



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

**LA DISONANCIA COGNITIVA EN LA
PREVENCIÓN DE LA DM2**

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

EDGAR VÁZQUEZ DE ANDA



**DIRECTORA DE TESINA:
MTRA. ESTELA PÉREZ VARGAS**

Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos:

A la UNAM, a la FES Iztacala, a los profesores que me enseñaron a mirar con humildad el reto de aprender psicología y me motivaron a seguir esforzándome. En especial a la maestra Estela Pérez Vargas que siempre estuvo atenta en la asesoría de este trabajo, gracias por su paciencia y comprensión.

Gracias a mi familia, empezando por mi Padre que fue la inspiración de este trabajo, gracias a él adquirí el gusto por la lectura, siempre tuve la curiosidad de conocerlo, me preguntaba mucho acerca de su vida, hice este trabajo como un puente que nos ayudara a mejorar nuestra salud. Mis hermanos sin duda son un ejemplo a seguir: César, por su valentía y determinación, gracias por hablar de la importancia que tiene el estudio, a Eduardo quien es una persona que está siempre dispuesto a ayudar, gracias por esas lecciones de vida durante mi estancia en Nueva York, recuerdo que fue allí que me decidí a seguir estudiando, a mi Hermana Jessica, porque sé que muchas cosas buenas vendrán, gracias por prestarme tu computadora y ser la primera en escuchar algunos párrafos de este trabajo, a mis amigos de la universidad, aún recuerdo cuando hicimos equipo y nos quedamos juntos por toda la carrera: Luz Atzin, Miriam y Rubén, los recuerdo con cariño. Gracias a todas esas personas en las que conocí la vida, aprendí después de algunas caídas. A Madelaine por esperarme con tanto amor.

Y muy en especial a Estela de Anda, por supuesto, doy gracias por estar siempre conmigo, doy gracias por ese empeño de quererme sacar adelante. Al ser tu hijo, me siento el ser más privilegiado y con una deuda enorme, pues mereces lo mejor. Te amo. Perdóname por los años en que te cause desvelos.

INDICE	PP
Resumen	1
Presentación	4
1. Antecedentes históricos de la DM2	7
2. Conceptos básicos de la DM2 y propuestas actuales	10
2.1 La obesidad	10
2.2 La DM2	12
2.3 La prediabetes	16
3. Factores asociados a la DM2	19
3.1 Socioeconómicos	20
3.2 Ambientales	23
3.3 Culturales	25
3.4 Hábitos familiares	28
3.5 Políticas educativas y sanitarias	29
3.6 Demográficos	29
3.7 Biológicos	30
4. Prevención de la DM2	33
4.1 Prevención primaria	33
4.2 Prevención secundaria	36
4.3 Prevención terciaria	39
5. La prevención de la salud desde el enfoque cognitivo-conductual	40

5.1 Modelo conductual: La modificación de la conducta en la prevención y tratamiento de la enfermedad.	45
5.2 Modelo cognitivo conductual.	49
5.3 Modelo cognitivo.	54

6. Factores psicológicos que predicen las conductas saludables y de riesgo en la DM2, desde un enfoque cognitivo-conductual **63**

6.1 Creencias	64
6.2 Sesgos cognitivos al evaluar las conductas de riesgo.	72
6.3 Factores emocionales.	77

7. La Disonancia Cognitiva en la predicción de las conductas de salud y de riesgo ante la DM2 (revisión específica) **84**

7.1 La disonancia cognitiva	84
7.2 Importancia del constructo de disonancia cognitiva en el campo de la psicología de la salud	92
7.3 Estudios sobre la relación entre disonancia cognitiva y toma de decisiones dirigidas a la prevención de la DM2	97

Conclusiones **107**

Referencias **111**

RESUMEN

Sin duda, la Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) será en los próximos años una enfermedad que seguirá afectando a gran número de personas a nivel global de manera potencial, debido a la falta de entornos saludables, de calidad alimentaria, de políticas de prevención, educación y autocontrol en el sector salud, más la suma de millones de personas que ignoran si son propensas a padecer la enfermedad, o en su defecto ya son diabéticos que no cuentan con un diagnóstico médico. Las estimaciones del eventual crecimiento del padecimiento en los siguientes 20 años son las siguientes: en África de un 90%, Europa con el 16%, América del norte y el Caribe con el 34%, América central y el cono sur con el 54%, con un costo de 471.000 millones de USD a nivel mundial tan solo en el año 2012. Cabe resaltar según datos de la IDF Diabetes Atlas, 7ª edición, el 77% de las personas que actualmente tienen DM2 viven en países de ingresos bajos y medios.

La Federación Mexicana de Diabetes retomando la estadística de la Encuesta Nacional de Nutrición del 2012, presenta los siguientes datos con relación a México

- México ocupa el 6º lugar a nivel mundial con número de personas con DM2
- Segundo lugar a nivel mundial con personas con obesidad
- De la población total mayor a 20 años, el 9.2% tiene DM2
- El 80% de esta población recibe tratamiento
- El 25% de las personas que reciben tratamiento, presenta un adecuado control metabólico, 1 de cada 4.
- Del 80% de los pacientes que reciben tratamiento, el 7% tiene un riesgo alto de tener complicaciones, y el 49.8% tiene un riesgo muy alto de presentarlas.
- Las entidades con mayor índice de personas con DM2 son: la Ciudad de México, Nuevo León, Veracruz, Tamaulipas, Durango y San Luis Potosí.

En este año, se estima que morirán alrededor de 100,000 mexicanos a causa de la diabetes. Estudios nos muestran que el 9.2% de la población adulta tiene DM2, con un desembolso anual por cada tratamiento controlado de 22,052 pesos al año, aunado a una población altamente vulnerable pues siete de cada diez adultos y uno de cada tres niños tiene sobre peso y obesidad, una de las principales causas de la aparición de la DM2.

Por lo tanto, el trabajo de la psicología dentro de la prevención de la DM2 tiene como una de sus tareas principales, generar conocimientos acerca de las cogniciones que se relacionan en la aparición de conductas de salud, y sobre todo en conductas de riesgo, como es el caso de la disonancia cognitiva, la cual nos puede ayudar en fortalecer el campo de acción que de manera integral busque mejor las campañas de prevención enfocadas a la DM2

En nuestra sociedad un gran número de enfermedades son prevenibles si se conoce cómo ciertas variables convergen en una dinámica única e individual dentro de un entorno que es compartido. Leemos en cada paciente por medio de su conducta cuales han sido las experiencias previas con la enfermedad, los síntomas, las quejas, los riesgos y el arraigo que tiene de cada concepto de salud y bienestar.

Las condiciones para que una enfermedad se presente van de la mano con la estructura y función biológica inherente a cada persona desde su proceso evolutivo a lo largo de su vida y desde antes al adquirir características peculiares según su herencia familiar, lo cual no dicta que una enfermedad como la DM2 sea condenatoria e irreparable, sino que muestra qué tan propenso y vulnerable puede ser una persona si no cuenta con las conductas necesarias a favor de su salud.

Las sociedades actuales con su constante condición de urgencia envuelven a los individuos en una dinámica en que la salud queda en segundo plano detrás de las demandas económicas, una vida llena de estrés y depresión, hábitos alimenticios insanos, la falta de actividad física, son entre otras las condiciones que potencian la aparición de las enfermedades de nuestra era.

De ahí la importancia del quehacer de la psicología dentro de un trabajo de prevención en la DM2, que no tenga como objetivo alarmar a la población, sino que dé a conocer cuáles

son las actitudes, emociones, cogniciones, motivaciones, intenciones y conductas que dirigidas puedan evitar la aparición de la enfermedad y fomentar una vida de calidad para el paciente y sus familiares.

En este estudio se identificará la importancia de la disonancia cognitiva, profundizando en cómo ésta podría afectar en la toma de decisiones con relación al mantenimiento de conductas de riesgo que se vinculan con la aparición de la DM2, el conocimiento de esta cognición nos ayudará a construir mejores proyectos de planeación en sector salud con el fin de prevenir la enfermedad.

Objetivo general

Identificar el estado del conocimiento sobre:

- a) La relación entre el constructo disonancia cognitiva y las conductas preventivas y de riesgo para la DM2 en personas con o sin este diagnóstico.
- b) La capacidad del constructo teórico de la disonancia cognitiva para pronosticar conductas de riesgo o de salud en personas con o sin diagnóstico de DM2.

Método

Se realizó una investigación bibliográfica de los estudios con enfoque cognitivo y cognitivo-conductual, sobre las variables propuestas en la literatura por su posibilidad de predecir las conductas de riesgo y prevención para la DM2, con énfasis en la disonancia cognitiva

PRESENTACIÓN

La extrema desigualdad entre los modos de vida, el exceso de ocio para algunos, el exceso de trabajo para otros, la facilidad con la que despertamos y satisfacemos nuestros apetitos y nuestra sensualidad; los alimentos más apreciados por los ricos, que los saturan de excitantes y los agobian con indigestiones; la mala alimentación de los pobres, de la que a menudo incluso carecen y que los lleva a sobrecargar sus estómagos cuando la ocasión se presenta; los desvelos, los abusos de toda clase, los transportes sin medida de las pasiones, las fatigas y los agotamientos del espíritu, las congojas y las penas padecidas en todos los estados que continuamente roen el alma: éstas son las funestas pruebas de que la mayoría de nuestros males son nuestra propia obra y de que podríamos evitarlos casi todos con el estilo de vida sencillo, parejo y solitario que nos prescribía la naturaleza.

Jean- Jaques Rousseau, discurso sobre el origen y los fundamentos de la desigualdad entre los hombres y otros escritos (1754).

La alimentación es una necesidad preponderante para todo sistema de vida, sin duda, hablamos de sobrevivencia, el hombre con esa necesidad hará todo lo posible para saciar aquellas ordenes de su cuerpo, es básica la exigencia, a lo largo de millones de años para nuestros ancestros fue el único problema de su existencia: primero el de no ser presa de otro animal, después buscar algo que comer, con esos dilemas giraba todo su presente. Sobrevivió, socializó, planificó, pensó, conoció su universo, supo del pasado y tuvo voluntad para el futuro, sucedieron maravillas, y desastres.

Empecemos a decir que existen estudios que muestran que desde la etapa fetal y los primeros años de vida se establecen las bases moleculares, genéticas y metabólicas de cada organismo. La influencia de la nutrición y genética materna (Campoy, Martín-Bautista, García-Valdés, Florido, Agil, Lorente, Marcos, López-Sabater, Miranda-León, Sanz y

Molina-Font, 2008). Es fundamental durante el proceso de gestación y hasta los 18 meses de vida posnatal, periodo base donde se condiciona el desarrollo de todas las capacidades fisiológicas y en caso de una nutrición deficiente, la posibilidad de contraer enfermedades en el futuro. No podemos estudiar cualquier enfermedad metabólica sin comprender la importancia del proceso homeostático de los nutrientes que se consumen (proteínas, carbohidratos, minerales, vitaminas, fibras y lípidos) y si existe un adecuado equilibrio en su ingesta, aunado a las particularidades en cada persona del gasto físico en su día a día, condiciones climatológicas, sexo, edad, etnia, por mencionar solo algunos de los muchos y complejos factores, la alimentación es un campo de estudio para la psicología, sociología, medicina, biología, historia, economía, política, etc.

En nuestra actualidad se reporta una epidemia a escala internacional de enfermedades ocasionadas por trastornos metabólicos y obesidad; datos de la Encuesta Nacional de Nutrición de 2012 (ENSANUT) apuntan que a nivel mundial el 39 por ciento de la población total tiene sobrepeso y que el 13 por ciento padece obesidad, un trastorno alimentario causado por la conjunción de factores bio-psico-sociales que son provocadas principalmente por el consumo excesivo de carbohidratos, azúcares y grasas, sumado a un estilo de vida sedentario, donde las personas tienen menos tiempo y motivación para realizar actividad física y existen menos lugares públicos en condiciones adecuadas, además de presentar vulnerabilidad hereditaria, ya que por generaciones los familiares directos han padecido de diabetes, hipertensión, y obesidad entre otras, con trasfondos psicológicos que no son tomados en cuenta pero son cimientos de un conjunto de conductas de riesgo que al ser repetidas y normalizadas por años, se vuelven parte de los hábitos alimenticios inapropiados, es por eso que la clave para revertir estas conductas que ponen en riesgo la salud, se encuentre en las herramientas cognitivas con las que cuenta el paciente y su capacidad para cambiarlas por conductas protectoras de la salud.

En México, datos de la Secretaría de Salud (SSA) durante el 2010 señalan que en las ciudades con desarrollo urbano existen más de 43 millones de personas con obesidad y sobrepeso, siendo mayor la incidencia de mujeres adultas con sobrepeso (72%) en

comparación con los hombres mayores de edad (66%). A nivel nacional, el gasto gubernamental por obesidad ascendió a 80 millones de pesos durante el 2014, de acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Pública. México es el segundo país a nivel mundial con mayor número de personas obesas, y desde el 2015 tiene el nada honorable primer lugar en obesidad infantil

Existe un vínculo potencial entre la obesidad y la DM2. López de la Torre (2003) explica que el aumento de la DM2 se atribuye fundamentalmente al envejecimiento de la población y al aumento en la prevalencia de obesidad.

En el día mundial de la diabetes, Piamonte (2014) señaló en su discurso:

“Los últimos cálculos del atlas de la diabetes de la Fundación Internacional de la Diabetes (FID) indican que hay 382 millones de personas que viven con diabetes en todo el mundo. Para el 2035, 592 millones o, lo que es lo mismo una de cada 10 personas tendrán esta enfermedad. Otros 316 millones de personas corren en la actualidad un alto riesgo de desarrollar DM2, y se espera que esta cifra aumente hasta casi alcanzar los 500 millones a lo largo de una generación. Lo que hace que esta pandemia resulte especialmente amenazante es que, en gran parte del mundo permanece oculta. Hasta la mitad del total de personas con diabetes no saben que padece la enfermedad”.

1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA DM2

“A estos enfermos se les deshace el cuerpo poco a poco y como los productos tienen que eliminarse disueltos en agua necesitan orinar mucho. Esta agua perdida tiene que ser repuesta bebiendo mucha agua. Como la grasa se funde poco a poco, se pierde peso (adelgazamiento) y como los músculos también van deshaciéndose, se queda sin fuerza”.

Apolonio de Menfis 81-138 d.C.

Trowell (1981, citado en Chiqueto, Nuño y Panduro, 2001) refiere que la obesidad no existió significativamente para la especie humana hasta hace unos 10.000 años; el advenimiento de la agricultura, y luego la revolución industrial la convirtieron en la primera de las enfermedades de la civilización. Cuando la producción agrícola, la ganadería y la tecnología fueron asegurando la provisión de sus nutrientes y prolongando la existencia humana, dieron tiempo y oportunidad a los mecanismos fisiológicos desencadenados por la acumulación de la grasa para desarrollar sus efectos perjudiciales, justificando la consideración de la obesidad como una enfermedad.

Sabemos que la obesidad está íntimamente ligada a la aparición de enfermedades propias del síndrome metabólico, por lo que la historia de la DM2 gira en conjunto con una sociedad que ha adoptado malos hábitos alimenticios. Estudios antropológicos sobre la obesidad permiten comprender que la obesidad fue una forma de sobrevivencia para el hombre antes situaciones de crisis alimenticia, y, por ende, este acto de acumular energía le ha dado el significado cultural de condición protectora ante la falta de alimento. Sin embargo, la obesidad no puede ser considerada saludable o riesgosa por lo que es en sí misma, sino en función del medio en el cual el obeso debe desenvolverse, por lo cual ha sido una condición ventajosa, un inconveniente o una enfermedad según el contexto y la oportunidad histórica de su presentación (Montero, 2012).

La DM2 es una afectación médica que se ha presentado a lo largo de la historia del hombre. Desde los años 1532 a.C se encontraban registros en el papiro de Ebers en el cual se describía una enfermedad que se caracterizaba por grandes flujos de orina, los remedios para curarla hacían alusión a restricciones dietéticas. De origen griego el término “Diabetes” (día: a través; vetes: pasar) que hace referencia a la desmedida excreción de orina que se asemeja a un sifón. Tal concepto se atribuye a Areteo de Capadocia (s. II d. C.), quien distinguió dos tipos de diabetes, la primera de orina dulce que en la mayor de los casos se relacionaba con los adultos, y la de sabor insípido que era atribuida a los infantes, además explicó sus principales síntomas, su naturaleza progresiva y el resultado final del padecimiento (Chiqueto, Nuño y Panduro, 2001)

Al inicio del siglo XVI, en Europa comienzan a presentarse adelantos y descubrimientos médicos. Para Celso (1491-1541) escribió que la orina de los diabéticos contenía una sustancia anormal que quedaba como residuo de color blanco al evaporar la orina, creía que la diabetes se relacionaba a la sal, atribuyendo una deposición de la sal sobre los riñones, causando la poliuria y la sed de estos enfermos.

En el siglo XVII, Thomas Sydenham, especuló sobre el hecho de que la diabetes era una enfermedad sistémica de la sangre, que aparecía por una digestión defectuosa que hacía que parte del alimento tuviera que ser excretado en la orina. Unos 100 años más tarde en Inglaterra, Mathew Dobson, hizo por primera vez estudios en grupos de pacientes, donde informó que dichos pacientes tenían azúcar en la sangre y en la orina; tenía la hipótesis de que el azúcar se formaba en la sangre por algún defecto de la digestión, limitándose los riñones a eliminar el exceso de azúcar.

Con el comienzo de la ciencia experimental se consiguieron significativos avances en medicina, una de las mayores figuras de la racionalidad fue el fisiólogo francés Claude Bernard (1813-1878), quien observó que el azúcar que aparece en la orina de los diabéticos había estado almacenado en el hígado en forma de glucógeno. Demostró que el sistema nervioso central estaba implicado en el control de la glucosa al inducir una glucemia

transitoria, realizó numerosos experimentos con el páncreas, desarrollando el modelo de ligadura del conducto pancreático, estudios que permitieron a otros médicos demostrar que con estas técnicas se inducía la degeneración del páncreas exocrino manteniendo intacta la función endocrina. (Chiqueto, Nuño y Panduro, 2001)

2. CONCEPTOS BÁSICOS DE LA DM2 Y PROPUESTAS ACTUALES

La DM2 no se presenta por casualidad en el organismo, de hecho es una manifestación del organismo cuando han coexistido otros problemas de salud; la DM2 se presenta con mayor frecuencia en personas mayores de 40 años, y en la actualidad empiezan a presentarse casos de adolescentes que a su corta edad tienen que lidiar con la enfermedad, estamos ante una epidemia que va de la mano con un estilo de vida tóxico: sedentarismo, alimentación en exceso de carbohidratos y azúcares, adicción al alcohol, tabaco, y situaciones que causan estrés, depresión, ansiedad, soledad, sumado a que nuestra evolución humana es propensa genéticamente a padecer dicha enfermedad.

