entrenamiento de respuesta alterna.

1. Control de estímulos: Las conductas específicas se efectúan en presencia de estímulos determinados. Eventualmente, los estímulos que se asocian regularmente con una conducta sirven como señales e incrementan la probabilidad de que se realice la conducta. Hay tres tipos afines de problemas conductuales que resultan del control de estímulo no adaptativo:
 - Primero, algunas conductas están bajo control de los estímulos que el paciente desea cambiar. Por ejemplo, el fumar cigarrillos puede estar bajo el control de muchos estímulos, tales como el levantarse en la mañana, tomar

café, platicar con los amigos, estudiar o estar solo. La conducta de fumar se “señala” a través de una variedad de situaciones porque se le ha asociado con tales situaciones.

- Segundo algunas conductas no están controladas por un rango reducido de estímulos tal control sería deseable. Por ejemplo, los estudiantes regularmente no tienen un ambiente determinado ni tiempo o señales asociadas con el estudio.
- Por último, algunas conductas están bajo un control de estímulos inapropiados; se incluyen en esta categoría exhibicionismo y el fetichismo.

Los tres tipos de problema, a veces no se pueden separar. Por ejemplo, la conducta de comer en los pacientes con obesidad está controlada por muchos estímulos en el medio ambiente. Los estímulos son señales en el ambiente (alimentos a la vista) más que señales biológicas (sentir hambre), que están teniendo un control inapropiado.

2. Autoobservación: Se ha encontrado que el control de la propia conducta mejora a través de la observación. Cuando la conducta parte de un estándar propio o de uno consensualmente válido, el individuo intenta el control sobre su conducta. La gente no está completamente consciente del grado en que ocupa la autoobservación en su conducta y cuando se le brinda la oportunidad de observar su propia conducta, el resultado es sorprendente porque se logran cambios verdaderamente asombrosos para los pacientes.

Kanfer y Phillips (cit. en Kazdin, 1978, p. 228) mencionan que “...una observación cuidadosa de una respuesta proporciona retroalimentación al individuo, la cual puede compararse con el criterio que el individuo cree ser el apropiado. Si claramente la conducta se desvía de un estándar cultural o autoimpuesto se empiezan a emplear los procedimientos autocorrectivos hasta que se satisfaga un nivel aceptable de la conducta...”.

Los investigadores han demostrado que la conducta de autorregistrarse puede influir en el fumar, comer en exceso, los tics, participación oral en clase y estudiar. Por ejemplo, un individuo que desea dejar de comer en exceso, puede

hacer un registro de cada vez que come un alimento y el solo registro ocasionará un efecto en el comportamiento.

3. Autorreforzamiento y autocastigo: Cada vez se usa más la técnica de proporcionarse uno mismo las consecuencias ya sean punitivas o reforzantes, por lo que se entrena al paciente para que se administre a sí mismo las consecuencias contingentes a la conducta y no a que reciba las consecuencias de alguien más. Es importante que el individuo esté en libertad para recompensarse él mismo a cualquier hora, ya sea que ejecute o no una respuesta particular. Pero si hay otra persona que influya en la entrega del reforzamiento, ya no se trata de autocontrol completo.

Skinner (cit. en Kazdin, 1978, p. 230) menciona que *“el individuo que se refuerza a sí mismo no debe ser obligado a ejecutar una respuesta determinada. Para que llene los requisitos de reforzamiento, la probabilidad de la conducta que es seguida por una consecuencia autoadministrativa positiva se debe incrementar. Del mismo modo, una conducta seguida por un evento aversivo autoadministrado, debe decrecer para que se llenen los requisitos del castigo”*.

Glynn (cit. en Kazdin, 1978, p. 231) describe dos procedimientos que se utilizan en las aplicaciones del autorreforzamiento:

*“...Primero, el individuo puede determinar los requisitos de la respuesta para una cantidad de reforzamiento, o sea, cuándo entregar el reforzamiento y la cantidad que se va a dar. Cuando el individuo determina los criterios para el reforzamiento se le denota como un **reforzamiento autodeterminado**. Segundo, el individuo puede dispensarse reforzamiento por haber logrado un determinado criterio de ejecución, que puede o no haber sido autodeterminado. Cuando el individuo administra los reforzadores por sí mismo se le denota como un **reforzamiento autoadministrado...**”*

4. Autoinstrucción: Las frases dirigidas hacia uno mismo han sido consideradas importantes para controlar la propia conducta.

Los psicólogos del desarrollo han declarado que el habla de otras personas (por ejemplo, padres) controla y dirige la conducta en el inicio de la niñez. Con el

tiempo, el niño desarrolla un repertorio verbal autodirigido que se deriva de la forma de hablar de los adultos. Siguiendo la misma línea, los niños llegan a administrarse verbalmente enunciados autoinstruccionales para guiar sus conductas. De esta manera, el entrenamiento en autoinstrucciones se ha utilizado directamente para desarrollar el autocontrol. En este caso se entrena a la persona a que controle su conducta haciéndose sugerencias que la guíen de una forma parecida a la que usaría un otra persona al momento de instruirlo.

5. Entrenamiento de respuestas alternativas: Kanfer y Goldfried (cit. en Kazdin, 1978, p. 236) mencionan la última técnica de autocontrol y es “...*el entrenamiento a un individuo para que se ocupe en respuestas que interfieran o reemplacen a la respuesta que se va a controlar o eliminar. Par lograr esto el individuo debe tener una respuesta alterna en la que se pueda ocupar. Por ejemplo, un individuo puede pensar en cosas agradables para controlar la preocupación o puede relajarse para controlar la tensión. Del mismo modo, una persona puede tolerar mayores niveles de dolor si se entretiene con actividades relacionadas a la falta de dolor (o sea, distraerse) que si no se ocupa en otras actividades.*

Se han descrito las técnicas principales del autocontrol como son: control de estímulos, autoobservación, autorreforzamiento-autocastigo, autoinstrucción y entrenamiento de respuestas alternativas como también la respectiva explicación del fundamento que las justifica, por lo que ahora es importante dar a conocer sus aplicaciones en distintas áreas y con ese propósito se describirán a continuación algunos estudios publicados acerca del tema.

El estudio de Cassullo (2008) cuenta con dos objetivos, el primero de ellos es el de comparar la percepción del autocontrol frente al riesgo entre adolescentes mujeres y varones; el segundo es el de analizar la percepción del autocontrol entre adolescentes, mujeres y varones frente al abuso del alcohol. En una muestra de 218 adolescentes de ambos sexos, se aplicaron dos instrumentos: El primero fue la *Escala de Percepción del Autocontrol frente al Riesgo* (Cassullo, 2002 cit. en Cassullo, 2008) consta de cinco subescalas: violencia e inseguridad pública, riesgos presentes hacia la exogamia, accidentes

en la vía pública, presión de pares y adicciones; el segundo fue un *Cuestionario de Patrón de Consumo* (Cassullo, 2005 basado en Schmidt, Messolaum, Abal y Molina, 2003, cit. en Cassullo, 2008). Los resultados muestran que las mujeres perciben el autocontrol frente a situaciones de riesgo de manera significativamente diferente del sexo opuesto, pues tienden a elegir conductas de autocuidado. Cuando se trata de situaciones ligadas con la sexualidad, el sida y el embarazo no deseado, las mujeres perciben de una manera muy semejante a los hombres el autocontrol a encuentros sexuales. Por otra parte, un 36% de la muestra de adolescentes mujeres abusa del alcohol, mientras que los varones lo hacen en un 72%. Cabe mencionar que tanto los varones como las mujeres que abusan de alcohol no muestran diferencias significativas a la hora de percibirlo frente a los riesgos vinculados con las adicciones.

Se describen los objetivos y los instrumentos que sirvieron para obtener los resultados, pero no se tiene la información pertinente para saber a fondo cómo es que se trabajó con la técnica de autocontrol, por lo tanto, este estudio solo confirma que la técnica de autocontrol está siendo eficaz para distintas áreas y conductas, pero no el procedimiento que se llevó a cabo

Ahora bien, León, Oliva y Rivera (2011) realizaron un estudio cuasi experimental cuyo objetivo era evaluar el impacto de la técnica de autocontrol en el peso, participaron 18 estudiantes, catorce de ellos presentaban sobrepeso y cuatro, obesidad. Para recolectar la información se utilizaron tres instrumentos: un cuestionario, un registro cognitivo conductual y el Inventario de autoestima de Rosenberg que aplicaron al iniciar y al finalizar el programa. El programa de aplicación grupal fue dividido en tres fases: evaluación pretratamiento, tratamiento y evaluación postratamiento; con una duración de 5 sesiones de periodicidad semanal, de 5 horas cada una. Participaron una Maestra en cultura física, una Maestra en nutrición y una Nutrióloga. Las variables seleccionadas para identificar el impacto del programa en la modificación de hábitos y el peso corporal fueron alimentación, autoestima, factores ambientales y cogniciones, además del peso corporal en kilogramos y el IMC. Las técnicas psicológicas utilizadas fueron el desarrollo del autocontrol a través de técnicas como: autorregistro de alimentos y de factores psicológicos y ambientales relacionados al momento de la ingesta. Otra técnica fue el control estimular, para el trabajo con factores de tipo ambiental. Asimismo, un grupo de técnicas estuvo

enfocada a factores como cogniciones, emociones, sentimientos y sensaciones, mejorar la comunicación, la autoestima y solución de conflictos intra e interpersonales. En los resultados se encontró que la técnica de autocontrol fue efectiva pues los participantes fueron capaces de identificar los factores que se encontraban asociados a su ingesta y llevaron a cabo las modificaciones para mejorar su salud física, su autoestima, sus formas de canalizar las emociones y en algunos casos hubo disminución de peso.