Por esto, es importante que antes de hablar de la DM2 se estudie su génesis y evolución desde el punto de vista médico, así como su relación con otras enfermedades que en conjunto son identificadas como “síndrome metabólico”, las cuales describo adelante:

2.1 La Obesidad

La obesidad se debe a un exceso de grasa que se distribuye por el organismo, existen dos patrones de su presentación: el patrón androide, que es la acumulación de grasa en la parte central del cuerpo, en mayor proporción en el vientre, y el patrón ginecoide que se identifica por la acumulación de grasa en la parte inferior del cuerpo, en muslos y caderas. Todo exceso de peso en el cuerpo afecta la salud y predispone a la aparición de enfermedades, los estudios señalan que particularmente la obesidad en que la grasa se acumula en la “barriga” es un factor de riesgo cardiovascular de primera magnitud para lo que el sector médico hace una valoración del perímetro de la cintura, considerando como valores normales hasta de 102 cm en hombres y 88 cm en la mujer. Cuando los cm de la cintura rebasan estos límites se hace el diagnóstico de sobrepeso u obesidad central.

2.1.1 La hiperlipidemia

Hiperlipidemia son las cantidades excesivas de lípidos (grasas) que circulan por el torrente sanguíneo, como son los triglicéridos y colesterol. Como lo explica Campillo (2015), el colesterol utiliza dos tipos de lipoproteínas, las LDS, que son las que transportan el colesterol que puede adherirse a la pared de las arterias, por lo que se le denomina coloquialmente como “colesterol malo”, por otra parte, las lipoproteínas HDL, son las que transportan el colesterol desde las arterias hasta el hígado, y su función ayuda a contrarrestar riesgos cardiovasculares. Los valores del HDL (mg/dl) deben ser superiores a 40 y los de triglicéridos, inferiores a 150mg/dl, para ambos géneros.

2.1.2 La aterosclerosis

Las grasas, al superar los valores normales en el organismo, se comienzan a conglomerar y adherir a las paredes de las arterias, creando unas placas gruesas, estas paredes van creciendo y atascando las arterias hasta que la sangre no puede circular en su interior. Si esta detención de la sangre se presenta en las arterias del corazón, una parte del músculo cardíaco se queda sin recibir sangre produciendo un infarto, si la detención ocurre en una arteria del cerebro, se produce un ictus cerebral.

2.1.3 La hipertensión

Es una enfermedad que acelera el proceso de la aterosclerosis, se recomienda no tener índices de presión sanguínea sistólica mayores a 135 mmHg, ni menores a 80 mmHg en la presión diastólica.

2.1.4 El síndrome metabólico

La DM2, la obesidad, la hipertensión y la aterosclerosis no son enfermedades aisladas. Al presentar alguna de estas patologías es muy probable que ocurran otras en cadena. El desarrollo de cada uno de estos procesos patológicos no es independiente, al contrario, por su relación pueden acelerar la aparición de otros síntomas y a la postre agravar la salud.

Reaven (1988), en la Conferencia Banting, que premia a la investigación científica por parte de la Sociedad Americana de Diabetes, propuso una asociación de estas patologías (DM2, obesidad, hipertensión, aterosclerosis) con la resistencia a la acción de la insulina.

2.1.5 La insulina y su relación con el síndrome

La insulina es una hormona que se produce en el páncreas. El objetivo principal de la insulina es facilitar la asimilación de los nutrientes que se adquieren de los alimentos que se consumen, en especial de los azúcares. Cuando los alimentos se digieren en el aparato digestivo se transforman en glucosa, misma que se absorbe y pasa a través de la pared del intestino. La glucosa funge como una señal que regula la producción de insulina, ésta regula el metabolismo de la glucosa en personas que no padecen DM2, manteniendo constantes sus niveles en la sangre, en límites muy estrechos (70 a 140 mg/dl).

En los pacientes con diabetes tipo 1, existe una falta de producción de insulina, por lo que la glucosa no se puede asimilar, lo que ocasiona que ésta se acumule en la sangre (hiperglucemia). En las personas con DM2, existe suficiente insulina en sangre, pero las células receptoras están estropeadas porque han sido sobre utilizadas, por ende, su trabajo es mucho más lento de lo normal y la glucosa no penetra a las células a la velocidad que debería. Éste fenómeno de insulinoresistencia es la base del síndrome metabólico” (Campillo, 2015, p. 27).

2.2 La DM2

La diabetes tipo 2 es un padecimiento crónico, degenerativo, progresivo, incurable pero controlable. Se ha definido como un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia (niveles altos de azúcar en la sangre), secundaria a un defecto parcial o total en la secreción de insulina o por alteración en su sitio de acción o ambas circunstancias.

Las personas con DM2, normalmente tienen sobrepeso, por lo que su cuerpo se vuelve ineficiente ya que no logra controlar tales cantidades de alimentos consumidos y procesarlos. El páncreas de un paciente con DM2, reconoce que el nivel de glucosa en sangre está elevado

y como resultado requiere más insulina, pero aun cuando el páncreas segrega insulina, no es suficiente para sobrellevar esta resistencia. Como enfermedad silenciosa su diagnóstico es tardío, ya que los pacientes llegan a consulta cuando aparecen complicaciones. Huerta (2012), señala que en los inicios de la enfermedad las células beta siguen secretando insulina, sin embargo, los órganos blancos no responden adecuadamente a la hormona. Según avanza la enfermedad, las células beta van disminuyendo la calidad de su función.

Las personas con DM2 comúnmente tienen otros miembros de la familia con los mismos problemas, de ahí se deduce que existe un componente hereditario presente en esta condición.

Según la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) estos son los principales factores de riesgo para contraer DM2

1. Inactivos físicamente
2. Tener familiares de primer grado con diabetes (padre, madre, hermanos, hijos)
3. Pertenecer a una etnia de alto riesgo (latinos, afroamericanos, nativos americanos, o asiático americanos)
4. Haber tenido hijos que hayan pesado más de 4.500 gr al nacer o más de 3.800 gramos en población mexicana
5. Haber presentado diabetes gestacional
6. Tener niveles de presión arterial alta: por encima de 140/90 mmHg
7. Tener niveles bajos de colesterol HDL en sangre, <40mg/dl y/o niveles de triglicéridos en sangre igual o > a 150 mg/dl
8. Mujeres con síndrome de ovario poliquístico
9. Presentar alteración de la glucosa en ayuno (glucemia mayor o igual a 100 mg/dl y menor a 125 mg/dl).

10. Presentar intolerancia a la glucosa postprandial (glucemia mayor o igual a 140 mg/dl, pero menor a 199 mg/dl).
11. Presencia de otras condiciones clínicas asociadas con insulinoresistencia como obesidad severa o acantosis nigricans
12. Historial de enfermedad cardiovascular
13. Obesidad del 120% donde el 100% es peso normal y 20% de exceso
14. Índice de masa corporal $> 25\text{kg/m}^2$

2.2.1 Síntomas

Campillo (2015) señala que existen un conjunto de síntomas y afectaciones para que se pueda diagnosticar DM2:

Los riñones funcionan como un filtro que deja pasar las sustancias que no son útiles para el organismo y las elimina por orina; pero además tienen la capacidad de recuperar o reabsorber algunas sustancias que si son útiles.

En condiciones normales la glucosa se filtra en los riñones junto con otras sustancias, pero se recupera y retorna a la circulación sanguínea.

2.2.2 Poliuria y polidipsia

El riñón se torna incapaz de concentrar toda la glucosa, por lo que se ve obligado a diluirla utilizando agua del organismo. La eliminación de agua hace que las personas con diabetes no controlada tiendan a orinar más de lo normal (poliuria). Esto conduce a una cierta deshidratación ya que se eliminan también gran cantidad de electrolitos, que es percibida por el paciente como un aumento de la sensación de sed (polidipsia).

2.2.3 Agotamiento y polifagia

Como consecuencia de la falta de combustible en las células, éstas no producen energía y se alteran sus funciones. Esta falta de energía es la razón por la que el paciente mal controlado pueda sentirse débil y sin fuerza (astenia) por el motivo, se da lugar al estímulo del apetito (las células se encuentran hambrientas, siendo ésta la razón por las que pueda sentir hambre (polifagia), aun habiendo consumido alimentos.

2.2.4 Pérdida de peso

Puesto que no se puede recibir energía en consecuencia de la deficiencia de insulina, el organismo intenta obtenerla a partir de la degradación de las proteínas musculares, así como de las grasas, produciéndose una movilización de las que se encuentran almacenadas en el tejido adiposo. Lo anterior junto con la pérdida de agua, da lugar a la pérdida de peso corporal. Esta es una de las razones del posible adelgazamiento de las personas con diabetes.

2.2.5 Estándares internacionales de la ALAD

La ALAD (2013) recomienda los siguientes parámetros para hacer un diagnóstico certero, confiable y que no genere dudas en el paciente.

El diagnóstico de diabetes debe ser realizado en el laboratorio utilizando sangre venosa. Existen tres caminos para hacer el diagnóstico de diabetes en adultos sin presencia de embarazo y cada uno debe ser confirmado por segunda vez en días diferentes:

- 1.** Glucosa en sangre con ayuno mínimo de 8 horas, igual o mayor a 126 mg/dl y esta cifra debe ser confirmada por segunda vez en días diferentes.
- 2.** Niveles de glucosa en sangre casual (cualquier hora del día), igual o mayor a 200 mg/dl acompañados de síntomas característicos de la enfermedad (poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida inexplicable de peso).

3. Glucosa en sangre igual o mayor a 200 mg/dl, dos horas después de una carga oral de 75 gramos de glucosa anhidra diluida en 300 ml de agua, y esta carga debe ser tomada en 5 minutos.

La Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) surge por la urgente necesidad de prevenir la creciente aparición de DM2 en niños y adultos; uno de sus principales objetivos es el estudio de las variables que incrementan el riesgo de desarrollar la enfermedad para crear programas de prevención, ya que la DM2 es una enfermedad que, si se tienen los conocimientos adecuados de cada población y cada persona, se pueden implementar las herramientas necesarias para evitar su aparición. Hoy en día sabemos que, de no trabajar integralmente en las medidas adecuadas de prevención, Latinoamérica será una de las regiones que potencialmente tendrá más personas adultas con DM2, lo que perjudicará en diversos aspectos, con un gasto sanitario millonario en países que económicamente no se pueden permitir tales lujos. ALAD (2013).

La ALAD está integrada por profesionales panamericanos en la ciencia de la medicina, psicología, sociología, enfermería entre otras, que trabajan en conjunto para prevenir la DM2. La prevención primaria tiene como principal objetivo evitar la enfermedad, primero en la población general para evitar y controlar el establecimiento del síndrome metabólico como factor de riesgo tanto de diabetes como de enfermedad cardiovascular, y en segundo lugar en la población con alto riesgo de padecerla, trabajando integralmente desde la educación para la salud, prevención y corrección de la obesidad, promoviendo el consumo de dietas saludables, y estimulando la actividad física. La prevención secundaria tiene como objetivo evitar complicaciones con la población que ya padece DM2, y retardar la progresión de la enfermedad. Por último, la prevención terciaria está dirigida a evitar la discapacidad funcional y social y rehabilitar al paciente discapacitado (ALAD, 2013).

2.3 La Prediabetes

“La prediabetes es una categoría diagnosticada que implica un aumento en el riesgo de progresión a la diabetes mellitus, que por sí sola ya se acompaña de un incremento del riesgo

cardiovascular. Los criterios utilizados para clasificar a un niño o un adolescente con prediabetes son similares a los del adulto y corresponden, según la asociación americana de diabetes, a glucemia en ayuno alterada de 100 a 125 mg/dl “(Nishimura y Cárdenas 2011, pág. 55)

Estas condiciones se han incrementado en todos los países, y los investigadores han pronosticado que más de 470 millones de personas serán prediabéticas para el año 2030. La prediabetes se ha asociado con presencia simultánea de resistencia a la insulina y anormalidades o disfunción de las células beta, que son evidentes antes de que la glucosa inicie su elevación en la sangre (Islas, 2013). La Asociación Americana de Diabetes (ADA) define a la prediabetes como una condición común que va en aumento y en la cual las concentraciones de glucosa son más altas de lo normal, los sujetos aun no son diabéticos diagnosticados y se pueden identificar con una prueba de tolerancia a la glucosa de 2 horas poscarga de glucosa anhidra para detectar intolerancia a la glucosa, o bien con la presencia de anomalías de glucosa de ayuno, o “glucosa alterada”. Según las investigaciones, los pacientes con cualquier de las dos condiciones podrían desarrollar DM2 en un lapso de 10 años.

El término de “prediabetes”, también llamado “hiperglucemia intermedia” o “disglucemia”, incluye la presencia de glucemia basal alterada (GBA), de intolerancia a la glucosa (ITG) o de ambas condiciones a la vez (GBA+ITG), situaciones todas ellas que implican un riesgo elevado de desarrollar DM2 y de sufrir complicaciones cardiovasculares.

La GBA, definida entre los márgenes de 110-125 mg/dl, según la Organización Mundial de la Salud -OMS- y de 100-125 mg/dl según la American Diabetes Association -ADA- es una situación intermedia entre la glucemia basal (GB) normal y a diabetes.

La ITG se define como una glucemia plasmática en sangre venosa entre 140 mg/dl y 199 mg/dl a las dos horas de la prueba de tolerancia oral a 75 g de glucosa (TTOG).

En la prueba de la hemoglobina glucosilada se estudia el porcentaje de glucosa en la sangre del paciente, de los últimos tres meses recientes al examen. Actualmente no existe una

denominación de consenso para la prediabetes en función de la hemoglobina glucosilada (HbA1c): la ADA considera como prediabetes un valor de HbA1c entre 5,7% y 6,4%, mientras que el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) propone el intervalo de 6 a 6,4% (Cases, 2014).

La prediabetes es una categoría que diagnostica un aumento en el riesgo de progresión a diabetes mellitus, que por sí solo ya se acompaña de un incremento del riesgo cardiovascular. El riesgo promedio de desarrollar DM2 aumenta un 0,7% por año en las personas con niveles normales de glucosa, y entre el 5%-10% por año, en las que tienen GBA o ITG. Aquellos con GBA e ITG simultáneos presentan el doble de probabilidades de desarrollar DM2, que quienes tienen sólo una de las dos situaciones. Sin embargo, es posible retroceder de un estado prediabético a la normalidad. Se ha demostrado que durante un período de 3-5 años, alrededor del 25% de los individuos con prediabetes progresan a DM2, el 25% retornan a un estado normal de tolerancia a la glucosa y el 50% permanece en estado prediabético (Cases, 2014).

En México, la población infantil dentro los 5 y 11 años presenta una prevalencia de sobrepeso y obesidad del 34.4%, datos de la encuesta nacional de nutrición, 2012.

La Prediabetes es una fase intermedia durante el proceso de desarrollo de la DM2 (Islas, 2013), está íntimamente ligada con la obesidad (abdominal), dislipidemia, triglicéridos elevados y bajos niveles de colesterol de lipoproteína de alta densidad e hipertensión arterial. Es una condición que se presenta en adolescentes obesos con resistencia a la insulina; es común que, al presentarse la prediabetes, además de sobrepeso u obesidad, el adolescente muestre uno o varios de los componentes del síndrome metabólico (Lawrence, 2009 citado en Adame 2012).

3. FACTORES ASOCIADOS A LA DM2

“La alimentación constituye una de las múltiples actividades de la vida cotidiana de cualquier grupo social y, por su especialidad y polivalencia, adquiere un lugar central en la caracterización biológica, psicológica y cultural de la especie humana. Siendo, por un lado, imprescindibles para la supervivencia física y el bienestar psíquico de las personas, las prácticas alimentarias son a su vez, cruciales para la reproducción social de las sociedades humanas”.

Mabel Gracia, 1996.

La alimentación es un marcador social, por medio de una lectura de las costumbres alimenticias de cada región podemos saber acerca de algunos de los componentes de su identidad cultural, sus avances tecnológicos, así como las representaciones corporales que comparte esa comunidad. Son varios los factores que pueden ser estudiados para comprender el historial alimenticio de las civilizaciones. De inicio tenemos que situar el contexto histórico de cada época, las estrategias políticas de producción y distribución, las cualidades que otorgan los factores ecológicos y demográficos con que cuenta cada territorio, la distribución económica que agiliza u obstaculiza dichos procesos, así como las costumbres de los pueblos en la elaboración de los alimentos, el significado que adquieren en cada cultura y la resistencia o facilidades por efecto de las herramientas tecnológicas y su dominio en el mercado global. La alimentación no solo intercede en el campo de la nutrición, sino que ha sido a lo largo de la historia de la especie humana, un medio de socialización y significación de la corporalidad, de estatus social, que ayuda a mantener y fomentar tradiciones y producir otras nuevas. La alimentación es una forma de identificarse.

Según Lowenberg, los hábitos alimenticios son (Adame, 2012):

“las costumbres de una comunidad que refleja la forma en que su cultura traza la norma de conducta de los individuos del conjunto en relación con el alimento, de donde resulta que el conglomerado acaba por tener un patrón dietético común”

Para facilitar el estudio antropológico de la alimentación Lowenberg, citado en Adame 2012, señala las siguientes divisiones:

- Selección de alimentos: clima paisaje, actividades productivas, ciclos estacionales, métodos de preservación y almacenamiento, tecnología y economía.
- Influencias culturales: étnicas, costumbres, educación, morales, religiosas, ceremoniales, rituales etc.
- Políticas: rango, posición, prestigio, estatus social, familiares y de salud.
- Influencias personales: tendencias temperamentales, digestión asimilación, estado de salud, historia personal, deseos, estado emotivo, imaginación, inteligencia, imagen proyectada (Lowenberg, 1985 citado en Adame 2012).