En este último estudio se encontró el desarrollo del procedimiento que llevaron a cabo al utilizar la técnica de autocontrol y al igual que en los anteriores, los resultados fueron positivos; esta información nos permite saber que el autocontrol está siendo de mucha ayuda para modificar diferentes conductas (alcoholismo, fumar y comer en exceso) que están representando un problema para algunas personas, pero no sólo son estas conductas las que pueden ser modificadas con dicha técnica, ya que hay otras más que están muy relacionadas con la vida moderna. Como ya se mencionó en el capítulo 1, las enfermedades crónico degenerativas van en aumento y una de ellas es la DM-2, enfermedad en la que se puede implementar las estrategias del autocontrol para que los pacientes logren adherirse a su régimen alimenticio.

3.5 Trabajos o estudios de orientación psicológica que trabajan con autocontrol en DM

Partiendo de las publicaciones citadas anteriormente, se puede notar que la aplicación de la técnica de autocontrol ha sido de gran ayuda en distintas áreas pues las estrategias pueden ser utilizadas con personas que tienen problemas de alcoholismo, tabaquismo, exceso de peso y hábitos alimenticios; pero el presente trabajo pretende centrarse en la forma en que se aplica la técnica de autocontrol con personas que padecen enfermedades crónico degenerativas, pues se ha encontrado que los resultados son alentadores para la salud de los pacientes, es por ello que se presentan publicaciones orientadas a la relación que hay entre Autocontrol, DM y obesidad.

Alcaraz y Ferrer (1998), realizaron un estudio de intervención en la población diabética mayor de 15 años, perteneciente al Grupo Básico de Trabajo No.2 del Policlínico Municipal de Santiago de Cuba, con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento de dichos pacientes acerca del tratamiento y control de su enfermedad por medio de técnicas

de educación para la salud. Se escogieron los primeros 104 pacientes que acudieron a registrarse en la escuela la cual contó con la participación de un clínico, un especialista en Medicina General Integral (MGI), un estomatólogo general, un psicólogo y un residente; con sesiones semanales, durante 6 semanas, en las cuales se efectuaron 6 actividades en las que se aplicaron técnicas educativas (discusión grupal, dramatización y técnicas de animación y análisis), encaminadas a transmitir conocimientos sobre diabetes: qué es, en qué consiste, síntomas, complicaciones más frecuentes, importancia del cuidado estomatológico, cuidado de los pies y de la higiene en general, así como de realizar ejercicios físicos, del chequeo periódico, de la dieta y el tratamiento, forma de practicar la prueba de Benedict y de inyectar insulina y cómo combatir el estrés. Se calcularon los porcentajes de las distintas variables analizadas y se aplicaron pruebas de significación estadística para la validación de los resultados, en más de la mitad de los pacientes la enfermedad se presentó a partir de los 45 años. Los resultados fueron significativos al conseguir modificar modos de actuación como el de la diaria realización de la prueba de Benedict por un elevado número de pacientes, al interiorizar su importancia en el autocontrol. Una vez finalizadas las sesiones, los pacientes fueron seguidos en consulta, donde se verificó la aplicación de lo aprendido y observar las complicaciones aparecidas, esto se debe a la activa participación del paciente en el control de su enfermedad y demuestra que las técnicas constituyeron un pilar fundamental en la educación del paciente, ya que elevó su grado de conocimiento y modificó modos de actuación, lo que también coincide con otros estudios realizados.

Santacreu y Scigliano (1986) presentaron un estudio cuyo objetivo fue la aplicación del diseño y un programa de tratamiento que incluía distintas técnicas utilizadas, el objetivo no solo era la reducción de peso sino el mantenimiento. En las sesiones se encontraban terapeutas, un psicólogo y cinco estudiantes de psicología; se realizaron 11 sesiones de una hora y media aproximadamente. Se eligieron a 20 personas de entre 18 y 40 años, en función de su peso. Se diseñó un programa de aplicación en grupo, los aspectos más relevantes fueron: enseñara a los sujetos autocontrol aplicado a obesidad, en lo que respecta a la modificación del ambiente como a la programación conductual, ya que al aplicarse en situaciones naturales se facilitará la generalización y el mantenimiento; enseñar análisis funcional para que cada persona diseñe su propio programa de tratamiento y por último en

el aspecto cognitivo, se les enseñó a analizar sus éxitos y fracasos y a tomar decisiones para modificar las posibles conductas inadecuadas respecto a su objetivo final: reducción del exceso de grasa. Para la evaluación se utilizaron la historia clínica de obesidad, cuestionario de aptitudes frente a la comida, escala de asertividad, cuestionario de depresión y estilo atribucional. Los resultados del estudio fueron positivos, ya que el peso de los participantes se redujo en una medida de 5.9 kilos, gracias a las técnicas que se enseñaron en el programa.

Casado, Camuñas, Navlet, Sánchez y Vidal (1997) realizaron un programa de intervención cognitivo conductual cuyo objetivo es la modificación de hábitos de alimentación que permitan mayor adhesión al tratamiento y un cambio de actitud ante su problema. El programa de aplicación grupal, tuvo una duración de 17 sesiones de periodicidad semanal, de duración de 1h. y 45 min. cada una, con una muestra formada por 11 sujetos, 10 mujeres y 1 varón. Se dividió en tres fases: evaluación pretratamiento, tratamiento y evaluación postratamiento. Dichas fases a su vez se dividen en varios apartados. Evaluación pretratamiento mediante entrevista estructurada sobre Hábitos de Alimentación, Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) y medidas de peso. Tratamiento a partir de sesiones informativas, elaboración de menús, autocontrol, relajación, reestructuración cognitiva y solución de problemas. Evaluación postratamiento donde nuevamente se aplicó lo mismo que en la evaluación pretratamiento. El tratamiento se centró en el aprendizaje de una serie de técnicas cognitivo conductuales dirigidas a la mejora de sus hábitos de alimentación y a la modificación de distintas variables psicológicas asociadas. Entre las técnicas utilizadas están información sobre la obesidad, elaboración de menús, entrenamiento en técnicas de autocontrol durante las que se utilizaron las técnicas de auto registro de consumo, auto registro de actividad, establecimiento de metas y submetas, control estimular, auto refuerzo y registro semanal del peso, entrenamiento en relajación, desarrollo de habilidades sociales, reestructuración cognitiva y solución de problemas. Se concluyó que los programas en los que se combina educación nutricional y técnicas psicológicas destinadas a la modificación de las variables asociadas a la obesidad, cubren de forma satisfactoria los objetivos, teniendo en cuenta que se está trabajando en un campo caracterizado por la falta de motivación de los pacientes.

Pantoja-Magallón et al. (2011), realizaron un estudio con el objetivo de analizar el efecto del Programa Alimentación Sana Autocontrolada (ASA) sobre los conocimientos en recomendaciones alimenticias, conocimientos sobre procedimientos de autocontrol y sobre indicadores objetivos de salud (índice de masa corporal, glucosa y presión arterial). El programa ASA maneja la educación enfocada a los principios de una alimentación saludable, conocimientos de los tipos de alimentos y habilidades de autocontrol que promuevan que la persona se adhiera a las recomendaciones dietéticas. Las recomendaciones alimenticias están hechas a partir de la Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la diabetes e hipertensión arterial. El diseño del programa es cuasi-experimental, sin grupo control, con pre-test y post-test. Participaron 17 personas con diabetes y/o hipertensión arterial con edades de entre 46 y 70 años. El Programa constó de 19 sesiones, 15 fueron de manera grupal y cuatro de manera individual. Abarcaron aspectos de motivación para el cambio de hábitos, recomendaciones dietéticas, autocontrol alimenticio, solución de problemas y planeación de compra. La técnica que se utilizó para el entrenamiento en habilidades de autocontrol fue la de aprendizaje estructurado, además de componentes de la técnica cognitivo-conductual llamada solución de problemas. Las estrategias didácticas consistieron en la exposición de contenidos técnico-conceptuales, ejemplificación en vivo y en video de la aplicación práctica de los contenidos, psicodinámicas grupales y retroalimentación tanto individual como colectiva de las ejecuciones de los participantes; las tareas individuales consistieron en el llenado de auto-registros diarios del consumo de alimentos y de formatos sobre el manejo de contingencias. Los resultados mostraron que el Programa ASA tuvo un impacto positivo ya que los conocimientos sobre dieta y sobre el autocontrol fueron significativos para los pacientes, además de que hubo disminución en IMC, glucemia y presión arterial. La información que proporciona el estudio es muy valiosa, pues permite conocer cada una de las fases del procedimiento y cómo es que las trabajaron con los pacientes, sobre todo permite adentrarse en la técnica de autocontrol, ya que es importante dar a conocer que las estrategias que se utilizan ayudan a las personas que viven con DM a controlar su peso y su glucemia. Esta información permite que futuras investigaciones retomen dicha técnica puesto que los resultados son positivos.

Por último, Rodríguez, Rentería, Rodríguez, García y Nava (2014) realizaron dos estudios cuyos objetivos fueron, en el primero, evaluar el efecto de la aplicación de técnicas de autocontrol y solución de problemas en la importancia atribuida a factores disposicionales en el rompimiento de la dieta; y en el segundo, se usó el mismo objetivo pero agregándole la evaluación de posibles diferencias de género. El diseño que se utilizó para ambos estudios fue pre-test pos-test. En el primero se trabajó con una muestra de 112 y en el segundo con 113 pacientes con diabetes mellitus tipo 2. En el pre-test se aplicó el cuestionario de Factores Importantes para Romper la Dieta (Rodríguez, Díaz-González y García, 2013), la primera parte es de datos sociodemográficos (nombre, edad, sexo, ocupación, nivel de escolaridad, cuándo le diagnosticaron diabetes) y la segunda parte se compone de 31 reactivos que se responden en una escala tipo Likert (que va *desde Nunca eh vivido una situación semejante a Muy importante*). Los 31 reactivos abarcan 7 distintos factores disposicionales: 1. Circunstancia social, 2. Lugar, 3. Conducta Socialmente Esperada, 4. Objetos o Acontecimientos Físicos, 5. Inclinationes, 6. Propensiones y 7. Tendencias. En la fase experimental: se creó un club de diabetes, en el cual se entrenó a los pacientes en el manejo de técnicas de autocontrol y de solución de problemas, cada técnica se entrenó en tres o tres y media sesiones; se emplearon videos diseñados, presentaciones power point y los investigadores en algunos casos realizaban modelamiento. Por último, en la tercera fase se realizó el pos-test y nuevamente se aplicó el instrumento llevando a cabo el mismo procedimiento del pre-test. En cuanto a los resultados, los datos indicaron que el programa tuvo efecto en la reducción del grado de importancia atribuida a estos factores, en el primer estudio se encuentra una diferencia significativa. En el segundo estudio los resultados mostraron que el programa tuvo mayor efecto en hombres que en mujeres.

CAPÍTULO 4

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Actualmente la diabetes mellitus tipo 2 es el principal problema de salud en México y otros países, la Organización Panamericana de la Salud afirma que ocasiona el 6,23% del total de fallecimientos en Latinoamérica y está relacionada con la obesidad (Rodríguez et. al, 2014). Sus complicaciones causan incapacidad prematura, ceguera, insuficiencia renal terminal y amputaciones no traumáticas. Representa una de las diez causas más frecuentes de hospitalización en adultos, además de ser uno de los principales problemas de salud pública por su relación con diversas enfermedades (Bowden, cit. en Rodríguez et. al, 2014). Es la segunda causa de consulta de los servicios médicos y además es peligrosa por su elevado costo económico tanto en diagnóstico como en sus diversos tratamientos (Hart y Collazo; Gagliardino, Olivera, Etchegoyen, Gonzalez y Guidi, cit. en Rodríguez et. al, 2014).

Considerando la gravedad del problema, algunas instituciones gubernamentales han enfatizado el valor de la participación de los pacientes y ofrecen atención integral. La propuesta del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2014), es la creación de la Clínica de Diabetes Mellitus y Obesidad, la cual tiene por objetivo la aplicación de un programa de alimentación, quienes lo imparten son especialistas en nutrición y el paciente debe seguir “al pie de la letra” dicho programa para comenzar con la pérdida de peso, la realización de actividad física que aumenta en tiempo e intensidad de forma gradual de acuerdo con las posibilidades del paciente. Por otro lado, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE, 2015), trabaja con el Programa del Manejo Integral de la Diabetes por Etapas (MIDE), basado en una relación abierta y cercana entre el paciente y el profesional de Salud, en la que ambos trabajan para que la persona que vive con diabetes logre el descubrimiento y desarrollo de capacidades para hacerse responsable de su salud.

Actualmente el trabajo para combatir el problema de diabetes se ha enfocado en su prevención sanitaria y se han soslayado las consecuencias tanto a nivel social como psicológico. Sin embargo, resulta importante destacar que el tipo de iniciativas antes mencionadas han logrado resultados positivos parciales, situación que tiene múltiples razones.

La sociedad actual ha incorporado estilos de vida sedentarios y un consumo de alimentos ricos en lípidos y azúcar, pero pobres en fibras y micronutrientes. Ortiz-Hernández, Delgado-Sánchez y Hernández-Briones (2006) hablan de la transición alimentaria y nutricional desarrollada por Popkin, por lo que se dice que la mayoría de los países de ingresos medios se encuentran en la transición de la etapa de recesión de las hambrunas al predominio de enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición. Esta transición se caracteriza por:

- Abandono de las dietas tradicionales que consistían en alto consumo de cereales y tubérculos.
- Adopción de la “dieta occidental” con la consecuente globalización de la dieta, es decir, comienza a existir una homogenización mundial del tipo de comida que más se consume caracterizada por su alto contenido de energía, grasa total, grasa saturada y azúcares simples.
- Disminución de la actividad física por cambios en la estructura ocupacional y por actividades realizadas dentro de las ocupaciones, así como por mayores facilidades de transporte y otras actividades cotidianas.
- Los cambios en la dieta y la actividad física resultan en el incremento de las tasas de sobrepeso y de enfermedades crónicas relacionadas como diabetes mellitus, hipertensión y cardiopatía isquémica.

Un rasgo distintivo de la transición alimentaria y nutricional serían aquellos cambios en la dieta que inician con un crecimiento económico menor, otro rasgo de la transición es que la disponibilidad de grasa deja de relacionarse con el crecimiento económico, pero se asocia con el grado de urbanización; lo cual es producto de la mayor disponibilidad de aceites vegetales, lo que reduce su costo y por ende incrementa su accesibilidad. De esta manera, se observa que en México actualmente se sustituyó una condición de alta prevalencia de bajo peso y déficit de crecimiento, por un escenario caracterizado por un incremento de la obesidad que acompaña enfermedades crónicas, entre las que destaca la diabetes.

Al hablar de hábitos alimenticios y consumo de alimentos, se debe tomar en cuenta la influencia ejercida por las necesidades y demandas que los individuos desarrollan por

influencia social, a partir de las que puede observarse un estilo de vida compartido puesto que sigue patrones de consumo diferenciando a los grupos sociales de pertenencia. Los diferentes estilos de vida también llegan a considerarse relacionados con los valores que cada persona adquiere, lo cual se ve reflejado en su individualidad (Sandoval & Camarena, 2011).

En cuanto a estilo de vida, es necesario referirse a hábitos y competencias, es decir, conducta. Por lo tanto, es un referente general de diferentes tipos de comportamiento y de cómo los individuos se trazan objetivos y los medios que emplean para alcanzarlos. Esta propuesta plantea la necesidad de enfocar el desarrollo de competencias efectivas mediante el trabajo psicológico; adicionalmente será importante la participación del individuo, ya que se pretende que desarrolle habilidades de autocontrol que le ayuden al buen manejo de su enfermedad.

El autocontrol es una técnica muy útil para pacientes con DM, iniciativa recomendable porque el mismo paciente se proporciona la consecuencia.

Es bien sabido que la psicología no es una disciplina de la salud del cuerpo como lo es la medicina, pero puede ofrecer un conjunto de estrategias para promover en los usuarios promoción de comportamientos saludables. El trabajo psicológico es importante porque a través de la técnica de autocontrol, los asistentes desarrollan conductas que los ayudarán a que su enfermedad no se agrave más. La educación es la opción para prevenir o evitar complicaciones de diabetes mellitus tipo 2, pues se trata de un proceso por medio del cual los asistentes desarrollarán hábitos, costumbres, valores y conductas para el cuidado de su salud. Es por eso que el propósito de este programa es reeducar a los asistentes para que contribuyan activamente al cuidado de su salud.

AUTOCONTROL: YO DECIDO LO QUE COMO.

Es un taller grupal dirigido a personas que viven con Diabetes Mellitus tipo 2, lo impartirán psicólogos de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Objetivo general: Los asistentes modularán hábitos que interfieren con el seguimiento de su plan alimenticio.

Objetivos particulares

Los asistentes:

- Conocerán los pasos del autocontrol
- Identificarán y analizarán aquellos hábitos y escenarios que interfieren en el seguimiento de su plan alimenticio.
- Especificarán una meta que modifique una situación de riesgo previamente identificado.
- Modificarán el ambiente para facilitar su control y cumplir la meta establecida.
- Administrarán premios y/o castigos para modificar su conducta.

Criterio de aceptación: Que el asistente padezca Diabetes Mellitus tipo 2.

Instrumentos de evaluación:

Glucómetro: Marca Accu-Chek Performa, dispositivo de punción Accu-Chek Softclix, tubo de tiras reactivas y lancetas.

Formato de evaluación diaria de alimento y glucosa. Se utilizará un registro que se entregará semanalmente a cada uno de los asistentes para que anoten diariamente lo que comen durante el día y el valor diario de glucemia medido siempre a la misma hora (ver anexo 1). Cuando se consuma algún alimento fuera de la dieta en cantidad o calidad, también se anotará seguido por el valor de glucemia tomado posterior al consumo no permitido.

Inventario de autocontrol. Se compone de 31 reactivos que se responden en una escala tipo Likert (que va desde (1) *Muy importante*, (2) *Importante*, (3) *Poco importante* y (4) *Nada importante*). Por ejemplo:

He roto mi dieta porque...				
1. Estoy solo(a)	✖	2	3	4
2. Estoy trabajando solo(a)	1	2	3	4
3. Estoy en una reunión	1	2	3	4
4. Estoy en una fiesta familiar	1	2	3	4
5. Estoy en una fiesta con amigos	1	2	3	4

Procedimiento: Se dividirá en tres fases, de manera que en la primera se aplicará el *Inventario de autocontrol*, luego se realizará la intervención que constará de cuatro sesiones “Exponiendo la técnica de autocontrol” y por último se aplicará nuevamente el instrumento *Inventario de autocontrol*.