3.1 Factores Socioeconómicos

En las últimas décadas, hemos presenciado diferentes efectos de los procesos de globalización alimentaria (económica, tecnológica, social y cultural), en la salud pública a nivel mundial. Uno de ellos, son las nuevas epidemias asociadas a enfermedades crónicas degenerativas como son la obesidad y la DM2 (Zimmet, Alberti y Serrano, 2005), llamadas también epidemias metabólicas (Seidell, 2005 citado en Vizcarra 2012). Debido a condiciones de violencia estructural, estas enfermedades, al igual que las pandemias infecciosas, tienen pocas posibilidades de ser combatidas con éxito y sus costos son muy elevados (Farmer y Furin, 1997 citados en Vizcarra 2012), principalmente a causa de la discreción de las políticas públicas en materia de seguridad social y económica, necesarias para confrontar estos nuevos retos.

La industria del consumo alimentario que en medida de la expansión del capitalismo ha logrado afianzarse en la cotidianidad social; una industria que no solamente vende objetos simples y materiales, sino que les da un valor en la significación y representación social, que son totalmente dañinos para la salud de sus consumidores y que cuentan con un meticuloso trabajo de mercadotecnia que logra posicionarlos en el mercado dando al consumidor que los

adquiere cierto estatus social, se venden como indispensables, y están al alcance de todo consumidor, cuentan con el empuje económico que los hace llegar a todos los lugares del mundo, y en su mayoría, tienen como eslogan el estar siempre listos en medida de la necesidad del cliente, centralizando la publicidad en las redes de comunicación dirigida con susceptibilidad a los menores de edad. Bauman (2010).

Vizcarra (2012) señala que el afán de las grandes multinacionales de la alimentación ha ido mermando la capacidad de producción de los pueblos para mantener sus tradiciones culinarias, sus libres modos de vida y el respeto al medio que habitan, han sobrealimentado a la población dándole más problemas que ventajas “uno de los cambios más visibles de esta imposición se inscribe en los cuerpos mal nutridos” (p. 117)

Existe una relación entre el fenómeno de la pobreza y enfermedades metabólicas a nivel mundial. Farmer (2003 citado en Vizcarra 201) menciona que el principal efecto en la salud pública de la población rural a causa de la globalización, se da a través de la violencia estructural, que son todas aquellas medidas intencionadas por las políticas agroalimentarias que perjudican a la población, brindándoles solo ayudas compensatorias (despensas) tratando de solucionar el problema de la alimentación con un programa a corto plazo, ignorando las necesidades alimentarias y dando apertura a que empresas transnacionales puedan manejar el negocio de la alimentación y llegar a donde ellos no pueden intervenir con programas que echen andar el campo, mismo que pueda producir cereales, frutas, hortalizas, verduras y legumbres que son necesarios para la sana alimentación de la población.

En el caso de México, los estudios apuntan a que en los últimos 20 años se duplicó la población con obesidad, un factor es que la sociedad mexicana perdió identidad cultural, pues hubo una apertura hacia el mercado global de alimentos y su cercanía con los Estados Unidos de América y el tratado de libre comercio hizo que México importara mayor número de productos con altos índices de taza calórica, y que se sujetará a costumbres que potencializaran su inactividad física. Minimizando la producción agrícola y costumbres prehispánicas por considerarlas signo de retraso cultural. (Adame, 2012)

Durante el 2015, la asociación “El poder del consumidor” realizó un análisis de los productos que más consumen los niños de México, por ejemplo, el refresco “Coca-Cola” contiene, por cada 600 ml, 63 gramos de azúcar, es decir, si un niño consume una botella de 600 mililitros de Coca-Cola está ingiriendo del 315 a 420% de la azúcar máxima tolerada para todo el día. Los pastelillos “Gansito marínela” de 50 gramos tienen entre 4 y 6 cucharadas de azúcar, que es el 42% del producto total, el restante es harina refinada con aditivos, como último ejemplo, la presentación de “Chetos” de 48 gr, a pesar de ser un producto salado, contiene 1.6 gramos de azúcar, sumándole la proporción de grasa saturada (30% del producto).

“Parece que la legislación mexicana actúa a favor de los intereses de las grandes industrias , puesto que la cámara de diputados avaló reducir de un peso a 50 centavos la cuota de impuesto especial sobre producción y servicios (IEPS) a bebidas azucaradas cuando éstas tengan un máximo de 50 gramos de azúcar por litro, por esa medida se dejarán de recaudar 522.5 millones de pesos, cuando el objeto de ese impuesto es destinar los recursos a infraestructura en agua potable para las escuelas y a la atención médica de personas con diabetes, obesidad e hipertensión, asociadas al alto consumo de azúcar” (Periódico La Jornada, martes 20 de octubre de 2015).

La Organización Mundial de la salud señala que la publicidad de alimentos y bebidas dirigidas a la infancia está considerada como una de las causas que contribuyen significativamente al deterioro de los hábitos alimentarios de los menores; señala que la industria ha encontrado en niños y adolescentes una gran oportunidad de mercado.

Estudios de género y seguridad alimentaria en poblaciones mazahuas durante 15 años (Vizcarra, 2012) explican que la desnutrición infantil está asociada a la falta de ingesta calórica-proteica de nutrientes, hoy en día se observa que los responsables de la alimentación en los hogares han compensado el déficit alimentario con alimentos procesados con altos contenidos de carbohidratos (azúcares y grasas). Los menores de 5 años consumen refrescos en lugar de leche materna, y golosinas y frituras en lugar de tortillas. La falta de una dieta

adecuada de proteínas antes de los 5 años genera problemas asociados a la desnutrición, pero al mismo tiempo potencializa el efecto en el sobrepeso en edades más avanzadas.

Recientes investigaciones corroboran que, en épocas de hambruna, los infantes que nacen con bajo peso y presentan desnutrición infantil, al exponerse a dietas bajas en proteínas (aminoácidos esenciales) y micronutrientes (vitamina A, B, C y D, así como ácido fólico), así como a una dieta rica en grasa y azúcares, en su edad adulta desarrollan obesidad (Fung, 2010 citado en Vizcarra 2012).

3.2 Ambientales

El consumo de productos con altos índices de glucosa, más un estilo de vida con falta de actividad física es una combinación perfecta para aumentar el riesgo de desarrollar DM2. En México, la hiperglucemia de la mayoría de la población con diabetes está relacionada con la ingesta de bebidas carbonatadas o gaseosas (Vizcarra, 2012). México se ha convertido en el mayor consumidor de refrescos en el mundo, rebasando a los Estados Unidos en el consumo de refrescos por persona y nuestra población infantil rebasa en sobrepeso y obesidad a la del país vecino.

Cuando se habla de ambientes obesogénicos, se hace referencia a dos niveles, el macro ambiente que concierne a lo que globalmente sucede a nivel socioeconómico, con la incontenible urbanización y su modo de vida llena siempre con la necesidad de un consumo atroz, la globalización de los mercados y la privatización de la producción de los alimentos, sumado a la expansión de las empresas transnacionales que logran colocar su productos siempre cerca de los hogares y se ganan el gusto de la gente por medio de un bombardeo publicitario a través de la televisión y sus dispositivos móviles, creando hábitos y modelos contraproducentes para su salud dentro de un ambiente tóxico, que potencializa la aparición de enfermedades ligadas a componentes genéticos, como es el caso de la DM2. El microambiente, se refiere a lo que ocurre en los hogares y escuelas de cada población. En México es muy reducido el nivel de educación nutricional, no se sabe qué comer, cada cuándo

y la función de los alimentos; no es de sorprenderse que México compita por el primer lugar a nivel mundial de personas con sobrepeso.

El problema no sólo se presenta en los lugares urbanizados, si no que se acentúa en poblaciones rurales (Vizcarra, 2012); la dieta campesina tradicional ha tenido severas transformaciones, afectando de forma directa la salud general de su población; por un lado prevalecen las enfermedades asociadas a la pobreza e inseguridad alimentaria, y por otro sobresalen las enfermedades crónico degenerativas no contagiosas, que van de la mano con la globalización tanto alimenticia como de estilos de vida. Estas enfermedades son las principales causas de muerte en todas las entidades federativas de México. Antaño las enfermedades transmisibles (infecciosas gastrointestinales y respiratorias) eran las de mayor trascendencia en el país, pero a consecuencia de los avances de la medicina, como las vacunas, la promoción y prevención, éstas se han visto superadas por las no transmisibles, llamadas “enfermedades típicas del estilo de vida” (Ramírez, 2007, citado en Vizcarra 2012).

Estudios muestran que las personas pasan en promedio sentados de 8 a 12 horas por día, lo que incrementa su vulnerabilidad de padecer DM2 y obesidad aun si se hace ejercicio; gran parte de ese tiempo se mantienen sentadas tanto en el trabajo, escuela, hogar. La Organización Mundial de la salud, recomienda no pasar más de dos horas consecutivas sin mantener alguna actividad física moderada, (como caminar) sin embargo los estilos de vida actuales no van a la par de las necesidades físicas de las personas para mantener su salud (Chacón, 2017).

Con la revolución industrial en un inicio y la revolución tecnológica de nuestra época se han venido produciendo cambios que han favorecido el abastecimiento de alimentos en la población mundial, lo que no implica que estos alimentos sean de calidad. El progreso científico y tecnológico ha hecho que, especialmente en países desarrollados, los seres humanos se encuentren mal adaptados a un tipo de vida en la que existe una enorme disponibilidad de energía y en la que ya no es necesario un gran esfuerzo físico.

En años recientes, estudios epidemiológicos y experimentales confirman que la inactividad física es causa de numerosas enfermedades. La OMS recomienda que los niños y jóvenes de 5 a 17 años, deben pasar 60 minutos diarios de actividad física, moderada o vigorosa; en adultos de 18 a 64 años, se recomienda que dediquen como mínimo 150 minutos semanales a la práctica de actividad física aeróbica, de una semana, o bien una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas. Para los adultos de 65 años en adelante se recomiendan 150 minutos de actividad física moderada. Las personas que mantienen niveles razonables de actividad, especialmente en la edad adulta y en la vejez, tienen una menor probabilidad de padecer enfermedades crónicas o una muerte prematura (Chacón, 2017).

3.3 Culturales

Para entender la historia de la humanidad, habrá que conocer de inicio la dinámica de las transformaciones culturales que el hombre crea en las estructuras sociales donde se relaciona, dado que estos componentes estructurales tienen una estrecha relación con la conducta de cada individuo y los integrantes de un grupo social determinado.

Según Béjar (2007), en toda estructura social intervienen factores subjetivos que potencializan un cambio en el paradigma que los conforma, algunas de las teorías mayormente conocidas para analizar las variables sociales estudian las tensiones de los grupos, así como su dispersión dentro del mismo contexto, y la ambigüedad de conocimientos que se generan, las leyes concernientes a los distintos estadios de la organización humana, el cambio y constante en la generación de nuevos problemas, a los antagonismos y contradicciones de clase.

Cada nación tiene expresiones culturales múltiples y variadas, políticas, económicas, religiosas y artísticas, que no están exentas de sufrir cambios a diferentes niveles, desde su autonomía e interdependencia; desde las relaciones que se establecen en las familias, los métodos educativos, formas de alimentación y hoy en día con gran importancia en los medios de comunicación.

La cultura se enriquece del aprendizaje social a través de la historia, la cultura es la muestra y el resultado de la sabiduría y conocimiento de los individuos que les ayudan a solucionar sus problemas cotidianos y de mayor complejidad:

“la cultura debe concebirse así, como un proceso de cambio constante, como el resultado de una transformación creadora, como el modo de vida, como la forma de expresión múltiple y diversa de un pueblo, la cultura es permanencia dentro del cambio del devenir social, es practicar algo, afinarse, adquirir, formar, conocer, transmitir y por lo tanto se logra mediante esfuerzo, logros y trabajo personales y sociales” (Béjar, 2007, p 414).

“EL problema básico de las clases populares es subsistir y sobrevivir”.

(Béjar, 2007)

La situación de pobreza económica suele desalentar a la población, quienes al ver limitada su capacidad de consumo, limitan también su recreación intelectual y artística; el tipo de trabajo que suelen realizar las clases populares difícilmente permite la creación, su desarrollo y motivación. “el trabajo dice Marx- produce, ciertamente maravillas para los ricos, pero produce privaciones para el trabajador, produce belleza, pero deformidad para el trabajador. Produce inteligencia, pero también estupidez. (Marx, 1884, citado en Béjar, 2007).

Es común escuchar en el mexicano un discurso que evidencia al trabajo como una maldición, del que se escapa cuantas veces puede; el trabajo presupone algo que le es impuesto y forzado, el trabajo no es la satisfacción de una necesidad, sino un medio para satisfacer otras necesidades. El trabajo lo desgasta emocionalmente, adolece de motivaciones existenciales, su enfoque se obsesiona con conseguir dinero para sostener sus gastos del día a día, sus placeres son inmediatos y efímeros.

Es común que las viviendas de las clases populares pueden cumplir con las normas de seguridad, higiene y sanidad elementales que protejan a sus habitantes; la vivienda produce

un ambiente inadecuado para una interacción familiar que promocióne el desarrollo óptimo, en especial para la procreación, cuidado y socialización de los menores (Béjar 2007).

Otro de los problemas de la clase popular es la inadecuada alimentación, el Instituto Nacional de la Alimentación describe el problema de la siguiente manera:

“La desnutrición está ligada a las posibilidades económicas ¿qué puede comer una familia atendida a las posibilidades del salario mínimo? Las carencias alimenticias provienen de varios siglos, a la superación de una alimentación deficiente se oponen muchas resistencias culturales, la desnutrición social cae sobre comunidades enteras y se mantiene por sí misma. Proviene de la pobreza y de la explotación y produce pobreza, de modo que no es fácil desarraigarla. El desarrollo físico del hombre, su capacidad mental y su actitud de espíritu están en íntima relación con los medios de que dispone para alimentarse” (Béjar, 2007, p 404).

Las teorías psicológicas de la elección de la dieta examinan los factores individuales que influyen en la conducta de comer, haciendo hincapié en el aprendizaje, las creencias, las actitudes y la constitución psicológica y física de la persona. La elección de alimentos se produce dentro de una red de significados sociales. Como señala Hunter (1973):

La comida es prestigio, estatus y riqueza. Es un medio de comunicación y de relaciones interpersonales, como “una manzana para el maestro” o una expresión de hospitalidad, amistad, afecto, buena vecindad, comodidad y simpatía en momentos de tristeza o peligro. Simboliza la fuerza, la competencia atlética, la salud, el éxito. Es un medio de placer y gratificación personal que puede dar alivio a la sensación de estrés. Es parte fundamental de fiestas, ceremonias, ritos, días especiales y de la red emocional del hogar, la familia y los buenos tiempos. Es una expresión de individualidad y sofisticación, un medio de expresión personal y una forma de sentirse. Sobre todo, es tradición, costumbre y seguridad. Hay comidas de domingo y comidas de diario, comidas familiares y comidas de invitados; comidas con propiedades mágicas y comidas para la salud y la enfermedad (p. 301)

3.4 Hábitos familiares

El significado de la comida se ha estudiado en el contexto de su consumo y del lugar central que ocupa en la interacción social. En particular, la comida es un instrumento simbólico de comunicación en la familia.

Desde que nacemos nos incorporamos a una estructura familiar activa, en la que se construyen, se mantienen y se modifica un sistema de valores inherentes al macrosistema social: lo político, lo económico, lo histórico, lo biológico, lo que es trascendental para la sociedad es incorporado al microsistema familiar por un filtro particular. Del núcleo familiar cada integrante aprende bajo un modelo único acerca de la forma en que debe conducirse para conseguir sus necesidades, desde las básicas, hasta las que socialmente son normalizadas, es por eso por lo que en la familia aprendemos sobre lo que nos significa el alimento.

La forma de alimentarnos en nuestro hogar depende de las condiciones económicas para poder conseguir los productos, el espacio que se tiene para la preparación de los alimentos, los gustos de cada región, y lo que aprendemos como significado del alimento.

Cuando analizamos el constructo familiar con relación a la alimentación, tenemos que mencionar el papel fundamental de las madres de familia que regularmente son las que preparan los alimentos, y muchas de sus decisiones tienen repercusión directa en la dieta de los integrantes de la familia.

Cuando una persona con riesgo de padecer DM2 encuentra en su familia ejemplos de estilo de vida saludables, puede prevenir la enfermedad sin mayor complicación puesto que existe una red de apoyo sólida que promueve conductas de salud, por el contrario, cuando existen variables de conductas de riesgo en la interacción familiar, es probable que la enfermedad pueda afectar a los integrantes de ese microsistema por consecuencia de la falta de información, o por tener concepciones de salud que son incongruentes con la operación de conductas saludables (como es el caso de la disonancia cognitiva). Es decir, si en la familia se refuerzan positivamente las conductas saludables, de carácter preventivo o de control de

la DM2, se obtendrán mejores resultados a favor de la salud, por el contrario, si se refuerzan conductas de riesgo en el entorno familiar, se contribuye a potencializar el riesgo a padecer DM2 (Reyes, Garrido y Torres, 2001 citado en Martínez y Velázquez 2013).

3.5 Políticas educativas y sanitarias.

En este punto, nos referimos a las medidas que adoptan los gobiernos de cada país para facilitar la obtención de los alimentos, la educación alimenticia de su población, y las acciones implementadas para combatir padecimientos relacionados con la desnutrición, el bajo peso y la obesidad, particularmente la DM2.

Con la expansión de la globalización, a partir de los años 90, las medidas alimenticias que adoptó el sector gubernamental Mexicano sufrieron un cambio notorio, y en la actualidad son conocidas las consecuencias; esta situación la podemos comparar con sexenios anteriores, el primer detonante fue la alza en el consumo de alimentos procesados en las zonas industrializadas, alimentos que contienen gran cantidad de azúcar, harinas refinadas, conservadores, saborizantes y colorantes; estrategias de mercadotecnia apoyadas por el estado, promovieron su venta con un mayor espacio para que sean colocados por cantidades exageradas en tiendas de autoservicio, teniendo como resultado un alto porcentaje de disponibilidad en el mercado (Rivera, 2012).

3.6 Demográficos

La OMS (2010) señala que en México 20.8 millones de niños y adultos padecen diabetes, lo que es más del 7.0% de la población, de los cuales 14.6 millones cuentan con un diagnóstico mientras que 6.2 millones desconocen que padecen la enfermedad, lo preocupante es que la cifra podría aumentar considerablemente en los próximos años, pues 54 millones de personas están en fase de prediabetes, Existen informes basados en clínica y estudios regionales que apuntan a un aumento de DM2 en niños y adolescentes.

Datos de la Organización Mundial de la Salud en el 2102 señalan que en México:

- Edad > 20 años: 20.6 millones, o 9.6% de toda la población en ese grupo de edad tiene diabetes.
- Edad > 60 años: 10.3 millones, o 20.9% de toda la población en ese grupo de edad tiene diabetes.