Fase 1. Evaluación inicial

Se esperará que los asistentes lleguen y una vez que la mayoría del grupo se haya instalado, se les dará la bienvenida, la psicóloga a cargo les explicará que se les aplicará el inventario de autocontrol, esto con el fin de saber más sobre ellos y en lo que se les apoyaría de acuerdo a lo encontrado en dicho inventario; si los asistentes estuvieran de acuerdo se procede a la aplicación, se repartirá a cada uno de los asistentes un juego de copias con un lápiz, en caso de que alguno de los asistentes no sepa leer o surjan dudas se acercará un psicólogo para apoyarlo. Se tomarán las medidas antropométricas y de glucemia.

Fase 2. Intervención

Sesión 1

Actividad 1: Pasos de Autocontrol: Un camino a la resistencia.

Objetivo: Conocerán los cuatro pasos de autocontrol: Analizar situación, Localizar meta, Tomar precauciones y Obtener premios y castigos.

Materiales: Presentación 1 titulada *Pasos hacia el Autocontrol*

Procedimiento:

La actividad iniciará cuando se produzca un estímulo, que genere sorpresa o sobresalto en los asistentes y servirá para que hacer la distinción entre conducta refleja y voluntaria.

Luego se expondrá el acróstico que se forma con los pasos de autocontrol exclusivamente a manera de resumen, asociándolo constantemente con la mano extendida mientras se repite la palabra **ALTO**:

Analizar la situación. Para poder cambiar algo, primero se deberá conocer qué es eso que se quiere cambiar. Se tendrá que identificar qué está pasando, cuándo pasa, en qué momento, dónde ocurre e incluso saber que sensación, emoción o sentimiento estarán experimentando en ese momento.

Localizar la meta. Una vez que se sepa que es eso que se quiere cambiar, establecemos una meta a cumplir. ¿Qué meta le gustaría cumplir en relación a su plan alimenticio?

Tomar precauciones. Lo que ayudará al logro del objetivo es aplicar los tips de postergar, evitar, modificar y dosificar. Más adelante se analizan con detalle.

Obtener premios y castigos. Este paso ayudará a que sigan cumpliendo su meta, por ejemplo, si logran adherirse a su plan alimenticio podrán darse un premio. Por el contrario,

si fallan y no pueden resistir la tentación se aplicarán un castigo, no se trata de ser malos con ustedes, sino de hacer cosas que no les gustan ¿qué cosas les gustan y cuáles no?

Tiempo estimado: 30 min.

Formas de evaluación: Se les preguntará a los asistentes cuales son los pasos para lograr autocontrol y la secuencia en la que se deben realizar.

Criterio de logro: Se considerará cubierto el objetivo cuando los asistentes repitan los pasos y los describan brevemente.

Actividad 2: Identificación de situaciones que requieren de autocontrol.

Objetivo: Identificarán los factores que probabilizan el incumplimiento de la dieta

Materiales: Formato 1 (ver anexo 2) titulado *¿En qué situaciones rompes tu plan alimenticio?* y presentación 2 en power point, titulada *Situaciones que requieren autocontrol.*

Procedimiento:

Al inicio de la actividad se les preguntará a los participantes, uno por uno “¿Qué significa para usted romper la dieta? ¿Cuándo rompe la dieta y con qué alimentos lo hace? ¿Qué considera que come de más?”.

Se les repartirá el formato No. 1 *¿En qué situaciones rompes tu plan alimenticio?* y se les pedirá que lo llenen de manera simultánea a la explicación que se hará durante la presentación No. 2 “*Situaciones que requieren autocontrol*”. Al final se verificará que completen correctamente el formato escribiendo “cuándo” ellos considerarán que rompen la dieta y “con qué alimentos lo hacen” y se solicitará a uno de los participantes que comparta su caso con el grupo.

Las situaciones son:

1. ¿En qué circunstancia estoy cuando rompo la dieta?
2. ¿Dónde me encuentro cuando rompo la dieta?
3. ¿Quiénes me acompañan cuando rompo la dieta?
4. Cuando estoy consumiendo mis alimentos...
5. Usualmente la comida que consumo en exceso...
6. ¿Cómo me siento antes de comer?
7. ¿Cuál es mi costumbre a la hora de la comida?

Tiempo estimado: 40 min

Formas de evaluación: Se evaluará con la identificación de situaciones de riesgo para adherencia al régimen alimenticio.

Criterio de logro: Se considerará que se ha logrado el objetivo cuando los asistentes logren identificar individualmente las situaciones en que rompen su dieta.

Actividad 3: Planteando objetivos

Objetivo: Los asistentes especificarán la meta a alcanzar para adherirse al cumplimiento de su plan alimenticio.

Materiales: Formato 2 (ver anexo 3) titulado: *Metas*

Procedimiento:

En la siguiente actividad los asistentes establecerán la meta que quieran alcanzar, para el cumplimiento de su plan alimenticio.

Se presentará un acróstico, para realizar un objetivo:

Medible. Cuánto de ese alimento dejaré de comer

Específico. Se deberá dar una cantidad exacta de lo que se dejará de consumir

Tiempo. Se deberá establecer un tiempo para que se cumpla la meta u objetivo

Alcanzable. Deberá ser evidencia suficiente la cantidad que dejaré de consumir para alcanzar la meta

Pasos para realizar un objetivo

- a. qué
- b. cuándo
- c. cuánto
- d. con quién

Tiempo estimado: 20 min

Formas de evaluación: Se evaluará con los objetivos planteados y escritos de manera individual.

Criterio de logro: Se considerará que se cumplió el objetivo cuando los asistentes definan su objetivo con el criterio descrito con el acróstico.

Actividad 4: Recordatorio para registrar todo lo que comen.

Sesión 2

Actividad 1: Tips para controlar la manera de comer

Objetivo: Los asistentes planearán la ejecución del objetivo para autocontrolarse en la situación identificada.

Materiales: Presentación 3 en power point, titulada: *Recomendaciones para resistir tentaciones* y el formato 2 (ver anexo 3), titulado: *Metas*.

Procedimiento:

Se expondrá la presentación No. 3 “*Recomendaciones para resistir tentaciones*”, al mismo tiempo se darán ejemplos de situaciones muestra y se solicitarán ejemplos de la experiencia de los participantes, con el fin de que elijan la(s) estrategias adecuadas al objetivo previamente definido de manera individual. Elegirán entre las opciones: **Evitar, Escapar, Dosificar, Postergar y Modificar.**

Tiempo estimado: 30min

Formas de evaluación: Se evaluará de acuerdo a la planeación de las estrategias que aplicarán en la situación problemática en la adherencia en su plan alimenticio.

Criterio de logro: Se considerará que utilicen al menos 3 estrategias en la planeación para llevar a cabo el objetivo que previamente definieron.

Actividad 2: ¿Qué pasa si no puedo? premios y castigos

Objetivo particular: Los asistentes planearán premios y/o castigos para modificar su conducta.

Materiales: Hojas blancas y plumas.

Procedimiento:

Se procederá a la explicación de auto reforzamiento y autocastigo (consecuencias negativas): cada vez se usa más la técnica de proporcionarse uno mismo las consecuencias ya sean punitivas o reforzantes. En un inicio se les proporcionó el formato de evaluación diaria de alimento y glucosa (ver anexo 1), en el cuál anotarán el alimento irresistible que consumieron, para posteriormente tomarse una muestra de glucosa y anotarlo en la parte de registro de glucosa, el resultado de la medición será de ayuda para posteriormente retroalimentar a los asistentes respecto a que tanto el alimento que consumieron afecta o beneficia a su salud.

Tiempo estimado: 30 min

Formas de evaluación: Se evaluará con los registros de glucosa mostrados.

Criterio de logro: Se considerará que los premios sean accesibles y los castigos cumplan la función que ejercen.

Actividad 3: ¿Quién come más?

Objetivo: Cambiarán la percepción individual y la cantidad de alimento que estarán consumiendo, al modificar el tamaño de los platos y vasos en los que comúnmente comen.

Materiales: 2 platos de diferente diámetro (20 cm. y 20 cm.), 2 vasos de diferente tamaño (350 ml), jícama picada en cuadritos y en rajas, así como muestras de distintos envases de refresco y la cantidad de cucharadas de azúcar que contienen.

Procedimiento:

De todos los asistentes, solo se le pedirá a dos que participen en la actividad y una vez que estén al frente, el psicólogo le pedirá a uno de ellos sostenga un plato pequeño con la fruta picada en cuadritos y al otro asistente que sostenga el plato grande con la fruta picada en rajas, luego el psicólogo preguntará a los demás asistentes ¿Pueden decirme cuál es el plato que tiene más fruta?, después de unos minutos durante los cuales escucha la opinión de los asistentes, el psicólogo contestará: ambos tienen la misma cantidad, solo que la manera en la que se presenta la comida puede influir en la cantidad que consumimos. Esto también se aplicará con las bebidas. Por último, se invitará a que los asistentes consideren variar los recipientes de comida para alterar la percepción de cantidad de alimento que se consume.

Formas de evaluación: Se evaluará tomando en cuenta el registro (Ver anexo 1) de la cantidad de comida en la sesión siguiente.

Criterio de logro: Se considerará que se cumplió cuando en el registro de evaluación semanal se observen cambios en los niveles de consumo, esto va a variar en cada asistente.

Tiempo estimado: 25 minutos.

Actividad 4: Recordatorio para registrar todo lo que comen.

Sesión 3

Actividad 1. Experiencia en casa.

Objetivo: Los asistentes expondrán sus dudas.

Material: Sillas, plumas y hojas blancas.