Los datos de México no reportan una diferencia considerable en cuestión de género, las estadísticas señalan que los 10.3 millones de hombres mayores de 20 años tienen DM2, aun cuando una tercera parte no cuenten con un diagnóstico. Por otra parte, 9.7 millones de mujeres mayores de 20 años tienen diabetes, aun cuando una tercera parte de ellas no lo sepa (Islas y Revilla, 2013).

3.7 Biológicos

Es conocida la frase “somos lo que comemos”, y es que la alimentación en exceso y de una baja calidad en nutrición se asocia al desarrollo de enfermedades metabólicas. Las cuestiones biológicas de la enfermedad señalan que cada padecimiento ha tenido una evolución en los seres humanos a través de la historia, factores ambientales correlacionados y que son incompatibles con el diseño evolutivo de nuestro organismo.

Los estudios de aproximación biológica con relación a la DM2 señalan que ciertas razas son potencialmente más vulnerables a padecer esta enfermedad (Huerta, 2012) ya que existen características particulares en su composición genética procedentes de un historial adaptativo a lo largo de la historia de las civilizaciones. Se considera que una parte de la población posee una especial composición genética que desencadena la respuesta de insulinoresistencia (Campillo, 2015).

Las investigaciones científicas sustentan el fuerte componente genético en la aparición de la DM2 (Huerta, 2012). Se destaca que los antecedentes familiares confieren 2.4 veces más riesgo de desarrollar DM2, y aumenta cuando ambos padres la padecen.

Nell (1962, citado en Huerta, 2012) propuso la hipótesis del gen ahorrador, que refiere que en la antigüedad algunos cazadores y recolectores contaban con un particular rasgo

genético que según las circunstancias les conferían ventaja para sobrevivir en comparación con sus contemporáneos, ya que ellos tenían la capacidad de almacenamiento de calorías como grasas, que les permitía pasar largas horas sin comer, sin embargo este gen ahorrador actualmente es perjudicial en personas que cuentan con provisiones abundantes de alimento y su actividad física es mínima.

Nuestros antepasados tenían la necesidad vital de almacenar la energía sobrante después de saciar su hambre cada vez que encontraban alimentos, esta característica les ayudó a sobrevivir durante jornadas en que los alimentos escaseaban. El paso de los años y la selección natural fue presentando una serie de cambios en su mutación genética, que ayudó a desarrollar la característica denominada "sensibilidad diferencial a la acción de la insulina" que explica la acumulación de grasa; Campillo (2015), señala que este proceso, favorecido por la producción de insulina, tenía como principal objetivo estimular la conversión de glucosa a triglicéridos (que son los componentes principales de la grasa almacenada para usarse como reserva energética), por medio de las células adiposas en relación a la acción que producía dicha hormona.

Las temporadas de hambruna que padecían nuestros antepasados podían durar indefinidamente hasta que se hallaban alimentos en abundancia, sucesos tan impredecibles propiciaron que estos desarrollaran un genotipo por medio de la evolución y sobrevivencia, que les permitiera la activación de los receptores de insulina y algunas enzimas, para que almacenaran la grasa obtenida en épocas de abundancia, y así estos dispositivos de energía en reserva les hacían menos pesadas las jornadas de hambruna (Nell, 1962, en Huerta, 2012).

Los estudios más recientes sugieren que en determinadas personas podría existir una resistencia a la acción de la leptina sobre sus receptores cerebrales, como un componente más llamado genotipo ahorrador (...) en nuestros antepasados, su tejido adiposo acumularía grasa y teóricamente produciría leptina, hormona que no ejercía el freno sobre hambre a causa de su dificultad para actuar sobre receptores(...) La leptinorresistencia es, junto con la insulinoresistencia, uno de los elementos

fundamentales del conjunto de mutaciones genéticas que constituyen lo que se ha denominado el genotipo ahorrador(Campillo, 2015, p. 108-109).

Campillo (2015) al estudiar la predisposición genética de razas y etnias, sugiere que entre más nos alejemos de los procesos evolutivos de nuestros antecesores y con la inclusión abrupta de las tecnologías y el estilo de vida sedentario, seremos más susceptibles a padecer enfermedades metabólicas, ya que en nuestra genética se encuentra el gen ahorrador de energía

4. Prevención de la DM2

El estudio de las conductas que anteceden directamente a estados de salud o enfermedad son el objetivo principal para la psicología de la salud, estos conocimientos se utilizan para anticiparse a la aparición de daños inminentes y son parte del área de la intervención preventiva, que tiene como principal herramienta la de informar y actuar ante una situación que amenace la salud de una persona.

4.1 Prevención primaria

Para Santacreu, Márquez y Rubio (1997) la prevención primaria es toda actividad que tenga como principal meta el informar a la población en general acerca del riesgo que existe en contraer una enfermedad, con base en estudios de los procesos etiológicos. El psicólogo que esté encomendado a prevenir la salud de una comunidad deberá describir cual es el curso epistemológico de la enfermedad, deberá explicar con claridad cuáles son los principales indicadores de riesgo, factores ambientales y conductas de riesgo, así como promover conductas preventivas.

La prevención primaria es todo trabajo que se realiza dentro del marco de la prevención de la salud y está dirigida a las personas que aún no padecen una enfermedad. En el caso de la prevención de la DM2 en población infantil, se hace una labor educativa en la que se informa sobre los factores biológicos, ambientales, sociales y biológicos que incrementan el riesgo de desarrollarla, con el objetivo de que los menores aprendan cómo elegir alimentos que cuiden y fortalezcan su salud y generen redes de apoyo en donde se fomenten la actividad física.

La OMS en noviembre del 2016 recomienda las siguientes medidas para prevenir la DM2 a la población en general las cuales textualmente citamos

- Alcanzar y mantener un peso saludable

- Mantenerse activo físicamente: al menos 30 minutos de actividad regular de intensidad moderada la mayoría de los días de la semana; para controlar el peso puede ser necesaria una actividad más intensa.
- Consumir una dieta saludable, que evite el azúcar y las grasas saturadas.
- Evitar el consumo de tabaco, puesto que aumenta el riesgo de sufrir diabetes y enfermedades cardiovasculares.

4.1.1 Promoción de la salud

Las enfermedades degenerativas como la DM2, pueden prevenirse, aplazar su aparición, y controlarse por medio de un apropiado estilo de vida integral, que combine la alimentación sana y la actividad física necesaria, es decir parece que el combate a la enfermedad en este nuevo milenio depende de buenos hábitos de salud que motiven una cadena de actos a favor de una vida sin padecimientos.

El organismo mundial de la salud señala que la promoción de la salud debe considerar que el individuo sea partícipe activo en el control de su salud para mejorarla, por medio de acciones dirigidas a fortalecer sus habilidades, conocimientos y creencias acerca del bienestar personal, tomando en cuenta que es un trabajo integral, en que la sociedad por medio de las instituciones brinden ayuda a los grupos vulnerables, trabajando de manera habitual para fomentar cambios en las condiciones sociales, ambientales y económicas con el fin de mitigar el impacto de la salud pública e individual, de manera consecuente la prevención de la enfermedad emplea medidas destinadas no solo a reducir factores de riesgo y prevenir la aparición de la enfermedad, sino detener su avance y sus consecuencias una vez ya establecida. En ambos casos el factor cognitivo adquiere gran importancia, pues el sistema de creencias con que cuenta el individuo será vital para identificar con que herramientas cognitivas (pensamientos, creencias, ideas) cuenta para cambiar estilos de vida inapropiados o adaptarse a cambios a favor de su salud.

En nuestro país, existe un gran desánimo por parte de los pacientes con obesidad para adherirse a programas de prevención de enfermedades, ya que estos requieren que el paciente incorpore a su vida un estilo de vida saludable con disciplina alimenticia y de activación física constante como parte del cambio estratégico para combatir dicha enfermedad, este desánimo general abarca no sólo las cuestiones personales de cada paciente, sino las pocas opciones para el consumo de una alimentación sana y lugares de esparcimiento para las actividades físicas, por estos motivos no debemos de responsabilizar totalmente al paciente de su estado nutricional puesto que debemos entender todas las variables de su entorno para incentivar ciertos cambios a favor de su salud.

Los responsables del sector salud cuyo objetivo central es la prevención de la DM2, deberían tener conocimiento eficaz acerca de las creencias, pensamientos y representaciones de cada paciente con la enfermedad, y en medida de este conocimiento adaptar soluciones reales para cada individuo en su entorno específico; estas soluciones tienen que coincidir con los objetivos del paciente, su capacidad de generar cambios, sus posibilidades económicas, los espacios donde vive, ocupaciones, y de este modo incitar programas cercanos y realistas a cada grupo, que los motiven ante la situación, es esencial que los conductores de estos programas logren identificar todas las ideas erróneas de la enfermedad que generan obstáculos para el posible cambio, y que logren reconfigurar las creencias que giran alrededor de la enfermedad, para que puedan establecer medidas claras de acción bajo un marco científico el cual pueda ejemplificar situaciones comunes que logren hacer partícipes a los individuos y responsables de su propia salud.

4.1.2 Educación para la salud

Es posible cambiar los hábitos que potencializan los factores de riesgo. Se considera que entre los 5 y 12 años, los niños están en una fase de aprendizaje, donde costumbres y hábitos se vuelven significativos por el resto de su vida.

Para una correcta promoción de la salud cuya meta sea prevenir la aparición de DM2 y otras enfermedades metabólicas, el especialista Sergio Islas Andrade ha hecho la siguiente propuesta, para aplicar en las escuelas (Islas y Revilla, 2013):

1. Modificación de los programas educativos. Incorporar desde el primer año información para que los estudiantes conozcan cómo seleccionar sus alimentos, la importancia de hacer ejercicio y las consecuencias del sobrepeso a corto, a mediano y largo plazo.
2. Creación de redes de salud escolar, que tengan como principales acciones: hacer cambios en los reglamentos escolares, certificación del profesor de educación física, evaluación externa de las clases de educación física y que todos los alumnos puedan acceder a las instalaciones deportivas escolares aun después del término de clases.
3. Incorporación de acciones que aumenten la cultura alimentaria, regulación de la calidad de los alimentos distribuidos en las escuelas y prohibir en las escuelas la venta de alimentos con alta densidad energética y elevada cantidad de grasas saturadas y trans, altos en sodio y en carbohidratos simples y refinados.
4. Implementación de programas de educación para la salud, en donde los profesores deberán recibir cursos de capacitación en promoción de la salud en los aspectos de sobrepeso y obesidad asociados a la mala alimentación y el sedentarismo, con lo cual se esperaría aumentar la actividad física de los educandos.
5. La escuela deberá contar con un sitio donde se vendan o distribuyan alimentos que permitan tener una alimentación balanceada.
6. Incorporación de profesionales de la salud y familia en el proceso educativo.

4.2 Prevención secundaria

En la prevención secundaria, se identifica a la población que cuente con las características propicias a padecer con mayor probabilidad la enfermedad, el psicólogo deberá conocer con

exactitud cuáles son los indicadores de riesgo, identificar cuáles son las conductas de riesgo y aplicar métodos específicos para esta población, con el objetivo de detener la aparición de la enfermedad.

Los factores que incrementan el riesgo de desarrollar DM2, son:

- Personas que tengan familiares de primer grado con DM2 (hermanos o padres)
- Tener obesidad o sobrepeso
- Contar con más de 45 años (aunque se ha reportado el incremento de niños con la enfermedad)
- Padecer hipertensión arterial
- Mujeres que hayan tenido diabetes gestacional

La prevención secundaria debe identificar aquellos a pacientes que se encuentren entre los grupos de riesgo, como contar con un familiar directo que padezca la enfermedad, tener un nivel de glucosa considerada como prediabetes (Islas, 2013) y tener un estilo de vida que potencialice la aparición de la enfermedad

La prevención secundaria en pacientes con DM2 debe tener en cuenta otros síntomas que produce la enfermedad, reducir las cifras de presión arterial, normalizar los niveles de lípidos en el organismo, y hacer un chequeo regular de órganos blancos: ojos, riñón, sistema nervioso y padecimientos vasculares, ya que la enfermedad cardiovascular tiene el mayor índice de morbimortalidad a escala mundial, por lo tanto es vital que los sistemas de salud trabajen coordinadamente en la prevención de los factores que originan las enfermedades crónico degenerativas, como la DM2, hipertensión arterial sistémica, obesidad, dislipidemia entre otras que pertenecen al grupo del síndrome metabólico.

El paciente con DM2 debe ser tratado de manera integral, incluyendo un control riguroso de todos los factores asociados al riesgo cardiovascular. Lerman (2009) indica que el plan de tratamiento general en atención y seguimiento debe incluir un serio plan nutricional, ejercicio, instrucción del paciente, vigilancia por el paciente de la glucemia capilar, contar

con medicamentos, revisión médica periódica por parte del médico, examen físico y estudios de laboratorio. Todo ello para evitar complicaciones.

La American of Diabetes Educators (AADE) ha establecido que los cambios de comportamiento son el resultado de la educación en el automanejo de la DM2. Existen siete comportamientos básicos de autocuidado del padecimiento:

- Ser físicamente activo
- Alimentación
- Medicamentos
- Auto monitoreo de la glucosa sanguínea
- Resolver problemas (hiperglucemia-hipoglucemia, días de enfermedad)
- Reducir factores de riesgo para las complicaciones
- Vivir con diabetes (adaptación social)

Los objetivos de la prevención secundaria de la DM2 son evitar o postergar la aparición de la enfermedad, implementando medidas puntuales y contundentes en el estilo de vida de las personas, como dieta y actividad física, así como el cambio de conductas de riesgo por conductas preventivas. (Romero y Caballero, 2011, p 141).

Es importante que el psicólogo diseñe estrategias frontales que dirijan al paciente a la obtención de herramientas y competencias para que se pueda adherir a un régimen alimenticio saludable y la actividad física necesaria para evitar o postergar la aparición de la enfermedad.

Para Rodríguez y García (2011) es importante implementar cambios en el enfoque desde cómo abordar la prevención de la DM2, desde la psicología de la salud, para ellos es fundamental diseñar programas que competen a la educación y la participación de los pacientes, para modificar cambios en sus hábitos, conductas y estilos de vida.

4.3 Prevención terciaria

Son todas aquellas acciones de educación y concientización ofrecidas principalmente por equipos de salud interdisciplinarios, dirigidas a nivel individual, familiar y grupal, que son adaptadas a las necesidades sanitarias de la población y su entorno con el objetivo de mantener la salud, lograr nuevos estilos de vida y fomentar el auto cuidado y solidaridad entre las redes de apoyo.

Las actividades de promoción de salud requieren la integración de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos, con el objetivo de garantizar el más alto número de variantes de acción que tengan como meta: identificar, controlar y reducir los factores ambientales que potencialicen las conductas de riesgo, para evitar que la enfermedad aparezca o se prolongue, ocasione daños mayores o genere secuelas evitables. Estas actividades podrían ser individuales, familiares y grupales.

5. LA PREVENCIÓN DE LA SALUD DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL

El interés por conocer las características de la salud y a la enfermedad en las personas se remonta desde las explicaciones en la antigua Grecia. Hipócrates 460-377 a.C consideraba que existían 4 fluidos circulares en la mente y cuerpo de las personas y que estos dependían de la personalidad de cada individuo, el desequilibrio de estos “humores” (bilis amarilla, flema, sangre y bilis negra) produciría una alteración corporal que se traduciría en un tipo de enfermedad. Después en la edad media se consideraba que las personas enfermaban porque su comportamiento era antagónico con los preceptos señalados por la religión, de ese modo la enfermedad era el resultado de un castigo efectuado por un ser divino mismo que exigía a sus súbditos para que pudieran contar con, o recuperar la salud: la abstinencia al pecado, rezo, trabajo duro e infligir castigos corporales. Con la expansión del renacimiento, surgió una revolución científica que desarrollaba explicaciones de la enfermedad basadas en métodos orgánicos y fisiológicos. Rene Descartes conceptualizaba la mente y cuerpo como dos entidades independientes, es decir, que la mente era inmaterial e invisible y que era parte del estudio de la teología, mientras que el cuerpo como objeto material, podía ser estudiado por médicos, de tal modo que: cerebro, corazón, órganos y células formaban una máquina a la cual podían diagnosticar y dar un tratamiento para su curación, con lo que inició el surgimiento del modelo biomédico (Morrison y Benet, 2008).

Desde el siglo XVII, los trabajos de la medicina consistían en entender, clasificar y tratar la enfermedad, es decir, se identifica un agente etiológico, se describen los efectos dañinos que produce la enfermedad y por último se implementa el saber científico para detener los daños que produce en el organismo dicho agente. Este procedimiento no corresponde a las necesidades actuales del sector salud, ya que se limita a atender los efectos de la enfermedad sin dar suficiente importancia al papel de la conducta humana en la promoción y mantenimiento de la enfermedad (Reynoso y Seligson, 2005).

En sus inicios los trabajos biomédicos se centraban en curar los síntomas subyacentes de la enfermedad, sin mostrar esfuerzos médicos que buscaran al origen de los padecimientos, ya que durante finales del siglo XIX y principios del XX los principales riesgos aún se encontraban en los contagios por virus; el avance médico que fomentó la implementación de vacunas ayudó a que el promedio de vida aumentara en la población mundial (sobre todo en países desarrollados) a la par del incremento de la expansión de la industria alimenticia que aseguraría proveer de un mayor número de alimentos a la población, estos avances en la ciencia, tecnología y en la economía produjeron un nuevo estilo de vida en que las enfermedades tienen como principal causa el tipo de comportamientos que presentan los individuos. Es decir, la medicina se enfrentaba a enfermedades como el VIH SIDA, enfermedades coronarias, cáncer y DM2, para las cuales no se cuenta con vacunas que puedan proteger a la población ante la aparición de estos fenómenos. Al adolecer de la cura biomédica, solo se pueden utilizar tratamientos para reducir los malestares o alargar la vida de sus pacientes. De ahí se desprenden diferentes modelos psicológicos cuyo interés radica en atender las conductas que ocasionan la aparición de la enfermedad.