Procedimiento:

Se formarán equipos de 3 personas, dependiendo de la asistencia del grupo. Luego el psicólogo les dará la instrucción de platicar sobre las dudas que han surgido a lo largo de la práctica en casa de la técnica de autocontrol, o bien que platiquen de la forma en que cada uno está utilizando los pasos ya expuestos anteriormente; los tres integrantes deberán saber las dudas de cada uno de los integrantes del equipo para que escojan a un representante que exponga las dudas y estrategias de autocontrol utilizadas de todo el equipo, una vez que hayan pasado todos los equipos, el psicólogo hará retroalimentación por equipo.

Tiempo estimado: 40 min.

Formas de evaluación: Se evaluará la exposición de ejecución de los asistentes.

Criterio de logro: Se considerará que se cumplió el objetivo cuando el psicólogo haya dado retroalimentación a cada equipo y que éstos queden de acuerdo a dicha explicación.

Actividad 2: Ensayos de cómo aplicar lo planeado "Aprender haciendo"

Objetivo: Los asistentes modificarán la cantidad de comida de acuerdo a los gastos que implica obtener dichos alimentos.

Materiales: Presentación 4 en power point, titulada *Alimentos de la dieta mexicana*.

Procedimiento:

¿Qué han hecho hasta ahora? ¿Cuáles estrategias escogieron?

Se expondrá la presentación 4 titulada *Alimentos de la comida mexicana*, con imágenes que contendrán distintos alimentos (alimentos que se consumen comúnmente en la dieta mexicana), luego se preguntará a los asistentes: ¿cuánto le cuesta económicamente el ingerir el alimento en exceso? Por ejemplo: durante un mes, en seguida se hará el cálculo de dinero invertido y se acuerda con el asistente una meta final que corresponda con el consumo ideal de una persona que vive con DM, se establecerán metas intermedias progresivas para la posibilidad de cumplir la meta final. Se procederá a analizar las situaciones en las que el asistente es más propenso a romper su plan alimenticio con el alimento en particular, para ello se indagará sobre si hay algún factor que tiene mayor peso en el consumo del alimento particular: lugar, circunstancia social, objetos o acontecimientos físicos, inclinaciones, propensiones, tendencias.

Tiempo estimado: 40 min.

Formas de evaluación: Se evaluará a los asistentes de acuerdo a los alimentos que nombren y que mencionen el gasto que les genera.

Criterio de logro: Se considerará que se alcanzó el objetivo cuando pueda actuar de manera eficaz en el despliegue de la conducta que prevenga el consumo excesivo de alimentos.

Actividad 3: Recordatorio para registrar todo lo que comen.

Sesión 4

Actividad 1: Mis horarios de comida

Objetivo: Establecerán un horario de comida de acuerdo a su estilo de vida, cumpliendo con sus tres comidas y dos colaciones.

Materiales y espacio: Mesa, sillas, hojas blancas, lápices.

Procedimiento:

En la actividad se pedirá a los asistentes que describan los horarios de comida que llevan en la actualidad, para que posteriormente establezcan los que sean pertinentes su estilo de vida.

Tiempo estimado: 30 min.

Formas de evaluación: Se evaluará la planeación de sus horas de comida

Criterio de logro: Se considerará que se alcanzó el objetivo cuando establezcan sus horarios de comida, sin que esta actividad interrumpa otras que generalmente realizan.

Actividad 2: Resumen de los pasos de autocontrol

Objetivo: Se usarán los pasos de autocontrol para el cumplimiento del plan alimenticio

Procedimiento:

Se solicitará a un participante que retome de la lista de alimentos irresistibles (que realizó con anterioridad) otro que quiera modificar, con el fin de no consumirlo en exceso o evitar consumirlo. A continuación, se le pedirá que establezca las acciones a emprender utilizando la técnica, luego se le sugerirá que tome en cuenta los pasos de la técnica. Dependiendo del tiempo de la sesión y la cantidad de asistentes (se intentará que esto se realice con todos los asistentes).

Se realizará la despedida y retroalimentación e invitación a generalizar la competencia adquirida a otros contextos y conductas.

Tiempo estimado: 30 min.

Formas de evaluación: Se evaluará su actuación ante la simulación de la situación.

Criterio de logro: Se considerará que se alcanzó el objetivo cuando los registros diarios de alimentación muestren que hay adherencia a la dieta prescrita por el médico.

Fase 3. Evaluación final

Se reparte a cada uno de los asistentes un juego de copias del inventario de autocontrol con un lápiz, en caso de que alguno de los asistentes no sepa leer o surjan dudas se acerca un psicólogo para apoyarlos. También se volverán a tomar medidas antropométricas y nivel de glucemia.

Recomendaciones:

Es conveniente hacer recomendaciones generales para seguir aplicando la técnica independientemente de la finalización del taller, por lo tanto se pretenden dar algunas alternativas para una alimentación saludable, ya que se ha observado que las personas no toman en cuenta lo que deben consumir o no están al alcance el tipo de alimentos que le benefician; la alimentación que para las personas que viven con diabetes es la de basarse en la dieta saludable para mantener en estado óptimo su metabolismo y así prevenir complicaciones agudas y tardías.

Bosch, Sunyol y Paretas (cit. en Figuerola, 2011) definen a la alimentación saludable como *“la que satisface todas las necesidades nutricionales de una persona, aporta energía y los nutrientes adecuados para el correcto funcionamiento y desarrollo del organismo, es variada agradable y placentera, capaz de proporcionar el equilibrio nutritivo que se precisa en cada etapa y circunstancia de la vida y permite alcanzar y mantener un peso óptimo”* (p. 103). Los alimentos que deben ingerir las personas que viven con diabetes, son alimentos variados y en cantidades pequeñas sin excederse, las raciones que se consumen también son importantes y se deben realizar las cinco comidas, incluyendo las colaciones; cabe mencionar que el plan de alimentación deberá ser individualizado para que se respeten al máximo los gustos de cada paciente.

- Se recomienda utilizar una variedad de técnicas de aprendizaje, adaptadas a las preferencias personales e integradas en la rutina de los cuidados habituales a lo largo del tiempo.
- Se debe incluir el conocimiento de la enfermedad (definición, diagnóstico, importancia del buen control), el tratamiento dietético y farmacológico, ejercicio físico, formas de afrontar complicaciones de la diabetes, autocuidado de los pies y autoanálisis.
- Se recomienda proporcionar información sobre las hipoglucemias, valorar el control glucémico tras cambios de medicación o estilos de vida y monitorear los cambios durante enfermedades intercurrentes.
- Por último, se recomienda que se realice un seguimiento de medidas antropométricas de 3 a 6 meses.

En algunos casos los pacientes dan mayor relevancia a la medicación que a la dieta, es por ello que en el presente trabajo se habla sobre la alimentación sana, puesto que se trata de que las personas aprendan a alimentarse para luego adherirse a su dieta con ayuda del programa de autocontrol, tomando en cuenta el tiempo que han padecido la enfermedad y otros factores ya mencionados como la medicación y el ejercicio físico.

CONCLUSIONES

El mundo ha adoptado medidas para luchar contra enfermedades transmisibles, pero en la actualidad se ha encontrado que la DM2 representa una amenaza mayor para los mexicanos y para el mundo. Como ejemplo de iniciativas dirigidas a combatirla se ha decretado el Día Mundial de la Diabetes.

El presente trabajo muestra que existe una clara relación entre autocontrol y adherencia terapéutica, pues de no haber autocontrol en dicha enfermedad, la gravedad de las consecuencias pondrán en riesgo la vida. Se ha demostrado que el trabajo que realiza el psicólogo en el equipo de salud y también con los pacientes directamente, hace una diferencia importante en el estilo de vida y evita deteriorar la salud de las personas que padecen DM.

Ahora bien, las características de la adherencia terapéutica se describen de manera completa al desarrollar cinco dimensiones: en la dimensión uno se toma en cuenta al paciente; la dimensión dos, se trata de la enfermedad; la dimensión tres, atañe a el/los tratamientos farmacológicos; la dimensión número cuatro, habla sobre los factores sociodemográficos del paciente y la dimensión número cinco se aborda el sistema de salud y el equipo asistencial.

De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (2016), las cinco dimensiones son importantes pero especialmente la dimensión uno y la número cuatro, ya que ambas se enfocan en el paciente, que en la mayoría de los casos está en desventaja porque cuenta con poca información y educación para alimentarse y por lo tanto carece de las competencias necesarias para:

- Alimentarse y alimentar a su familia en un modo adecuado
- Obtener alimentos adecuados a precios asequibles
- Preparar alimentos saludables que sean de su agrado
- Reconocer las malas elecciones alimentarias y resistir a éstas
- Instruir sobre alimentación saludable a sus familiares

Conocimientos que no se identifican en la alimentación de los mexicanos, por lo que se considera que cualquier persona enferma o sana, debe contar con dicha educación para evitar el sobrepeso y obesidad, que son el antecedente para desarrollar Diabetes Mellitus.

Es bien sabido que la medicación y la dieta son parte fundamental del tratamiento que llevan las personas que viven con DM, pero hace falta mencionar también el papel benéfico del ejercicio.

La finalidad del ejercicio, es que las personas lo conviertan en un hábito agradable, ya que es necesario para fomentar el bienestar de todas las personas, pero principalmente para quienes viven con diabetes. Una muestra del papel positivo del ejercicio es el estudio de Pi Sunyer en el 2006 (cit. en Figuerola, 2011) que ejemplifica la reducción de peso mediante ejercicio y la correlaciona con un menor índice de presentación de enfermedades cardiovasculares en personas que viven con DM.