En México, en el año 1970, Celis y Nava (en Pérez, 2017) presentaron un artículo que planteaba la importancia de la pobreza como determinante en la etiología de las enfermedades, es decir, consideraban que las condiciones de pobreza propiciaban el mayor número de enfermedades, y que factores como la falta de higiene, hacinamiento y desnutrición, influyen en el desarrollo de enfermedades infecciosas. Explica Pérez, que, si bien el gobierno de México se orientaba en ese momento a contrarrestar la pobreza para mejorar las condiciones de salud, hoy en día se adolece de información que dé pie a la construcción de una cultura de la salud. En la actualidad los sujetos pueden tener mayor posibilidad de alimentarse en comparación con otras épocas, sin embargo, resulta irónico que la mayor facilidad para el consumo sea un factor que favorezca a la aparición de la enfermedad en la población. Las enfermedades crónicas degenerativas derivadas del consumo desmedido de alcohol, tabaco, la ingesta excesiva de alimentos con altos índices calóricos, y pasar mucho tiempo sentados, son la muestra de una serie de comportamientos que ponen en riesgo la salud del individuo.

La falta de información es ambivalente, ya que la población necesita saber que enfermedades se podrían prevenir con la modificación de conductas y, por otro lado, los encargados del sector salud necesitan identificar cuáles son los impedimentos psicológicos y ambientales para establecer programas de prevención de salud.

En éste sentido, como lo menciona Morrison y Bennett (2008), es importante analizar las percepciones y el comportamiento relacionados a la salud y enfermedad de cada individuo, por lo que se deben considerar los factores que podrían entorpecer el diálogo médico-paciente, uno de ellos es la función cognitiva e intelectual, (que podría derivarse de la edad del paciente, el daño que produjera algún accidente o enfermedad) pues estos déficits podrían condicionar el grado de comprensión de las instrucciones médicas, sesgar la manera en que el paciente exprese sus necesidades en referencia a la atención médica, otro déficit relacionado es el que podría representar la falta de habilidades de comunicación y lenguaje, derivado de un idioma distinto, y por último, la comprensión que tiene el individuo acerca de la enfermedad y sus síntomas, área crucial pues al carecer de una percepción del riesgo real que se desprende de la enfermedad, el individuo que carezca de esta comprensión, no se percatará de la necesidad de buscar atención médica, o seguir las recomendaciones médicas.

Es en el diálogo médico-paciente, en el que la psicología de la salud fortalece su capacidad de intervención, pues para el médico es valioso escuchar lo que para el paciente representa su padecimiento, creencias, dudas, incertidumbres, estados emocionales, que en conjunto muestran información adicional acerca de la etiología de la enfermedad, con la que el médico pueda ampliar su intervención para prevenir la enfermedad y promocionar conductas saludables.

De tal suerte que, si en sus inicios la medicina se centraba en la realización de diagnósticos e intervenciones mediante tratamientos biomédicos de la enfermedad, su margen de acción era muy limitado, pues al prescindir de la comprensión de los factores conductuales que influyen en la aparición de una enfermedad, no podría prevenir su aparición.

El interés por saber cuáles son las variables que influyen en que una persona se mantenga sana y otra enferma, ha sido tema de estudio para el área de la psicología. El primer intento lo hizo el psicoanálisis, el cual proponía que las represiones emocionales almacenadas en el inconsciente podrían causar síntomas en el organismo, teoría que se conoce como modelo psicosomático.

Fue el modelo conductual, que tenía un mayor control de sus objetos de estudio, el que impulsó un enfoque centrado en el estudio de los factores que propiciaban el cambio del comportamiento, y el papel de variables medioambientales, el que es base de la psicología clínica, medicina conductual y la psicología de la salud. Aunque como lo mencionan Buela-Casal, Caballero y Sierra (1996), la distinción entre estas áreas no resulta fácil de explicar, ya que interactúan y es complicado definir sus límites, lo que no exime de identificar las diferencias en sus objetos de estudio, sus tratamientos y cuales están diseñadas para la intervención individual o comunitaria.

Como explican Reynoso y Seligson (2005), del conductismo se desprendieron trabajos de laboratorio y tecnologías aplicadas que posibilitaron el método del análisis conductual, mismo que desarrollaría avances en la educación, así como en las instituciones psiquiátricas y en casos de desviaciones conductuales en algunos pacientes.

La psicología clínica, se caracteriza por atender los trastornos psicológicos, como son la ansiedad, la depresión, déficit de atención entre otros, bajo el modelo conductual. Para diagnosticar y dar tratamiento a estos padecimientos, utiliza la terapia conductual.

La medicina conductual tiene como objetivo atender las enfermedades a nivel fisiológico, como pueden ser la migraña, hipertensión, obesidad, DM2, entre otras; en un inicio compartía con la psicología clínica el dar únicamente un diagnóstico y tratamiento del padecimiento, con los años extendió sus esfuerzos metodológicos en investigar sobre la prevención y el mantenimiento de la salud, pues en sus trabajos enfocados en los cambios conductuales y medioambientales se descubrió que los estilos de vida que caracterizan el comportamiento del individuo influyen en la salud, estilos de vida relacionados con hábitos como

sedentarismo, tabaquismo, estrés, alcoholismo, consumo excesivo de alimentos con alto porcentaje calórico, entre otros (Buela-Casal, Caballero y Sierra 1996).

La medicina conductual es definida como un campo de estudio en el que se relacionan esfuerzos de las ciencias biomédica y conductual para estudiar el fenómeno de la enfermedad. Bryan et al. (1978, citados en Reynoso y Seligson, 2005), señalaron que la medicina conductual se debería enfocar exclusivamente al estudio de las reacciones psicofisiológicas que ocurren en el individuo como efecto secundario de padecer alguna enfermedad, por lo que Pomerleau y Brady (1979, citados en Reynoso y Seligson, 2005) señalaron que en vez de sólo estudiar estos efectos colaterales, el enfoque médico conductual debería hacer un uso clínico de las técnicas de análisis experimental de la conducta, con el fin de evaluar, prevenir y tener un mayor manejo en el tratamiento de enfermedades de carácter físico y derivadas de disfunciones psicológicas.

De tal modo que la psicología clínica y principalmente la medicina conductual impulsaron el advenimiento de la psicología de la salud, que bajo el modelo conductual y psicométrico (pues atiende a comunidades) tenía como objeto de estudio la interacción entre ambiente, organismo y conducta para que una persona contara con salud. La interacción de estos tres factores hizo de la psicología de la salud un campo multidisciplinario que se nutriría de áreas como la medicina, sociología médica, antropología cultural y psiquiatría (Buela-Casal, Caballero y Sierra, 1996).

Carrobles (1993, citado por Buela-Casal, Caballero y Sierra, 1996) nos dice que:

La psicología de la salud es el campo de especialización de la psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de salud, especialmente físicos médicos, con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar de rehabilitar estos en caso de que tengan lugar, utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la actual psicología científica, sobre la base de que la conducta constituye, junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes,

tanto en la salud como la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de salud existentes en la actualidad. p-8.

En 1978, la Academy of Behavioral Medicine Research definió la psicología de la salud como sinónimo de medicina comportamental, considerándola como “el área interdisciplinaria que se ocupa del desarrollo e integración del conocimiento y técnicas de las ciencias comportamental y biomédica que son relevantes para la comprensión de la salud y la enfermedad, y la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.” (Bayes, 1979, citado en Luzoro, 1992)

Todos estos avances que años más tarde se nutrirían por el surgimiento de las terapias de enfoque cognitivo conductual, con el que compartían el objetivo de modificar la conducta manifiesta, pero éste último enfoque incluyó los procesos del pensamiento que influyen en el éxito del cambio conductual en el tratamiento. La suma de diferentes corrientes: desde el análisis experimental de la conducta que se desprende del modelo de la conducta, la terapia cognitivo conductual, bajo un modelo holístico de la enfermedad, produjo el surgimiento de un nuevo enfoque que consolidaba los esfuerzos en la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, identificado como psicología clínica de la salud, cuyos principales objetivos eran entrenar al paciente en comportamiento preventivo, incentivar cambios en su estilo de vida, así como evitar el avance y/o comorbilidades (padecimientos asociados) de las enfermedades crónico-degenerativas.

5.1 Modelo conductual: La modificación de la conducta en la prevención y tratamiento de la enfermedad

El psicólogo conductual que trabaja en el campo de la salud, aseveran Reynoso y Seligson (2005), aplica sus conocimientos en la prevención de enfermedades, modificación de los estilos de vida, así como el manejo o rehabilitación de personas con enfermedades crónico-degenerativas, a partir del cambio conductual, echando mano del diseño de programas de

entrenamiento. De tal modo, toda aproximación conductual que se realice debe estar fundamentada en sólidas bases científicas y metodológicas que expliquen cómo es que el sujeto aprendió a comportarse en situaciones específicas según el reforzamiento de las contingencias que se producían tras su respuesta. Desde la psicología clínica se implementarán estrategias para que el paciente realice nuevas experiencias de aprendizaje que, al ser repetidas constantemente, cambiarán sus hábitos de conducta.

Reynoso y Seligson (2005) señalan que el trabajo de un psicólogo en el área de salud con enfoque conductual:

- Se enfoca en estudiar procesos observables
- Se enfoca en procesos conductuales, no en pensamientos o sentimientos
- Se centra en el momento actual, no en la historia del problema

De tal modo que su foco de atención son las conductas desadaptadas o de riesgo, asumiendo que éstas son en gran parte adquiridas a través del aprendizaje y el reforzamiento de contingencias, por lo que es preciso definir cómo influye el medio ambiente en la presentación de ciertas situaciones que estimulan la aparición de un tipo de respuestas, para posteriormente dirigir sus esfuerzos a entrenar al sujeto en nuevas experiencias que produzcan nuevas relaciones de aprendizaje entre el estímulo, respuesta y las consecuencias.

Es importante señalar, que desde el enfoque conductual, el psicólogo y el paciente deben acordar objetivamente cual es el problema a tratar, por lo que es indispensable realizar un correcto análisis funcional de la conducta, del que se desprende información relevante como: cuáles comportamientos son inadecuados, cuál es la causa de que se mantengan dichos comportamientos y cómo se pueden cambiar, sumado a las debilidades y capacidades de la persona dentro de los márgenes que el contexto predispone (Reynoso y Seligson, 2005).

A continuación, se mencionan dos técnicas para el cambio conductual, utilizadas bajo el modelo conductual (Reynoso y Seligson, 2005).

5.1.1 Contrato conductual

Es una estrategia para cambiar conductas problemáticas, en la que es indispensable la participación de un tercer agente que funja como mediador del reforzamiento y que participe como testigo de los cambios conductuales planeados en el contrato conductual que definirá el propósito de la intervención. De inicio se debe establecer entre terapeuta y paciente cuál es la conducta que se trabajará del repertorio de conductas problemas, no eligiendo la de mayor importancia, pues en ocasiones es conveniente comenzar con la conducta en la que el paciente puede tener mayor control, además de ser observable y medible.

Pues bien, la modificación de esta primera conducta acarreará otro tipo de consecuencia, estos resultados tienen que ser explicados al paciente para que aprenda como operan los estímulos, respuestas y consecuencias. Los cambios conductuales que se presentan desde un principio en el tratamiento clínico, funcionan como indicadores de la evolución progresista de un programa de línea base, mismos que servirán como punto de partida y comparación con el repertorio de otras conductas problemas.

El contrato conductual especificará:

- Inicio del contrato, término y renegociación
- Conducta a cambiar
- Frecuencia de la conducta y la clase de reforzadores implementados
- Establecer programa de reforzadores, positivos y negativos
- Firma de los participantes
- Programa de revisión de los progresos conductuales
- Beneficios extras
- Castigos en caso de que la conducta no sea modificada

5.1.2 Conducta meta

Hemos visto que el primer paso para implementar un programa de intervención conductual consiste en seleccionar y definir la conducta problema, verificando si el proceso de cambio conductual se acerca a las metas y necesidades que busca el paciente. Por lo regular no sólo se trata de cambiar una conducta problema, sino un conjunto de conductas desadaptativas o de riesgo (para fines de este trabajo, serán las conductas que favorecen el desarrollo de la DM2), por lo que los teóricos recomiendan elegir la conducta con mayor probabilidad de cambio para que funcione como un motivador para modificar otras de mayor envergadura, según el problema a tratar.

Kanfer y Saslow (1969, citados en Reynoso y Seligson) señalaron que, por la especificidad inherente a cada contexto y situación del paciente, es importante determinar las conductas de acuerdo a las siguientes categorías:

- Excesos conductuales: conductas que ocurren con mucha frecuencia
- Déficits conductuales: su porcentaje de ocurrencia es bajo
- Control de estímulos deficientes: en conductas que ocurren en tiempos y lugares inadecuados
- Habilidades de respuesta: herramientas conductuales de las que el paciente adolece

5.1.3 Solución de problemas

Habiendo identificado las conductas problema y las conductas meta, es importante definir el perfil del problema. D`Zurrilla y Godfried (1971, citados por Reynoso y Seligson) señalaron que un programa de solución de problemas debe preponderar de qué manera el paciente conceptualiza la situación problemática, y de la forma que orienta sus esfuerzos en solucionar los problemas sistemáticamente. El terapeuta analiza la interacción de la conducta con los conceptos que se presentan en cada una de las etapas:

- Perfil del problema: la evaluación que hace el paciente del problema, el desgaste que le genera, los esfuerzos realizados para modificarlo, así como áreas de su vida en las que existen problemas (salud, vivienda, económicos, familiares, relaciones sociales, psicológicos).
- Definición y formulación del problema: la relevancia del problema.
- Generación de posibles soluciones o alternativas: se utiliza la estrategia de “lluvia de ideas” que pueden visualizar paciente y terapeuta en conjunto
- Toma decisiones: con la evaluación de las opciones de acción que sean pertinentes, las conductas metas serán puestas a prueba.
- Evaluación de resultados: según sean los resultados, el terapeuta entrenará las mejoras conductuales para obtener las soluciones apropiadas

Taylor (2007) mencionó que la clave para que funcione toda técnica conductual es que, si un paciente cambia una conducta de riesgo por una de salud, y si ésta va acompañada de un reforzamiento positivo, es muy probable que esa conducta se repita. En contraste, si una persona presenta una conducta saludable y ésta produce una consecuencia negativa o un castigo, esta conducta tendrá muy poca probabilidad futura de ocurrencia.

5.2 Modelo cognitivo conductual

McKeown, (1982, citado por Pérez, 2017) clasifica las enfermedades en dos clases, y cada una de ellas en dos grupos:

Clase I, determinadas en la fertilización: el primer grupo son aquellas enfermedades que corresponden a cambios genéticos o aberraciones cromosómicas, el segundo grupo son aquellas que se dan por el desgaste genético programado de nuestros órganos al final de nuestras vidas.

Clase II, las que son producidas por el tipo de ambiente: el primer grupo son las que se dan por la influencia ambiental prenatal, el segundo grupo por la influencia ambiental posnatal. **Éstas últimas son las que intenta contrarrestar el psicólogo de la salud, aquellas que son prevenibles.**

Para lo cual es indispensable el estudio de las variables epidemiológicas de la DM2. La epidemiología estudia la etiología de la enfermedad y muerte en humanos (Macmahon y Puig 1970, citados en Reynoso y Seligson), es decir, es la búsqueda de los aspectos conductuales que potencializan la aparición de la enfermedad, por lo que se denomina **epidemiología conductual**. El primer paso consiste en evaluar el estado actual del paciente, y las conductas que presenta.

Para Bandura (1969, citado en Reynoso y Seligson), existen dos tipos de comportamiento, uno inherente al organismo, y otro que es producido por el aprendizaje de la relación estímulo, respuesta-consecuencia y reforzador. Los procedimientos de intervención conductual presentarían cambios positivos tanto en mediciones objetivas (conductas) como en mediciones subjetivas (cogniciones) “los procedimientos utilizados para el cambio son conductuales pero el proceso en sí es visto como cognitivo” (p 12).

Reynoso y Seligson, señalan que un nuevo grupo de terapeutas conductuales, entre los que destaca Mahoney (1974) y, Meichenbaum y Cameron (1979), utilizaron el concepto de cognición, (modelos de realidad, pensamientos, auto declaraciones, auto instrucciones estrategias de respuesta, entre otros) para inferir sobre la importancia que tienen los procesos cognitivos, como eventos privados que se relacionan al cambio conductual.

Para Reynoso y Seligson, las cogniciones son representaciones simbólicas que juegan un papel intermedio entre el estímulo que antecede a la respuesta y la respuesta misma. El tipo de cognición en juego, tiene por sus características una relevancia determinante en la conducta manifiesta. La cognición está vinculada al lenguaje, el significado y la memoria.

Existen tres procesos en que las cogniciones se relacionan con la conducta, según Mahoney (1974, citado en Reynoso y Seligson):

- Proceso de información: en el cual la persona adquiere, almacena y utiliza la información.

- Desarrollo de creencias: con la información que cuenta el sujeto desarrolla creencias específicas, conformadas por expectativas, juicios, dinámicas de valoraciones en relación con el entorno.
- Proceso de afrontamiento: por la forma en que el individuo responde ante cada situación.

Al abrir el espectro conductual relacionado con la aparición de enfermedades, se descubrió que existen cogniciones relacionadas con patrones de comportamiento en pacientes, que obedecen a sus formas de vivir: hábitos y estilos de vida, por lo que, si el objetivo es cambiar la conducta, los psicólogos cognitivo-conductuales, tendrían que diseñar modelos que indagaran sobre las creencias, juicios, pensamientos que predisponen a una persona actuar de algún modo en situaciones particulares.

Reynoso y Seligson (2005) señalan que algunos modelos terapéuticos y técnicas de cambio conductual indagan sobre los mencionados factores cognitivos de la conducta:

- ✓ Terapia racional emotiva
- ✓ Técnicas de solución de problemas
- ✓ Técnicas de aproximación de autocontrol
- ✓ Técnicas de condicionamiento encubierto

Las terapias de corte cognitivo conductual se basan en el supuesto de que algunos pensamientos sesgados predisponen al individuo a crear evaluaciones erróneas, pues se conducen con sustentos emocionales de carácter conflictivo; en conjunto, estas inferencias de pensamiento limitan el accionar adaptativo de la persona en su entorno. De tal modo que, existe un proceso dependiente e interconectado entre conducta y cognición, para que ciertos comportamientos se presenten con estados emocionales particulares.