Se cree que siempre debe existir una segunda persona que administre las consecuencias, pero no es del todo cierto, ya que el paciente puede aplicarse él mismo las contingencias para controlar su conducta, es decir, auto-regular su comportamiento. La importancia de enseñar la técnica de autocontrol está en que algunos pacientes refieren que no controlan la manera de comer en reuniones, estando en la calle o estando en su propia casa, es por ello que esta herramienta enseñará a los pacientes una forma nueva de relacionarse con su enfermedad y de adaptarse a su medio.

Buscar estrategias que promuevan conductas preventivas en los pacientes, facilitará que se involucren activamente en el control de su dieta, considerando diversas situaciones en las que los pacientes no logran controlar su manera de comer para que fomentan conductas que favorezcan la salud. El paciente que vive con diabetes se verá beneficiado al contar con las competencias de autocontrol para decidir su manera de comer, pero sobre todo mejorar su calidad de vida.

Lo importante de favorecer competencias de autocontrol es que el paciente aprenda a vivir con la enfermedad que padece, que sepa que no es tarde para aprender a comer y autorregularse. De acuerdo con lo anterior, la propuesta que aquí se presenta intenta atender

a un espacio que no es ignorado pero tampoco abordado en su totalidad, ya que hablar de la DM es hablar de un tema complejo. También se considera que la estrategia educativa a llevar para la promoción de la salud del paciente con DM no debe limitarse al solo hecho de transmitir información sino a desarrollar en él las competencias necesarias, ya que la gente necesita saber más sobre la enfermedad que tiene y responder preguntas del tipo: *¿de qué trata mi enfermedad?, ¿qué medicamentos debo tomar?, ¿qué consecuencias existen sino cuido de mi salud? y ¿mi enfermedad tiene cura?*

La DM2 es una enfermedad crónica que puede y debería ser controlada por la propia persona, lo que pone de relieve la importancia de las acciones y programas educativos dirigidos a las personas afectadas. Tradicionalmente los profesionales de la salud decidían las pautas del tratamiento y los pacientes se limitaban a asumirlas, lo cual no significaba que hubiera un buen cumplimiento por parte del paciente. Las personas, más que necesitar instrucciones, necesitan aprender a desarrollar las habilidades o ajustar las que ya cuentan y entonces con ayuda de esta propuesta de intervención el paciente se haga responsable de su salud.

De acuerdo con lo antes descrito, es pertinente mencionar la importancia que tiene el programa de autocontrol en la adherencia a la dieta, pues como ya se vio en líneas arriba la adherencia es un factor bastante importante para que los pacientes mantenga su salud, pero si los pacientes llegan a desarrollar las habilidades para autocontrolarse, la situación será muy distinta ya que podrán elegir los platillos y la cantidad a consumir. El programa de autocontrol tiene efectos positivos en quien lo desarrolla, como el incremento de la autoestima y la posibilidad de generalización hacia otras conductas. Es una alternativa eficaz para reducir la tasa de conducta siempre que estén dotados de estrategias encaminadas al mantenimiento de una nueva conducta. Por lo tanto, si hay autocontrol habrá mayor adherencia a la dieta y esto ayudará a que el paciente sientan confianza en sí mismo, pero sobre todo que es él quien puede mantener estable la enfermedad con la que vive y sobre todo generalizar las conductas aprendidas con la técnica de autocontrol.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcaraz, A., M. y Ferrer, O., C. (1998). El juego como técnica de intervención en el autocontrol del paciente diabético. *Revista Cubana* 14(3), 231-235.
- Arroyo, J. (2003). Farmacología oral en el tratamiento de la diabetes. En D. Figuerola (Ed.) *Diabetes*. Barcelona: MASSON.
- Asociación latinoamericana de Diabetes (2014). Recuperado en <http://www.revistaalad.com/website/articulo.asp?id=12>
- Belloso, J. y Figuerola, D. (2003). La diabetes a lo largo de la historia. En D. Figuerola (Ed.) *Diabetes*. Barcelona: MASSON.
- Bosch, M., Sunyol, C. y Paretas., M. (2011). Alimentación en la diabetes. En D. Figuerola (Ed.) *Manual de Educación Terapéutica en Diabetes* (pp. 103-117). España: Díaz de Santos.
- Cabré, J. J. (2011). Ejercicio Físico. En D. Figuerola (Ed.) *Manual de Educación en Diabetes* (pp. 119-129). España: Díaz de Santos.
- Casado, M., 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), 79 párrafos. Recuperado de: http://www.psiquiatria.com/psicologia/vollnum1/art_2.htm
- Cassullo, G. L., (2008). La percepción del autocontrol frente al riesgo según género y su relación con el abuso del alcohol entre adolescentes. XV Jornadas de Investigación y cuarto

encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. *Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires*, 379-381.

Cueli, J. y Reidi, L. (1983). *Corrientes Psicológicas en México*. México: Diogenes, S. A.

Del Duca, M., Gallegos, Y., Da Col, G. y Trenchi, M.N. (2013). Adherencia al Tratamiento desde la perspectiva del Médico de Familia. *Revista Biomedicina*, 8(1), 6-15.

Durán-Varela, B., Rivera-Chavira, B. y Franco-Gallegos, E. (2001). Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Salud Publica de México*, 43(3), 233-236.

Escobedo de la P., J. (2013). Epidemiología de la diabetes. En S. Islas y C. M. Revilla (Eds.) *Diabetes Mellitus: actualizaciones*. México: Alfil.

Federación Internacional de Diabetes (2015). Recuperado de http://www.idf.org/sites/default/files/Atlas-poster-2014_ES.pdf

Figuerola, D. (2003). *Diabetes*. Barcelona: MASSON.

Figuerola, D., (2011). *Manual de Educación Terapéutica en Diabetes*. España: Diaz de Santos.

Flores, M. S., García, Z.A., Morán, M. M., Castro, M. A., López, Q. A. y Sánchez, C. J. (2013). Epidemiología molecular en la diabetes mellitus. En S. Islas y C. M. Revilla (Eds.) *Diabetes Mellitus: actualizaciones*. México: Alfil.

Flórez, A. L. (1997). Análisis de un programa de autocontrol comportamental para la promoción de la salud en población adulta. *Psicología conductual*, 5(3), 313-344.

Granados, E. E. y Escalante, E. (2010). Estilos de personalidad y Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus. *Liberabit. Revista de Psicología*, 16(2), 203-215.

Ginarte, A. Y. (2001). La adherencia terapéutica. *Revista Cubana*, 17(2), 502-505.

González, G. N. y Ángeles, C. M. (2009). Apuntes para repensar la “teoría de la transición epidemiológica” y su importancia para el diseño de políticas. *Espacios Públicos*, 12(25), 151-162.

Islas, S.A. y Revilla, C.M. (2013). *Diabetes Mellitus: actualizaciones*. México: Alfíl.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (2015). Recuperado de <http://sgm.issste.gob.mx/medica/#>

Instituto Mexicano del Seguro Social (2014). Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201307/101>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (10 de Febrero de 2014). Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo107&s=est&c=23587>

Jansá, M., Muñoz, A., y Peláez, P. (2011). Diabetes Mellitus tipo 1. En D. Figuerola (Ed.), *Manual de Educación Terapéutica en Diabetes* (pp. 51-73). España: Díaz de Santos.

Kazdin, E. A. (1978). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. El Manual Moderno.

- Lara, E. A., Aroch C. A., Aurora, J. R., Arceo, G. M. y Velázquez M. O. (2004). Grupos de Ayuda Mutua: Estrategia para el control de diabetes e hipertensión arterial. *Archivos de cardiología de México*, 74(4), 330-336.
- Ledón, L. L. (2011). Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(4), 488-499.
- León, C. D., Oliva, Z. L. y Rivera V. E. (2011). Aplicación del autocontrol para el tratamiento del exceso de peso en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(2), 90-107.
- Lerman, I. (1998). *Atención Integral del paciente diabetico*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Martos, M. J., Pozo, C. y E., Alonso. (2008). Influencia de las relaciones interpersonales sobre la salud y la conducta de adherencia en una muestra de pacientes crónicos. *Boletín de Psicología*, 93(60), 59-77.
- Martín, A. y Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 14(1), 89-99.
- Matarazzo, J., (1995). Conducta y Salud: Integración de la ciencia y la práctica en Psicología y Medicina, un siglo después. *Psicología Contemporánea*, 2(1), 16-29.
- Medrano-Vázquez, M., Rojas-Russell, M., Serrano-Alvarado, K., Flórez-Alarcón, L., Aedo-Santos, A. y López-Cervantes, M. (2014). Asociación del índice de masa corporal y el autocontrol con la calidad de vida relacionada con la salud en personas con sobrepeso/obesidad. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 8(1), 13-22.

- Menéndez, J., Guevara, A., Arcia, A., León, E., Marín, C. y Alfonso, J. (2005). Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Revista Panam Salud Publica*, 17(5/6), 353- 361.
- Olaiz-Fernández, G., Rojas, R., Aguilar-Salinas, C., Rauda, J. y Villalpando, S. (2007). Diabetes mellitus en adultos mexicanos. *Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. Salud Pública de México*, 49, 331-337.
- Ortiz-Hernández, L., Delgado-Sánchez, G. y Hernández-Briones, A. (2006). Cambios en factores relacionados con la transición alimentaria y nutricional en México. *Gaceta Médica México*, 142(3), 181-193.
- Orueta, R. (2006). Evidencias disponibles para favorecer y mejorar la Adherencia Terapéutica. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 1(4), 185-192.
- Organización Mundial de la Salud (07 de Febrero de 2015a). Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/>
- Organización Mundial de la Salud (10 de Marzo de 2015b). Recuperado de http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- Organización Mundial de la Salud (15 de Marzo de 2015c). Recuperado de http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/
- Organización Mundial de la Salud (05 de Abril de 2015d). Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

Organización Mundial de la Salud (15 de Febrero de 2015e). Recuperado de <http://www.who.int/nmh/es/>

Padilla, M., Ontiveros, M., Muñoz, N., Peralta, S. y Gutiérrez, J. (2008). Intervención Educativa en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de Hermosillo, Sonora. En *Epistemos ciencia, tecnología y salud*, 4, 46-50.