Reynoso y Seligson (2005) señalan que las terapias cognitivo-conductuales tienen los siguientes fundamentos, citamos textualmente (p.66):

- Toda forma de terapia busca enseñar a la gente a modificar su forma de pensar, sentir y actuar.
- Cada emoción tiene su contraparte cognitiva y cada cognición tiene su contraparte emocional (Rokeach, 1960).
- La conducta es un complejo que abarca sensaciones, movimientos, pensamientos y emociones (Ellis, 1961).
- Nada es bueno o malo: es el pensamiento el que confiere esas cualidades.
- Las cogniciones falsas subyacen a los problemas emocionales y de conducta, y tratan de modificarlas usando técnicas cognitivo-conductuales.
- Reconocen la importancia, no siempre la primacía, de los procesos cognitivos, insistiendo en la utilización de procedimientos conductuales desarrollados experimentalmente.
- Las pautas de respuesta cognitiva, afectiva y abierta no son unidades independientes, sino procesos interactivos que conforman la conducta en su sentido más amplio.
- Casi todos los métodos terapéuticos que se aplican a los seres humanos probablemente provocan cambios conductuales.

En resumen, el modelo cognitivo conductual, tiene como primer paso involucrar al paciente en un proceso de cambio conductual, para lo que es necesario que el paciente pueda auto explorar sus conductas y cogniciones. El segundo paso es la traslación, en donde el psicólogo busca que el paciente realice un recorrido explicativo acerca de la forma en que construye sus afirmaciones, de tal modo que al ser expuestas dichas aseveraciones por medio de un dialogo socrático, el terapeuta busque que el paciente elaboré nuevas percepciones, afines a motivar el cambio conductual. El tercer paso es consolidar estos cambios, que sean significativos para el paciente en busca de objetivos claros y observables. Al lograr los cambios es importante hacer notar que éstos son efectos de las acciones directas del sujeto, “los pacientes aprenden a interpretar las cosas de manera diferente, aprenden a verse de forma diferente y modifican sus comportamientos, de modo tal que se encuentran más posibilidades de acción” (Reynoso y Seligson, 2005, p 44).

De este modo para la psicología de la salud, la prevención primaria desde el enfoque cognitivo conductual, requiere que se identifiquen las actitudes hacia la salud y el concepto de enfermedad de cada individuo y los que se comparten en un grupo específico. Por ejemplo, la tentativa o intención de acción de un sujeto podría mostrar la primer motivación de un estímulo interno que se utilizará en el desarrollo de conductas de prevención primaria o secundaria de la DM2, ya que teniendo en cuenta cuáles son las actitudes, creencias y motivaciones que presenta el paciente, el psicólogo de la salud buscaría identificar las ideologías y normas que enmarcan el comportamiento del sujeto y con estos trabajar en la generación de nuevos estímulos cognitivos que faciliten el cambio comportamental. Como mencionan Azjen y Fishbein (1980, citado por Álvarez, 2010), el monitoreo de las conductas problema que realice el psicólogo desempeñará un papel preponderante en el cambio de las cogniciones erróneas “ya sea por vía de la exposición a experiencias desconfirmatorias de las mismas o por la deliberación sobre ellas”.

Existen diferentes terapias, que combinan modelos conductuales y cognitivos conductuales, estos modelos coinciden en la importancia de fomentar cambios en las conductas de riesgo, por ejemplo, los modelos centrados en el individuo se caracterizan por concebir al sujeto como protagonista de su cambio de comportamiento. Bajo una estructura racional, el sujeto es capaz de regular y auto controlar las emociones que le produce relacionarse con el medio ambiente, es decir, todos los sujetos se relacionan de una manera particular con el entorno, la diferencia data en la manera de evaluar los fenómenos y elaborar la realidad con base en sus procesos de información. El resultado de esta evaluación es la actitud de cada persona, que se sustenta en una base tripartita en la que la cognición (sistema de creencias) tiene un papel preponderante ante toda toma de decisiones del sujeto, en segundo nivel de importancia entraría en juego el área afectiva, es decir, las emociones que surgen y se presentan ante los hechos que ocurren, y la tercera área es la intención de la acción (Zanna y Rempel, 1988 citados por Álvarez, 2010).

5.3 Modelo cognitivo

5.3.1 Antecedentes filosóficos

Uno de los primeros pensadores sobre el pensamiento humano fue Sócrates (470-399 a. C.), quien expuso la complejidad intelectual de sus años de estudio entregados a la filosofía y del que no se tiene ningún escrito, sus reflexiones filosóficas fueron recogidas por su discípulo Platón. En el diálogo Fedón, se menciona un episodio del cual podemos subrayar la perturbación que le causaba a Sócrates encontrar algún resquicio de esperanza para explicar que en los hombres existiesen firmes razones que conduzcan sus actos. Platón señala que Sócrates habiendo escuchado del libro de Anaxágoras donde se argumentaba que, era la mente la responsable de poner todo en orden y la causa de todas las cosas, llegó a la siguiente reflexión:

“ pensé que si esto era así, la mente ordenadora, ordenaría y colocaría todas y cada una de las cosas allí donde mejor estuvieran (...) haciéndome, pues, con deleite esos cálculos, pensé que había encontrado a un maestro de la causa de los seres de acuerdo con mi deseo...que me explicaría a continuación la causa y la necesidad, diciéndome lo que era lo mejor, y también las razones del porque era lo mejor” después de escuchar los argumentos que daba Anaxágoras con desaliento ahondó “ mi maravillosa esperanza, oh compañera, la abandoné una vez que, avanzando en la lectura, vi que mi maestro no usaba para nada la mente, ni le imputaba ninguna causa a la ordenación de las cosas, sino que las causas las asignaba al aire, al éter, y a muchas otras cosas extrañas” (Boorstin, 1998, 35-36.)

Con este ejemplo en que Sócrates se cuestiona sobre el pensamiento humano, se demuestra que durante siglos la filosofía ha orientado sus esfuerzos a dar respuesta a lo que los hombres piensan ante situaciones que propicia el medio, ¿qué pensamientos ocurren para que las personas se comporten de modo específico ante situaciones de diferente índole?, ¿qué procesos tienen lugar para que éstas presenten una conducta?, estos cuestionamientos podrían ser resueltos utilizando una metodología conductual en donde se prepondere la manera en

que se ajusta un aprendizaje entre el estímulo, respuesta y reforzador, pero para saber ¿qué es considerado como reforzador?, y ¿qué estimula la conducta?, se tendría que explicar cómo evalúan las personas las recompensas que acarrearán sus conductas, es decir, hay algo más que la triple relación de contingencias; para explicar los por qué de las conductas tendríamos que estudiar las cogniciones, ¿qué son?, ¿cómo se forman?, ¿cómo se transforman?, y si hay una racionalidad demostrable entre el pensamiento y la conducta, a ¿qué lógica obedece?. Una de las preguntas que intentan responder diferentes estudios de las cogniciones es si las personas actúan ante los fenómenos de salud con base en un procesamiento concreto de información. Si conocemos el tipo de pensamientos sobre la enfermedad, podríamos establecer mejores estrategias cognitivo conductuales para prevenirla.

A Descartes se le considera el antecedente filosófico de la ciencia cognitiva (Gardner, 1988). Sus estudios dieron a la era moderna un nuevo enfoque al concebir al hombre segmentado en una mente racional y cuerpo mecánico. Su principal tesis epistemológica partía de la existencia inherente de la mente como una entidad separada del organismo, la cual, por su naturaleza racional, dirigía y ordenaba toda experiencia que se produjera por la percepción sensorial. El dogmatismo cartesiano “pienso luego existo” descansaba en la aseveración de que el hombre es una mente que registra cosas, es decir, los fenómenos del entorno son entidades desconocidas e independientes del control humano, la tarea de la mente es explicarlas fungiendo como árbitro, para por medio de la reflexión organizar los hechos.

La perspectiva racionalista produjo discusiones y nuevas explicaciones sobre la manera en se forma el conocimiento. Un grupo de ingleses: Locke, Hume y Berkeley, contrastaban profundamente con los postulados Cartesianos, para los empiristas el conocimiento tiene su naturaleza en la experiencia sensorial que se tiene con el entorno, para ellos no hay racionalidad inherente en la mente humana, al contrario, la mente es una hoja en blanco incapaz de reflexionar si no hay una interacción con el entorno, para los empiristas es a base de experiencias como se irían formando los procesos mentales, la percepción modula las experiencias, dichas sensaciones producirían conocimientos, que van por un camino reflexivo, de lo sencillo a lo complejo.

Como explica Gardner (1988), para los racionalistas el pensamiento es el eje que organiza y revela el conocimiento, mientras que para los empiristas el pensamiento es un instrumento que refleja la experiencia, es decir, el pensamiento se construye gracias a la experiencia. Kant sintetizó las concepciones racionalistas y empiristas; la pregunta que formuló para enmarcar sus explicaciones fue “¿qué es lo que le permite a la mente aprehender de las experiencias?” para esto intuyó que hay un conocimiento sintético, que se nutre del conocimiento que se desprende de la experiencia “a posteriori”. El punto de partida de Kant fue la concepción de un “yo individual” que ante cada eventualidad se manifiesta con la proposición “yo pienso”, es decir, la mente trata con fenómenos incognoscibles, a los que trata de descifrar y ordenar con las siguientes características: cantidad, cualidad, negación y modalidad, las cuales le permiten organizar en esquemas la información que se desprende de un mundo sensorial concreto y formar una representación mental.

Si bien la naturaleza y el funcionamiento de los esquemas plantearon dificultades incluso a los propios kantianos, los epistemólogos necesitan un nivel de análisis de esta índole para abordar los casos particulares al par que movilizan las categorías abstractas (...) Kant buscaba una manera de describir el nivel de la representación, una terminología que diera cuenta de la forma en que el conocimiento debe estar representado en cualquier entidad, de modo que poder vincularse con el mundo físico, por un lado, y con el mundo de la configuración mental innata, por el otro. P 45.

5.3.2 Consideraciones actuales de las representaciones mentales.

Como lo menciona Abad, Esteban, y Tejerina (2004), el ser humano es una estructura biológica, que al interactuar en un contexto social elabora una realidad con base en su estructura psicológica; las representaciones de cada individuo se relacionan con las estructuras culturales que modulan las características del sistema social. Es en esta elaboración de la realidad que interactúan los procesos de percepción y cognición, que dan forma a la manera en que el individuo razona, quiere, siente y toma decisiones.

Nieto, Abad, Esteban, y Tejerina, (2004) acuden a Piaget y Vygotsky para explorar estos cuestionamientos. La teoría de Piaget propone que, desde el inicio del desarrollo fetal, gracias al conjunto de reflejos que evolucionaron en el organismo, es posible que cada individuo tenga la tendencia inherente a interactuar con el medio; desde su gestación el individuo acumula sensaciones y representaciones, es en esta dinámica: estímulo, acción y representación donde se desarrollan las sensaciones y percepciones, que pasan de ser elementales a ensancharse a experiencias finas y elaboradas. Vygotsky complementó esta idea al señalar que los procesos psicológicos superiores sólo se dan en los humanos y que estos aparecen gracias a la socialización en donde el individuo elabora la realidad; la producción del desarrollo ontogénico es un proceso de aculturación que, por medio del lenguaje, fomenta el sistema de valores y significados que moldean la identidad del individuo construida de pensamiento, memoria y el uso de una voluntad

Estas características filogenéticas y ontogénicas disponen una efectiva adaptabilidad al entorno y a la realidad. Si para Vygotsky el proceso de elaboración del conocimiento de la realidad se da por medio de la socialización e interiorización, para Piaget este proceso psicológico parte del organismo por medio de la asimilación, que es donde el individuo reconoce, analiza e interpreta la realidad, y la acomodación, que dispone al individuo a dar una respuesta en referencia a su entorno.

Hay en estos dos procesos sendas actividades implicadas que constituyen la esencia de la conducta humana; en primer lugar, una actividad de reconocimiento y captación de la realidad inmediata que tiene que ser asimilada como propia; después, el sujeto emite respuestas adecuadas y adaptadas, a su juicio, que serán tanto más precisas y eficaces para el fin adaptativo cuanto más precisa y matizada haya sido la primera fase que podríamos llamar asimilación. p 21

Aunque existen importantes diferencias entre las teorías de Piaget y Vygotsky, ambas coinciden en contemplar al sujeto como procesador activo de información, fase básica para que el individuo elabore las respuestas comportamentales según su capacidad de analizar, procesar y comprender la realidad.

Desde el estructuralismo de Wundt y su interés por explicar los procesos psicológicos de los humanos, un largo recorrido aconteció hasta que diferentes teorías se aproximaron a dar una explicación sólida del comportamiento humano. Si bien el psicoanálisis contemplaba el comportamiento “anormal” bajo el modelo médico en el que se considera que la enfermedad mental tiene un origen identificable, para la teoría psicoanalítica era necesario analizar los sucesos que marcaban emocionalmente a los infantes, y con esta información explicar los mecanismos de operación, bajo conceptos como la conciencia, los sentimientos, la voluntad y el deseo (Meyer, 1991).

El cognitivismo surgió en una época en que las explicaciones psicoanalíticas desgastaban el ambiente científico y en el que tampoco el conductismo pudo explicar procesos más complejos del comportamiento, como la adquisición y naturaleza del lenguaje, la resolución de problemas y la planificación humana (Gardner 1988). El ambiente bélico y la invención de nuevas tecnologías propició el surgimiento de las llamadas revoluciones cognitivas.

Como lo señala Gardner (1998,) en 1948 se celebró un coloquio auspiciado por la fundación Hixson, cuyos temas centrales rondaban en la forma en el que el sistema nervioso controlaba la conducta. Gardner resalta tres presentaciones que alentaron los estudios del cognitivismo, el primer discurso del matemático John von Neumann, que hacía una analogía entre la computadora (descubrimiento reciente) y el cerebro humano, el segundo discurso de McCulloch, también matemático, quien presentó su trabajo titulado “¿Por qué está la mente en la cabeza?” en el que se exploraban algunas similitudes entre el sistema nervioso y los procedimientos lógicos, y el tercer discurso, que Gardner subraya con mayor elocuencia, es el que impartió Karl Lashley, “el problema serial en la conducta”, trabajo que abrió paso a los próximos estudios cognitivistas pues Lashley a pesar de venir de una tradición conductista atacó sus postulados pues consideraba que bajo esta metodología era imposible el estudio científico de los procesos mentales.

Lashley argumentaba que:

1. La conducta no deriva de incitaciones meramente ambientales, la conducta es precedida por procesos mentales, mismos que dirigen las maneras en que los organismos orquestan sus respuestas.
2. La organización de la forma en que se responde, no se efectúa tras una imposición del ambiente, la organización antecede al estímulo, se gesta en el interior de los organismos.
3. El sistema nervioso está constituido por unidades de diferentes sistemas interconectados, que a su vez se encuentran organizadas de forma jerárquica, con actividad permanente y dinámica.

Según Gardner (1988) la revolución cognitiva estuvo sujeta a tres eventos de relevancia:

- a) La máquina de Turing (1936), con base en procedimientos matemáticos se podía implementar una máquina universal.
- b) El modelo neuronal de McCulloch (1943), en que se preponderaba la lógica y el funcionamiento del sistema nervioso.
- c) Surgimiento de la cibernética, en el que se aborda la relevancia de la percepción de información-mensaje para los procesos mentales, y se afronta la universalidad de los síndromes neuropsicológicos causados por la guerra en la pérdida del lenguaje de algunos combatientes.

Meyer (1991) propone que la psicología cognitiva “es el análisis científico de los procesos mentales y estructuras de memoria humanos con el fin de comprender la conducta humana” (p 17), si bien, Martínez (1995) señala que al estudiar la mente debemos prescindir de las tradiciones filosóficas que contemplan la mente como una cosa o substancia separada del cuerpo, puesto que es una amalgama de varios tipos de procesos interconectados, de tal manera que, cuando los teóricos de la cognición dirigen sus estudios a la mente, se refieren a procesos mentales.

Considerando que el objeto de estudio de la psicología cognitiva son los procesos mentales, Martínez (1995) señala que éstos van mediados por sensaciones cenestésicas, es

decir las inherentes al cuerpo, más las sensaciones acerca del mundo externo; bajo esta concepción podemos estudiar un comportamiento por medio de las percepciones, recuerdos, imágenes mentales, sentimientos, deseos, creencias, etcétera.

Meyer (1991) propone que la psicología cognitiva sustenta sus estudios bajo el rigor del método científico, señala que los procesos mentales si bien son actividades privadas del individuo, se pueden identificar a través de la conducta, y su estudio se realiza por medio de instrumentos que analizan los procesos mentales a gran escala a componentes particulares que se puedan medir. Los componentes medibles son: 1) percepción, es decir, el modo en que se recibe información; 2) la manera en que se recuerda, o almacena la información; 3) la manera en que se acomoda esta información bajo las creencias, 4) el efecto de la información para que disponga a la ocurrencia de una acción (Martínez, 1995).

Meyer (1991) señala los instrumentos para medir los componentes de los procesos mentales:

- a) Análisis del sistema de procesamiento de información: este modelo parte del fundamento de que las personas son procesadores de información, la información es percibida por los sentidos, se modifica, se categoriza, se filtra, hasta hacer de ella un comando que por su abreviatura puede ser almacenado en la memoria, dichas señales influyen como factor para determinar una conducta.
- b) Análisis de los procesos cognitivos: es un modelo que indaga sobre el curso en que opera el proceso cognitivo, este instrumento se dirige a desglosar cada una de las partes que intervienen en el desarrollo cognitivo del sujeto para solucionar un problema de una tarea específica.
- c) Análisis de estructuras cognitivas: técnica para conocer las representaciones cognitivas por medio de la verbalización de los conocimientos sobre un tema concreto.
- d) Análisis de estrategias: instrumento que se centra en la manera en que las personas controlan los distintos fragmentos de información con los que cuentan.

Para Neisser (1990), el estudio de cognitivismo cuenta con solidez científica, ya que al considerar los procesos mentales también aborda los eventos nerviosos subyacentes, es decir, la conducta humana depende en su totalidad de la actividad cerebral en interacción con otros sistemas físicos.

La información es el eje rector para el cognitivismo, esta información queda almacenada y se nutre de nuevas experiencias que redimensionan los procesos mentales que están activos en todo momento; la información se podría localizar en alguna parte del cerebro, tras tal aseveración es irresistible no imaginar la mente humana como una gran computadora, guardando proporciones. A propósito, Neisser (1990), señalaba:

Primero, consideremos la similitud familiar entre el hombre y la computadora. Aunque es una analogía inadecuada en muchas formas (...) la tarea del psicólogo que trata de entender la cognición humana es similar a la del hombre que trata de descubrir cómo ha sido programada la computadora. En especial si el programa parece almacenar y recuperar información, le gustaría saber qué “rutinas” o “procedimientos” se emplean (p 16).

En ese mismo renglón, Mercado (2003) menciona que el cognitivismo intenta explicar la actividad de los organismos por medio del estudio de las interacciones que se dan desde el procesamiento de información y de cómo se estructura dicha información en representaciones que articulen una conducta. La conducta observable es la conjunción de fases de procesamiento de información que ocurren en el sistema nervioso, que gracias a la evolución logra relacionar información nueva con información almacenada en su experiencia, para incorporar y filtrar la información en representaciones de entidades y procesos, con ello, se anticipa hacia algo que le es conocido, o transforma dicha información en algo que se pueda adaptar a su repertorio cognitivo dentro de una realidad periférica a la realidad confabuladora en una sociedad.

Donald O. Hebb, (citado Mercado, 2003) apunta que el modelo cognitivista o cognitivo puede leerse bajo cuatro líneas de estudio:

- Desarrollo autónomo de la psicometría
- En el análisis ontogenético del desarrollo intelectual bajo un modelo estructuralista
- En analogía a la función de la computadora con la cognición humana
- Una línea de análisis experimental de la cognición en su conjunto tanto de los procesos de percepción, atención, memoria, lenguaje, formación de conceptos y razonamiento y solución de problemas.

El estudio de las ciencias cognitivas implica un punto de encuentro entre diferentes disciplinas: la filosofía, la psicología, las neurociencias, la inteligencia artificial, la lingüística, la antropología cognitiva, entre otras. Para explicar el comportamiento del sujeto como procesador activo de información es necesario que “las ciencias cognitivas dirijan sus estudios a la percepción, el lenguaje, el razonamiento, la memoria, la acción, las emociones, la conciencia, la interacción social, entre otros (Hernández, 2016).

6 FACTORES PSICOLÓGICOS QUE PREDICEN LAS CONDUCTAS SALUDABLES Y DE RIESGO PARA LA DM2, DESDE UN ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL

Las conductas que presenta una persona a lo largo de su historia hablan de un estilo de vida, son distintas las prioridades que motivan a cada persona a establecer una serie de actos. Los estilos de vida saludables se relacionan con conductas como: alimentación que prioriza el factor nutricional, higiene, actividad física constante y un adecuado descanso.

Las interacciones de las variables que operan en un contexto social se consideran como factores que pudieran propiciar situaciones adversas o adecuadas para que el sujeto desarrolle conductas de salud. Morrison y Benet (2008) identifican dos tipos de variables que se relacionan con las conductas de riesgo o de salud: distales y proximales, las variables distales más comunes que influyen en la conducta son, la situación económica, la edad y el sexo, estas variables se podría decir que distan de la elección del individuo, tienen que ver con particularidades biológicas y evoluciones sociales como los márgenes políticos, económicos y culturales que otorga el momento histórico del contexto social en donde se desarrolló el individuo. Si bien es cierto que en las poblaciones con menor poder económico existe un mayor porcentaje de habitantes con problemas de salud, como lo explica Silva (1968), es de comprender que en un hombre atribulado, que apenas cuente con los recursos suficientes para satisfacer las necesidades biológicas elementales, la carencia económica alteraría su salud psicológica y fisiológica, pues el tener bajos recursos disminuirá la posibilidad de que el individuo adopte conductas saludables y de prevención, en estos casos la primera problemática a solucionar es el factor económico más que el motivacional, un punto a resaltar es el significado que tiene para este sector de la población con carencias económicas, el concepto del cuidado de la salud, entendiendo que por lo general sus necesidades van dirigidas a la inmediatez por lo que carecen de objetivos a largo plazo. Las variables proximales son las elecciones que toma cada persona, es decir, en el contexto social cada individuo construye

una forma de adaptarse y hacer frente a eventos de diferente índole con su particular sistema de creencias, la forma en la que el sujeto se enfrenta a estos eventos es la actitud ante la vida.

En el plano profesional, el trabajo del psicólogo de la salud sería identificar las variables distales y proximales que propician que se presenten conductas de riesgo, con base en este conocimiento se podrían implementar programas dirigidos a que los individuos adquieran mayor control de estas variables, así como promover cambios conductuales para modificar dichos hábitos, y si las hay, mantener las conductas saludables, para lo cual se apoyarán en técnicas cognitivo conductuales que modifiquen y sistematicen los cambios que se buscan en la conducta meta (Reynoso y Seligson , 2005).

Una de las técnicas que emplean los psicólogos cognitivo conductuales es la evaluación cognitiva, que se aplica en dos fases: la evaluación primaria; en donde es preponderante identificar las situaciones que representan un riesgo para el individuo, y la segunda evaluación, que se hace con mayor disposición de tiempo, es centrar la atención en buscar, deducir y comprobar si la persona cuenta con las herramientas conductuales y cognitivas que le exige tal situación.

6.1 Creencias

Para Meichenbaum y Cameron (1974, citados en Taylor, 2007), es determinante identificar las creencias en relación con los estados de salud, pues a partir de éstas se puede anticipar si una persona actuará saludablemente o presentará conductas de riesgo (alimentación inadecuada, sedentarismo, consumo de alcohol y tabaco), “las personas suelen sostener monólogos internos que interfieren con su capacidad para la modificación de su conducta” (p 59).

Mahoney (1983) nos dice que las creencias responden a una realidad construida por el “yo”; realidad que, de ser compartida con otros sujetos, (creencias normativas) representa

una forma de pensar que se adapta a los ideales del contexto social, es decir para el individuo es importante estar en lo correcto y ser aprobado.

Mahoney (1983) señala que las creencias son regularidades de la experiencia humana que interceden en la forma de pensar, sentir, comportarse e interactuar con las demás personas. Bem (1970, en Mahoney, 1983) clasificó las creencias en dos tipos, las primitivas que corresponden a intuiciones del individuo acerca de algo que no necesita ser examinado, como los actos de fe, los acontecimientos por obras de fuerzas ajenas al control humano, destino y azar, y las segundas, son las creencias de orden superior, que se componen por estructuras complejas, y que necesariamente buscan la confirmación de la opinión pública para ser consolidadas en el sistema de creencias del individuo.

Para Pierce (1978, citado en Mahoney 1983) “las creencias son reglas para la acción” (p 247), lo que supone que son sustento para las cogniciones, conductas y emociones. Las creencias pueden ser observadas por su incidencia verbal, en tal conducta (el decir “creo”) se pueden pronosticar una acción que antes de ser efectuada es explicada, de ahí podemos anotar el grado, la fuerza y la confianza que tiene esa creencia al imprimirse en la acción

6.1.1 Creencias normativas

La normatividad social da pie a la construcción de creencias que construyen el molde del comportamiento ideal del individuo en una sociedad, cada sujeto es receptor de mensajes explícitos en donde se estipulan las conductas deseadas, estos mensajes no son estáticos, su construcción y dinamismo proviene de estructuras a nivel del microsistema y del macrosistema.

Para la psicología preventiva bajo la teoría de la acción razonada (Ajzen y Fishbein, 1980 citado en Álvarez, 2010), el estudio de las creencias normativas que se desprenden del grupo donde interactúa el sujeto podrían facilitar la predicción del tipo de conductas: tanto las conductas de riesgo como las de protección, que adoptará el sujeto con relación a su salud.

6.1.2 Creencias de control

Como lo menciona Oros (2005), para las personas es gratificante tener el control en situaciones especialmente importantes, por el contrario, cuando una persona percibe tener nulo control sobre las situaciones relevantes y estas historias entre cognición-conducta y consecuencia se van almacenando en su experiencia, surge una concepción de baja autoeficacia o emociones que muestran baja voluntad, pues consideran que ninguno de sus esfuerzos es útil para obtener una consecuencia positiva. Las creencias de control son nociones cognitivas, que constituyen la base del comportamiento, en donde el sujeto cree tener el control de una situación o circunstancia por medio de su conducta; la creencia de control es una combinación entre la autoeficacia percibida y la expectativa de resultado, son un recurso de afrontamiento de los individuos en donde se pone de relieve su actitud, su afectividad y comportamiento ante situaciones desafiantes.

En un inicio (Oros 2005) se pensaba que únicamente el locus de control interno era benéfico para la salud emocional de las personas, pues las personas que consideren causalidad entre sus actos y consecuencias podrían construir mejores planes cognitivo conductuales en su búsqueda de un objetivo, al reverso de estos iniciales planteamientos, las personas con locus de control externo se mostrarían con desventajas motivacionales para la obtención de una recompensa, pues al considerar sus esfuerzos conductuales ajenos a los resultados, su participación sería inconsistente o nula.

Las actualizaciones de este concepto han señalado que existen otras características para considerar que el locus de control interno también puede construir atribuciones de fracaso, pues estos dependen de la temporalidad y la repetición de las consecuencias negativas (desamparo aprendido), de la autoacusación de la conducta en donde el sujeto logra identificar las responsabilidades de sus actos y evite repetirlos y de la autoacusación de disposición en donde el factor emocional responsabilice la actuación del sujeto tomando en cuenta factores intrínsecos y desmotivacionales que se establecen en la autopercepción del sujeto, como por ejemplo : el sujeto se considera históricamente: tonto, incapaz, poco confiable y con esas atribuciones explica los hechos de su vida.

6.1.3 Concepto de riesgo

En los estudios de salud pública del siglo XX, el concepto de riesgo se fue divulgando con creciente interés, si bien, para desarrollar iniciativas de acción sanitaria les fue clave identificar cuáles son los factores ambientales que propician la consecución de conductas de riesgo. El estudio del concepto de riesgo en los sujetos mostró aspectos cognitivos de gran importancia que en conjunto con las anteriores variables potencializaban la epidemiología de una enfermedad. La OMS, en un comunicado del 2012, señala que el concepto de riesgo para la salud se entiende como la probabilidad estadística de que se presente un acontecimiento con un impacto negativo, o como la suma de factores que potencializaran la probabilidad de que esto ocurra. Para Suárez, Beltrán y Sánchez (2006) el concepto de riesgo es una categoría de doble uso: un instrumento de control social, y un dispositivo metodológico desde la salud pública, ya que “se sitúa en la escena pública como factor de ser evaluado, administrado y asociado a la toma de decisiones para reducir su efecto”

Para la psicología de la salud, el concepto de riesgo muestra una correspondencia multifactorial, el estudio cultural de las sociedades permite analizar la red de la causalidad compartida y las conductas de riesgo de cada individuo, Susser (2001, citado en Suárez et al 2006). La integración de estos factores permite que la epidemiología se sustente en un modelo multicausal, que utiliza las correlaciones estadísticas para inducir o deducir los factores de riesgo que posibilitan la aparición de una enfermedad. (Aschengrau y Seage, 2003; Peretti-Watel, 2004, citado en Suárez, Beltrán y Sánchez, 2006)

“La categoría riesgo está en función de dos niveles: el micro, individual, y el macro, grupal/ social. Se fundamenta a través de la estadística, ya que pretende predecir tendencias comportamentales de la vida individual y social para determinar dentro de la cotidianidad la idea de peligro y, de esta manera, poder desarrollar medidas de intervención para controlarla” Suárez, Beltrán y Sánchez (2006).

Como menciona García (2012), el concepto de riesgo se puede entender desde dos dimensiones, la real y la subjetiva, y bajo la vertiente individual o colectiva. Es decir, todo

riesgo cuando es real es más sencillo de predecir, puesto que tiene características universales que afectan a todas las personas, por ejemplo, existe riesgo real individual en una persona con obesidad, que no realice ninguna actividad física y que por herencia genética es susceptible a padecer DM2. En el plano colectivo, las mujeres que viven en el estado de México tienen el riesgo real de ser víctimas de un crimen de feminicidio. Para poder afirmar que existe riesgo real individual o colectivo hay bases de estudios con evidencias empíricas que confirman la predictibilidad de que ocurra cierto hecho.

A diferencia del riesgo real que obedece a leyes con base a estudios sociales y probabilísticos, en el plano de riesgo subjetivo, la persona es la que evalúa su propio riesgo y la que consideraría tener control sobre las variables que producen la situación de riesgo, y lo hace por medio de configuraciones cognitivas: creencias, actitudes, experiencias, sesgos cognitivos, cantidad y calidad de la información.

Por mencionar algunos ejemplos de conductas alimentarias y de actividad física que son de riesgo y que afectan de manera universal son:

Alimentación: comer en exceso, comer demasiado rápido, no seguir una dieta equilibrada, hacer un número inadecuado de comidas, abusar de alimentos con altos índices calóricos.

Actividad y descanso: no hacer ningún tipo de ejercicio físico, dormir pocas horas, pasar más de dos horas seguidas sentado.

6.1.4 Percepción de riesgo

De este modo el concepto de percepción de riesgo es entendido desde la variante subjetiva que fabrica cada sujeto quien la construye con relación a sus creencias y actitudes. Pastor (2000, citado en García, 2012) menciona que la percepción de riesgo es un proceso cognitivo que varía según la información que posee cada persona, más la influencia del contexto en

donde se evalué y las opiniones de otras personas. Estos son los principales factores que configuran la percepción de riesgo en un individuo:

- Experiencias
- Cantidad y calidad de la información
- Creencias y actitudes
- Estereotipos
- Motivación

Según García (2012) la percepción de riesgo es:

- Es un proceso cognitivo individual
- Se desarrolla en el plano subjetivo
- En su configuración intervienen otros procesos básicos: creencias, actitudes, motivación, etc.
- Una vez procesado, se convierte en una evidencia para el sujeto

Por lo que es importante saber cuáles son las fuentes de información con la que el sujeto construye una opinión “desde el comienzo del proceso de elaboración que hace el sujeto para llegar a una toma de decisiones final, se mueve entre argumentos subjetivos y factores que pueden estar distorsionando la realidad de su posición ante el problema”. (García, 2012, p. 29). Si desde ese punto hay un sesgo cognitivo, es complicado que el sujeto evalúe con claridad y franqueza sus conductas que lo ponen en riesgo, y aún más si éstas le producen algún tipo de satisfacción, aunado a la suma de otros sesgos cognitivos como son las creencias de control y la ilusión de la invulnerabilidad.

Ogden (1995, citado por Pérez, 2004) menciona que la que percepción de riesgo es un constructo que se ha ido transformado según los modelos científicos sobre la salud y la enfermedad. Si antaño la percepción de riesgo era una concepción externa producto de la relación individuo-ambiente, ahora la percepción de riesgo se dirige a la capacidad, eficacia y la manera en que se compromete el individuo en auto-controlar aquellas conductas que lo

exponen a estados de salud desfavorables, la principal problemática del paciente es dirigir sus actos.

6.1.5 Afrontamiento ante situaciones de riesgo

Existirían dos maneras de afrontar una situación de riesgo, el afrontamiento dirigido al problema y el afrontamiento dirigido a la emoción. En el primero existe un reconocimiento fidedigno de la situación, la persona buscará estrategias y considerará cualquier tipo de esfuerzo conductual para la solución del evento aversivo; el impulso de las conductas dirigidas al problema, se obtendría tras el reconocimiento de la magnitud del conflicto con todo el grado de objetividad, aquí es donde la persona se pregunta ante qué tipo de problema se halla, la raíz, las consecuencias próximas y sucesivas, la persona recurrirá de manera efectiva a la búsqueda de sus herramientas conductuales y cognitivas para hacer frente con la responsabilidad solicitada. En el afrontamiento dirigido al problema el sujeto admite la falta de control de la situación y recurre a ayuda para solucionarlo, el involucramiento como factor activo del sujeto, dependerá de nivel de estrés que el evento desencadene en la persona, el sólo hecho de percibir una situación como estresante es el comienzo de afrontar la situación de riesgo (Reynoso y Seligson, 2005).

Si se percibe el riesgo con superficialidad e ingenuidad, el afrontamiento se centrará en contrarrestar la problemática desde supuestos emocionales. El afrontamiento dirigido a la emoción como lo señala Reynoso y Seligson (2005) consiste en implementar procesos de pensamiento sesgados, como son la evitación, minimización, atención selectiva, comparación positiva, preponderancia de los supuestos efectos positivos del evento (esperanza) en comparación de los efectos negativos demostrados, (realidad).

Si percibe algún riesgo, la persona rastreará la combinación de situaciones que provocan el evento aversivo, de encontrarlos, se preguntará si puede suspender la producción de estos

acontecimientos, o evitar la acumulación de sucesos indeseables, de este modo se infiere que el proceso de afrontamiento es transaccional, pues el sistema de creencias, afrontamientos cognitivos y conductuales dependerán del avance del evento que genera el riesgo. Para Mahoney (1983) cualquier modo de intervención del psicólogo de la salud que adolezca de la complementariedad de estrategias cognitivas y conductuales difícilmente sería efectivo, es decir, un sistema de creencias que dificulte el cambio conductual, podría ser segmentado con el fin de buscar las causas de su rigidez, la consistencia interna y la lógica particular con que opera, esto mostraría la radiografía del sistema de creencias que da sostén a las actitudes que encaminan a que el individuo presente conductas de riesgo, para lo cual, es trascendental que ocurran experiencias desconfirmatorias que desestabilicen las creencias arraigadas que entorpecen la modificación de conductas de riesgo por conductas saludables.

Una enfermedad como la DM2 exige: un cambio de actitud, que el paciente adquiera una alta disciplina alimenticia y se adhiera a métodos eficientes para el cuidado de la salud, que le prevengan de complicaciones a corto, mediano y largo plazo, por lo tanto, es indispensable que el paciente acepte su responsabilidad en relación a sus conductas de riesgo, lo que ocasiona un estado de ansiedad, culpa y preocupaciones acerca de las consecuencias que acarrea la enfermedad, mermando la calidad de vida (Martín, Querrol, Larson, Renovell y Leal, 2007).

Es predecible que todo paciente que es diagnosticado con DM2, no cuente con las cogniciones adecuadas que le permitan ejecutar una serie de conductas preventivas en el cuidado de su alimentación y la habituación al ejercicio físico; la mayoría de los pacientes ha tenido poca información sobre cómo se produce la enfermedad y cómo controlarla, por lo tanto, a partir de ser diagnosticado como paciente diabético, el sujeto debe hacer cambios apropiados en su estilo de vida, mismos que le generarán incomodidad puesto que no está acostumbrado a vivir de manera sana. Como lo explican Martin et al. (2007), el paciente ante esta situación presenta emociones que lo llevan a un estado de crisis, en el que tiene que decidirse a establecer cambios que le ayuden a prevenir mayores complicaciones a futuro, o bien, deslindarse y bloquear sus pensamientos sobre los riesgos que conlleva padecer DM2.