Pantoja-Magallón, C. E., Domínguez-Guedea, M.T., García, E. M., Reguera, T. M., Pérez, O. M. y Mandujano J. M. (2011). Programa de entrenamiento en habilidades de autocontrol alimenticio en personas diabéticas e hipertensas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(1), 98-115.

Piña, J. y Rivera, B. (2006). Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. *Universitas Psychologica*, 5(3), 1-9.

Reynals, E. (2003). Clasificación, diagnóstica y formas clínicas. En D. Figuerola (Ed.) *Diabetes*. Barcelona: MASSON.

Ribes, E. (1990). *Psicología y la Salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.

Rodríguez, M. (2003). La inserción del psicólogo en el campo aplicado. *Psicología y Ciencia Social*, 5(2), 11-19.

Rodríguez, M. L., Rentería, R. A., Rodríguez, S. N., García, R. J., y Nava, Q. C. (2014). Importancia atribuida a factores disposicionales situacionales en el rompimiento de la dieta. Manuscrito presentado para su publicación.

Rojas, J., González, R., Chávez, M., Salazar, J., Añez, R., Chacín, M., Cano, C. y Bermúdez, V. (2013). Diabetes mellitus tipo 2, historia natural de la enfermedad, y la experiencia en el

Centro de Investigaciones Endocrino Metabólicas “Dr. Félix Gómez”. *Diabetes Internacional, 1*, 13-26.

Sancho, M.S.(2011). Diabetes Mellitus tipo 2. En D. Figuerola (Ed.) *Manual de Educación Terapéutica en Diabetes* (75-84). España: Díaz de Santos.

Sancho, M. A., y Cabasés, T. (2011). Enfermedades intercurrentes y descompensaciones de la diabetes. En D. Figuerola (Ed.) *Manual de Educación Terapéutica en Diabetes* (149-163). España: Díaz de Santos.

Sandoval, G. S. y Camarena, G. D. (2011). Comportamiento alimentario y perfil de consumo de los sonorenses: el caso de las comidas internacionales. *Región y Sociedad, 28(50)*, 186-213.

Santacreu, J. y Scigliano, R. (1986). Programa de autocontrol de la obesidad: datos de un año de seguimiento. *Estudios de psicología, 25*, 123-140.

Soria, T. R., Ávila, L. D., Vega V. Z. y Nava Q. C. (2012). Estrés familiar y adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas. *Alternativas en Psicología, 26*, 78-84.

Vinaccia S., y Orozco, L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas, 1(2)*, 125-137.

ANEXOS

ANEXO 2

¿EN QUÉ SITUACIONES ROMPE LA

Nombre: _____

Fecha: _____ Grupo: _____

Género: _____

Edad: _____

Centro de Salud/Trabajo: _____

Instrucciones: Anota 3 alimentos que consumes en exceso y marca con una X la situación con la que te sientas identificado y que consumas en exceso esos alimentos.

Alimentos			
-----------	--	--	--

Circunstancia	Estoy solo			
	Estoy en el trabajo			
	Estoy con mi familia			
	Estoy con amigos			
¿Dónde?	En el transporte público			
	En la calle			
	En el trabajo			
	En casa ajena			
	En mi propia casa			
	Otro			
	Mi familia			

¿Quiénes?	Mi pareja			
	Mis amigos			
Cuándo consumo alimento...	Hay comida en exceso a mis disposición			
	Está encendida la televisión			
Consumo en exceso porque...	Me gusta mucho			
	La acompaño con Bebidas alcohólicas			
Me siento...	Feliz			
	Triste			
	Enojado			
	Estresado			
	Acalorado			
	Friolento			
	Enfermo			
	Hambriento			
Mi costumbre a la hora de comer es...	Comer mucho			
	Comer lo que me gusta			
	Comer menos de 5 veces al día			
	Comer más de 5 veces al día			

ANEXO 3

METAS

Nombre: _____

Fecha: _____ Grupo: _____

Género: _____ Edad: _____

Centro de Salud/Trabajo: _____

De acuerdo a mi consumo habitual, he detectado que consumo en exceso...

1. _____

2. _____

3. _____

Por lo que he decidido que las metas que quiero alcanzar son:

1. _____

2. _____

3. _____

La meta en la cual deseo concentrarme es:

Qué estrategias utilizaré:

1. _____

2. _____

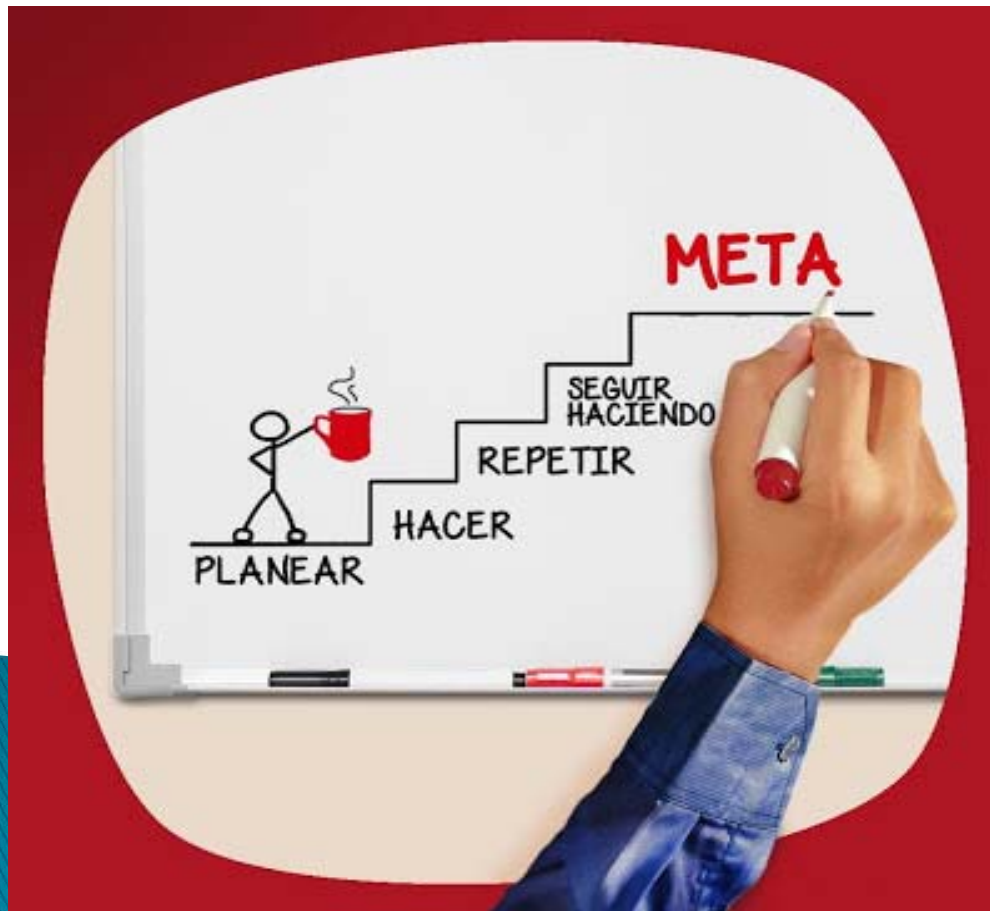
3. _____

4. _____

5. _____

Autocontrol

Presentación 1



Investigación
realizada
gracias al
programa
UNAM/DGAPA/
PAPIIT IT 300
114

Yo decido lo que como...

Analizar la situación



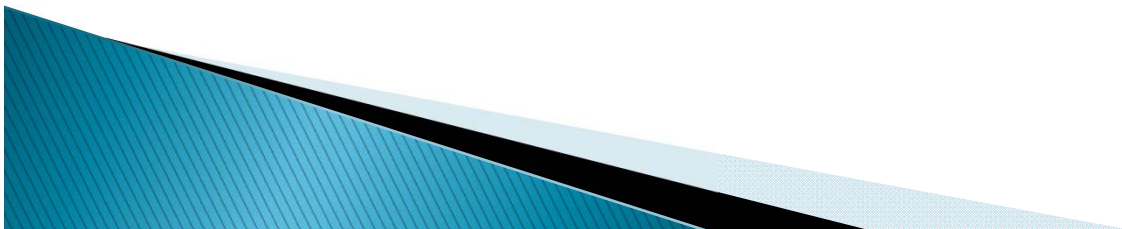
Localizar la meta



Tomar precauciones



Obtener premios y castigos

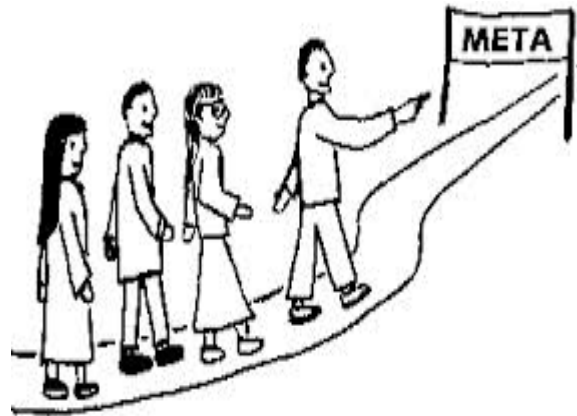


Analizar la situación



- A**nalizar la situación
- L**ocalizar la meta
- T**omar precauciones
- O**btener premios y castigos

Localizar la meta



- A**nalizar la situación
- L**ocalizar la meta
- T**omar precauciones
- O**btener premios y castigos

Tomar precauciones



EVITAR



ESCAPAR



DOSIFICAR



POSTERGAR



MODIFICAR

- A**nalizar la situación
- L**ocalizar la meta
- T**omar precauciones
- O**btener premios y castigos

Obtener premios y castigos



- A**nalizar la situación
- L**ocalizar la meta
- T**omar precauciones
- O**btener premios y castigos



Analizar la situación

Localizar la meta

Tomar precauciones

Obtener premios y castigos

Analizar la situación

Localizar la meta

Tomar precauciones

Obtener premios y castigos

Analizar la situación

Localizar la meta

Tomar precauciones

Obtener premios y castigos

Analizar la situación

Localizar la meta

Tomar precauciones

Obtener premios y castigos



Situaciones que influyen en el rompimiento de su plan alimenticio

Presentación 2

Analizar la situación
Localizar la meta
Tomar precauciones
Obtener premios y castigos

Investigación realizada
gracias al programa
UNAM/DGAPA/PAPIIT
IT 300 114

Rompemos el plan alimenticio...

Comiendo lo que no debe

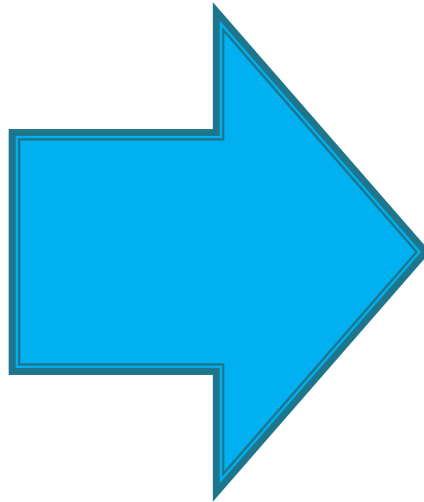


Comiendo en exceso



- A**nalizar la situación
- L**ocalizar la meta
- T**omar precauciones
- O**btener premios y castigos

Comer ¿Y ya?



Analizar la situación

Localizar la meta

Tomar precauciones

Obtener premios y castigos

Situaciones

Circunstancia

Mi costumbre
a la hora de
comer es...

¿Dónde?



Me siento

¿Quiénes?

Consumo en
exceso
porque...

Cuando
consumo
alimento

Analizar la situación
Localizar la meta
Tomar precauciones
Obtener premios y castigos

Recomendaciones para evitar tentaciones

Presentación 3

Investigación realizada
gracias al programa
UNAM/DGAPA/PAPIIT
IT 300 114

Analizar la situación
Localizar la meta
Tomar precauciones
Obtener premios y castigos



EVITAR



ESCAPAR



DOSIFICAR



POSTERGAR



MODIFICAR

Evitar

- ▶ Mantén alejada la comida de fácil consumo que se deseas evitar (no comprarla, alejarla visualmente)



- ▶ Asegúrate de estar satisfecho cuando se presente la situación o el objeto que hace que no te adhieras a la dieta.



Analizar la situación
Localizar la meta
Tomar precauciones
Obtener premios y castigos

Escapar

- ▶ Escapa de la situación antes de que no se tenga control (alejarse o concentrarse en otra cosa).



- ▶ Come lejos de los estímulos que provocan comer de más (comer en la cocina en lugar de la tv).



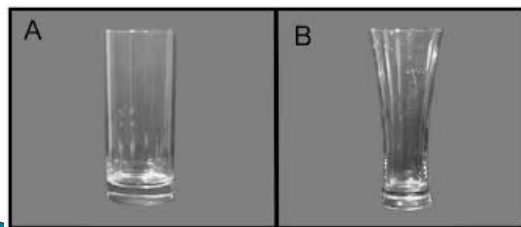
Analizar la situación
Localizar la meta
Tomar precauciones
Obtener premios y castigos

Dosificar

- ▶ Separa la comida en trozos y distribúyela en el plato.



- ▶ Come en recipientes más pequeños de lo habitual (dosifico).



A analizar la situación
Localizar la meta
Tomar precauciones
Obtener premios y castigos

Dosificar

- ▶ Establece horarios para comer adecuadamente.



Analizar la situación
Localizar la meta
Tomar precauciones
Obtener premios y castigos

Postergar

- ▶ Suelta el tenedor mientras masticas.



- ▶ Organiza las cosas necesarias para el día siguiente, desmaquillarse o tender la ropa.



Analizar la situación
Localizar la meta
Tomar precauciones
Obtener premios y castigos

Modificar

- ▶ Antes de comer una porción de más, lávate los dientes.



- ▶ Ponte ropa ajustada, para que al momento de comer de más, la ropa apriete.



Analizar la situación
Localizar la meta
Tomar precauciones
Obtener premios y castigos

Autocontrol



EVITAR

- Sírvelo en una sola ocasión
- Asegúrate de estar satisfecho cuando se presente la situación o el objeto que hace que no se adhiere a la dieta.
- Mantén alejado la comida de fácil consumo que se desea evitar (no comprarla, alejarla visualmente)



ESCAPAR

- Come lejos de los estímulos que nos provocan comer de más
- Escapa de la situación antes de que no se tenga control. (alejarse o concentrarse en otra cosa)



DOSIFICAR

- Separa la comida en trozos y distribúrlas en el plato
- Mastica mas veces
- Come en recipientes mas pequeños de lo habitual
- Establece horarios para comer adecuadamente



POSTERGAR

- Suelta el tenedor mientras masticas)
- Cuando haya sensación de comer de más, haz otra actividad que te lleve a realizarla por lo menos 10 minutos



MODIFICAR

- Antes de comer una porción más de lo debido, lávate los dientes
- Ponte ropa ajustada, para que en momento de comer de mas, la ropa apriete

Ejemplo de aplicación

Analizar la situación
Localizar la meta
Tomar precauciones
Obtener premios y castigos

Comer mientras se ve la televisión

- No compre productos de fácil consumo.



- Siéntate a ver la televisión después de que hayas comido y eliminado cualquier señal de hambre.



Analizar la situación
Localizar la meta
Tomar precauciones
Obtener premios y castigos

Comer en el mercado

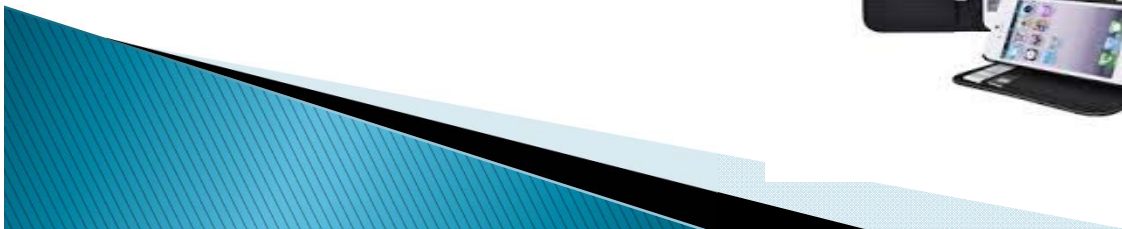
- ▶ No pases por ese lugar (evitar).
- ▶ Ve al mercado con algo en la panza (modificar).
- ▶ Lleva dinero justo para que no puedas comprar más (dosificar).



Analizar la situación
Localizar la meta
Tomar precauciones
Obtener premios y castigos

Alimentos restringidos que se consumen frecuentemente

- ▶ Lleva a todos lados una fotografía de un ser querido para ti, saca la foto y piensa en la falta que le harás a esa persona si sigues sin cumplir con tu dieta.



Alimentos restringidos que se consumen frecuentemente

- ▶ Come tu alimento preferido al último (comer primero frijoles, verduras, sopa y al final la carne y la tortilla).
- ▶ Utiliza platos pequeños.



Analizar la situación
Localizar la meta
Tomar precauciones
Obtener premios y castigos

Alimentos restringidos que se consumen frecuentemente

Piensa si realmente quieres que:

- ▶ Te amputen un pie.
- ▶ Te realicen operaciones por las que pasaron otras personas.



Analizar la situación
Localizar la meta
Tomar precauciones
Obtener premios y castigos

¿Qué tal lo hice?

Colócate una liga en la muñeca y cada vez que pruebes un bocado jala la liga y te das un golpe con ella.



- A**nalizar la situación
- L**ocalizar la meta
- T**omar precauciones
- O**btener premios y castigos

Para reflexionar...

- ▶ Te aseguramos que te costará mucho trabajo, pero es parte de un entrenamiento a tu nueva vida.
- ▶ No tires la toalla, con el tiempo te irá costando menos.
- ▶ Presta atención a tus sensaciones físicas, no serán las mismas, y te sentirás más orgulloso de lo que has logrado.
- ▶ Después del cambio tendrás más que buena salud...



Alimentos de la comida mexicana.

Presentación 4

Investigación realizada
gracias al programa
UNAM/DGAPA/PAPIIT
IT 300 114



¿Cuánto le cuesta económicamente el ingerir el alimento en exceso?

- ▶ Lugar
- ▶ Circunstancia social
- ▶ Objetos o acontecimientos físicos
- ▶ Inclinations
- ▶ Propensiones
- ▶ Tendencias