Al verse superados por los problemas que acarrea la enfermedad, generalmente estos pacientes se mantienen en un estado de incertidumbre y no toman una decisión inmediata hasta no verse ligados a una situación más delicada que amerita una urgente intervención del sector salud.

Es de suma importancia que el paciente logre establecer medidas de acción específicas que le permitan adherirse al tratamiento para el control de la DM2. En México, cifras revelan que un 46% de los pacientes con diagnóstico de DM2, siguen presentando conductas de riesgo (Durán, Rivera y Franco, 2001). En general las medidas preventivas en los países latinoamericanos tienen pocos índices de eficacia. Como lo señalan Martín y Grau (2004), los aspectos psicológicos y conductuales de cada paciente juegan un papel preponderante para detener el avance y daño de la enfermedad; lo que el paciente piensa, siente y hace, son variables indispensables para trabajar a fondo en lo que concierne a la prevención de la DM2.

Como lo explican Luce et al. (1999, Citado en Regueiro, 2003), en el afrontamiento dirigido a reducir la intensidad de la emoción consecuente de un estímulo que exige un cambio conductual, se observa que los individuos en mayor porcentaje toman decisiones desviadas, como la elección de alternativas que aplazan la toma de decisión, o el empleo de métodos obsoletos que no compensan las exigencias de la situación.

6.2 Sesgos cognitivos al evaluar las conductas de riesgo

6.2.1 Locus de control

Es la variable cognitiva que muestra cuales son las expectativas de una persona antes de realizar una tarea, y si considera que el éxito o fracaso que se desprenden de la ejecución de sus actos dependen de las variables externas o internas, el locus de control predice la autoeficacia que considera tener la persona para eventos de diferente índole; esta variable cognitiva podría arrojar conductas relacionadas al esfuerzo y a la persistencia donde la persona se involucren en la obtención de alguna meta (Schunk, 2012).

6.2.2 Análisis ingenuo de la acción

Heider (1958, citado en Schunk, 2012) explica con su teoría de la atribución, que la mayoría de las personas desconoce cuáles son los determinantes objetivos de su conducta, y que por lo general atribuyen las consecuencias de los eventos a causas internas que carecen de identificación y causas externas apoyadas en teorías azarosas.

En dicha teoría se explica que para que se produzcan cambios de actitud con nuevos resultados se necesita de la combinación de la fuerza afectiva personal y la fuerza afectiva ambiental, desde el conjunto de variables cognitivas que se desprenden de las necesidades, deseos, emociones, habilidades, intenciones y esfuerzo. Heider (1958, citado en Schunk, 2012) explica que la fuerza afectiva personal es un conjunto de Capacidades de acción (Poder) e intenciones y esfuerzo (Motivación): factor puedo + factor lo intento = resultados.

Es importante para dicha teoría estimular el auto convencimiento en el individuo para lograr una meta, entrenar sus habilidades conductuales y mantener un nivel de motivación constante. (Shunk, 2012).

6.2.3 Optimismo irreal

Es ambigua la manera en que las personas adquieren información acerca los riesgos de salud y como generan una apropiación de dicho concepto. Por lo general los individuos crean sesgos cognitivos producto de juicios erróneos, consideran que tienen una cualidad que los distingue y que los exime de padecer alguna enfermedad en comparación con sus iguales, este pensamiento enfocado en el yo idealiza la condición de salud contrarrestando su vulnerabilidad.

Como lo menciona Slovic (1987, citado en Pérez, 2004), en los pacientes con optimismo irreal se presentan principalmente estas características:

- Pretenden bloquear la angustia que se genera tras considerar la probabilidad de padecer una enfermedad.

- Subestiman o sobrestiman los juicios alrededor de la percepción de riesgo con base a sesgos cognitivos.
- A pesar de que la realidad de la enfermedad exige un compromiso serio, el paciente cree tener el control total de la situación y genera cogniciones de una exagerada confianza.

6.2.4 Comparación social

Es un proceso cognitivo por el cual las personas se comparan con otros (Festinger, 1954, en Schunk, 2012), explica en dicha teoría que cuando una persona no cuenta con una evaluación objetiva de sus conductas tiende a medir sus capacidades en medida de la comparación con otras personas.

La evaluación comparativa puede estimular la motivación del observador si al modelo le atribuye características similares, en contraparte, con las condiciones de similitud de características entre observador y modelo, si éste último tiene una tendencia a mostrar conductas que muestren fracaso, se podría reducir la autoeficacia del observador.

6.2.5 Sesgo optimista

Un ejemplo de cómo un sesgo cognitivo afecta a la percepción de la probabilidad de riesgo es el sesgo optimista; en éste el individuo tiene un juicio en el que se valora menos vulnerable a enfrentarse a una situación desfavorable en comparación con otras personas, esta percepción optimista de invulnerabilidad le facilita auto-protegerse de los riesgos existentes (Weinsten, 1980). También podría existir la variante de que el sujeto pudiera juzgar los hechos de manera optimista bajo un marco realista o no realista (Martínez, 1988)

El sesgo optimista es un ejemplo de un modelo de creencias de salud en la que los individuos hacen una singular y curiosa valoración de la probabilidad que tienen de verse afectados por una serie de riesgos. El conjunto de pensamientos y creencias abrevian la

problemática, dentro de un marco positivo irreal en donde es común escuchar discurso “a mí no me va a pasar” pues es más sencillo y ventajoso para las personas juzgarse como invulnerables ante la posibilidad de un padecimiento, el ser realistas les exigiría implementar una serie de esfuerzos conductuales. El sesgo optimista pone de relieve la incapacidad de comprender objetivamente la magnitud del problema, los sujetos con estos sesgos diseñan cogniciones con el propósito de identificarse como seres dotados de protección que los hace ser menos vulnerables en comparación con los demás. Martínez (1988) nos dice que el denominador común que aglutina a todos los fenómenos relacionados con la percepción de invulnerabilidad dentro del optimismo comparativo es la relación con las otras personas. “Valoramos los sucesos positivos con una probabilidad mayor de ocurrencia para uno que para los demás, mientras que los sucesos negativos son valorados con una probabilidad mayor de ocurrencia para los otros que para uno mismo” (p.4).

6.2.6 Ilusión de la invulnerabilidad

Uno de los factores para que las personas no incluyan en su rutina diaria conductas protectoras de su salud, es la incapacidad de percibir con un análisis real las consecuencias que acarrearán sus conductas de riesgo, creencias que pecan de soberbia, puesto que carecen de ser realistas; esta ilusión de invulnerabilidad genera sistemáticamente distorsiones cognitivas en la evaluación e interpretación que los sujetos hacen en torno a su salud, se juzgan como invulnerables colocándose en una plataforma distinta al resto de las demás personas. El conjunto de estas creencias opera en un razonamiento en exceso positivo que les permite fantasear con la posibilidad de verse intocables en su salud a largo plazo a pesar de mantener conductas de riesgo como la mala alimentación, el sedentarismo, la inactividad física.

Para Sánchez y Rubio (1998), la ilusión de la invulnerabilidad es un mecanismo afectivo de adaptación que funciona para evitar experiencias motivacionales negativas o pudiera darse

por la ausencia de información. Van del Pligt (1995, en Sánchez, Rubio, Páez y Blanco 1998) enumera seis de los factores cognitivo conductuales que causan la ilusión de la invulnerabilidad:

- 1) Locus de control sobre los acontecimientos del ambiente.
- 2) Sesgo egocéntrico que se nutre de la información que tienen los sujetos acerca de sus propias acciones.
- 3) Ausencia de experiencia con las situaciones problemáticas.
- 4) Creencias acerca de que el tipo de personas que pudieran tener algún padecimiento cuentan con características ajenas al sujeto.
- 5) Ensalzamiento del actuar propio, en el que se valoran las conductas como ejemplares.
- 6) Estrategias de adaptación para protegerse ante situaciones que generan conflicto.

Los trabajos de Weinstein (1984) así como Bauman y Siegel (1987) señalan que la ilusión de la invulnerabilidad propicia que muchos sujetos se crean excluidos a contraer enfermedades, el sentirse especialmente protegidos les imposibilita efectuar con responsabilidad algunas conductas de prevención. (Sánchez et al., 1998)

6.2.7 Impotencia aprendida

Shunk (2012) explica que la impotencia aprendida es un fenómeno cognitivo en que la persona tiene la creencia de que sus conductas son independientes de los resultados, es decir, tienen la perspectiva de tener bajo o nulo control acerca de situaciones. Dicho trastorno de motivación podría explicar la pasividad conductual de las personas que creen no poder alcanzar con éxito ninguna meta. Para esta teoría es relevante lo que la persona se explica acerca de los resultados de sus experiencias. Las explicaciones se dividen en positivas (motivacionales) y negativas (impotencia).

- Explicaciones de carácter estable o inestable.
- Explicaciones de carácter global o específicos.
- Explicaciones de carácter interna o externa.

Como lo menciona Pereira (2007), existe una problemática motivacional en las personas que han evaluado como fracasos sus intentos de solucionar un problema en una situación específica, la frustración de no obtener los resultados esperados crea un fenómeno llamado “Preferencias Adaptativas” que es un modo de adecuarse a las situaciones que generan frustración y se acompañan de un armado de sesgos cognitivos que le permiten al sujeto contrarrestar sus desilusiones o reveses.

6.3 Factores emocionales

Cada paciente tiene una representación de su enfermedad, en cada etapa de su padecimiento convergen actitudes de rechazo y aceptación, es decir, durante la etapa de prevención en donde el usuario aun no es diagnosticado, se puede apreciar que ciertos niveles de ansiedad pueden acelerar la aparición de la enfermedad, como el caso de la DM2 y su relación con la ingesta excesiva de alimentos acusa de emociones excesivas, y por otra parte, en la etapa de prevención secundaria en donde la enfermedad DM2 pudiera causar depresión acentuando la falta de energía, lo que influenciara en el paciente su falta de adherencia al tratamiento. Los estados emocionales como la depresión y estrés son un indicador de la forma en que el paciente simboliza su estado actual, para el trabajo del psicólogo de la salud es importante minimizar en medida de lo posible estos factores emocionales negativos para que el paciente pueda adherirse a un tratamiento integral y prevenir el aceleramiento de su enfermedad.

Las emociones básicas construyen patrones de tipos de conducta expresiva relacionadas a patrones específicos de activación fisiológica, a experiencias cognitivo-subjetivas o sentimientos propios de la persona (Piqueras, Martínez, Ramos Rivero y García-López (2006, citado en Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas 2006).

Como lo explican Piqueras et al. (2006), Las emociones de función adaptativa tienen la finalidad de acondicionar al organismo para que pueda ejecutar eficazmente la conducta que le exige el entorno, las emociones de carácter social, funcionan como un medio de comunicación entre los integrantes de la sociedad, y por último las emociones se sostienen con un carácter motivacional que les otorga dirección e intensidad ante el tipo de actividad que sea significativa para el sujeto.

6.3.1 Motivación

La motivación enmarca el conjunto de pensamientos que impulsan la conducta en busca de una meta. La teoría de la pulsión parte de la necesidad fisiológica del individuo, la lucha para satisfacer las necesidades elementales, la cual será el eje de toda conducta a favor de mantenerse con vida como primer escalón, al encontrarse con los medios que le permitan la prolongación de su existencia, el sujeto podrá dirigir sus conductuales en busca de un objetivo de largo alcance. La teoría del condicionamiento explica que la motivación es un efecto de la presentación de los estímulos del ambiente para generar una respuesta, sin contemplar los elementos cognoscitivos que componen la motivación. (Schunk, 2012).

Desde la perspectiva de la teoría homeostática, la motivación se produce tras la consolidación de conductas y cogniciones que buscan el mismo cometido. La teoría del equilibrio propuesta por Heider (1946) establece que las personas tienden a construir cogniciones que equilibran positiva o negativamente sus deliberaciones con relación a otras personas, eventos y situaciones. Por su parte, la teoría de la disonancia cognitiva (Festinger, 1957) establece que los individuos tienden a establecer pensamientos congruentes con sus opiniones, creencias, actitudes y conductas. De ese modo encuentran un estado homeostático saludable. Cuando existen opiniones o creencias discrepantes acerca de algún fenómeno se presentará una tensión cognitiva que aumentará según la magnitud de las discrepancias que tenga cada argumento interno. Para reducir la tensión cognitiva ocasionada por las disonancias, el individuo tendrá la motivación de empatar dichas polaridades, o modificar alguna cognición para mantener el equilibrio cognitivo.

6.3.2 Motivación para el logro.

En el modelo contemporáneo de motivación para el logro, Wigfiel y Eccles (1992, citado en Schunk, 2012) hacen hincapié en la importancia de los aspectos cognitivos con los que cuenta la persona en la búsqueda de una meta; este modelo toma en cuenta la percepción del sujeto alrededor de la expectativa de éxito, más las creencias del valor percibido de participar en la tarea, del contexto se analizan las conductas de otros sujetos con mayor poder de influencia para la persona y su experiencia directa en la ejecución de las conductas que le fueron modeladas; estas dinámicas muestran la interpretación que desarrolla el sujeto en relación a los eventos anteriores, es decir, el efecto de la atribución de sus logros o fracasos en la búsqueda de una meta.

Las cogniciones para el modelo de motivación para el logro ayudan a relacionar las variables intrínsecas de las personas para realizar la tarea, y los problemas conductuales que podrían aparecer, es decir, las cogniciones muestran información acerca de si la persona cree tener la capacidad suficiente para superar los retos de la tarea.

- Valor de la consecución, que metas se propone obtener
- Valor intrínseco, se refiere al placer inmediato que se conseguirá
- Valor de la utilidad, se refiere a la importancia de conseguir ciertas metas
- Creencia del costo, se refiere a los aspectos negativos que se cree que existirán
- Expectativas, se refiere al calculo que hace la persona de tener éxito en la tarea

Este modelo expone las posibles combinaciones cognitivas entre la esperanza de éxito y el temor al fracaso.

Una de las principales dificultades que tiene el sector salud para controlar y prevenir la DM2, es el déficit motivacional que evita que los pacientes se adhieran al tratamiento que exige el padecimiento, sin motivación es complicado cambiar estilos de vida como el sedentarismo, una inadecuada alimentación, adicciones como el tabaquismo y alcoholismo e

incentivar que la persona realice una actividad física constante, el gran porcentaje de los pacientes postergan dichas medidas y cambios en su cotidianidad hasta que los síntomas de la DM2 son notorios, de urgencia e irreversibles. Por otra parte, hay un acceso limitado a la atención sanitaria para la población en general (Riveros, Ceballos, Laguna y Sánchez, 2005, citados en Guevara y Galán, 2010).

Aunado a la falta de motivación para cambiar las conductas de riesgo por conductas preventivas, en la etiología de la DM2 se encuentran factores psicológicos como la personalidad, hostilidad e ira, ansiedad, depresión y estrés que al combinarse con los hábitos inadecuados antes señalados potencializan la aparición de la enfermedad (Guevara y Galán, 2010).

6.3.3 Estrés

El estrés es un modo adaptativo en que las personas responden ante un evento que cognitivamente es identificado como hostil y que tentativamente les pone en riesgo físico y emocional. Por lo que, al sentirse presionados, el sujeto deberá responder o huir de la situación que estresante. En un artículo de la Asociación Americana de Diabetes del 2013 se señala que en los estados de estrés el organismo necesita una descarga de glucosa y grasa para enviarla a las células para que éstas reaccionen en el menor tiempo posible.

Como se señala en el mismo artículo, una persona con estrés y con un perfil prediabético, puede tener problemas para adherirse correctamente en un programa preventivo, ya que es probable que adopte conductas que le permitan reducir sus altos niveles de estrés, mismas que son de riesgo en relación con la DM2, como lo menciona Villareal (2003) una persona que vive en constante estrés presenta mayores episodios de conductas alimentarias inadecuadas. Es decir, es un intento de adaptación para hacer frente a la situación de estrés en su presente inmediato y que adolece de un plan a largo plazo de salud física y emocional.

6.3.4 Depresión

La depresión y la diabetes ocupan gran parte de la investigación científica actual, ya que son dos padecimientos comunes en nuestra sociedad. En el caso de la depresión la OMS prevé que para el 2020 ocupe el primer lugar de discapacidad en las personas a nivel mundial. Diversos factores como: el deterioro del tejido social, las crisis económicas, enfermedades crónicas y un sistema social cada vez más individualista genera este tipo de síntomas (Ruiz, Corlay y Vázquez, 1996).

Se ha encontrado una relación entre los síntomas depresivos y el desarrollo de la DM2. En décadas recientes, el servicio psiquiátrico del Centro Médico Nacional “Siglo XXI” reportó que entre 30 a 47% de los pacientes que acuden a consulta interna, padecen DM2. (Ruiz et al., 1996).

Desde el punto de vista psiquiátrico, Ryan et al., (2008) señalan que existe una conexión entre la depresión y la DM2, en donde el paciente presenta alteraciones en el receptor purinérgico y la sustancia blanca. Dicha teoría afirma que la conectividad bioquímica de la DM2 y la depresión evidencian que las neuronas en el estriado ventral son sensibles a los niveles de insulina, por lo que la resistencia a la insulina facilita que los neurotransmisores de la regulación emocional ubicados en el estriado ventral y la corteza cingulada medial tengan un desempeño defectuoso.

Como antecedente Lustman (1992 citado Ruiz et al., 1996) señaló que ambas enfermedades comparten un origen genético, los estudios en el ámbito neurológico señalan que existe una expresión de moléculas en el crecimiento neuronal influenciado por el incremento de la resistencia de la insulina, dicha manifestación molecular afecta de forma directa la disminución de la neurogénesis, la sinaptogénesis y el desarrollo dendrítico a nivel cerebral.

La depresión y la DM2 No sólo comparten un origen genético, también la DM2 provoca alteraciones emocionales en el paciente, quien tendrá que modificar drásticamente su estilo de vida en ámbitos privados y públicos, estos cambios propician estados de incertidumbre

afectando su autoestima, auto concepto y su motivación que incidirá en el conjunto de acciones u omisiones de éxito o fracaso para adherirse a un sistema óptimo y personalizado de salud.

Como lo señalan Martín, Querrol, Larson, Renovell y Leal (2007), existe un impacto emocional en los pacientes que han sido diagnosticados con DM2, ya que sus sistemas sociales y psicológicos se modifican al saberse enfermos, las redes de apoyo primarias juegan un papel preponderante para la contención emocional del paciente.

En el ámbito familiar cuando se diagnostica DM2 en un niño o adolescente, invariablemente se producen emociones desalentadoras en los padres; regularmente las dudas que produce el desconocimiento de la enfermedad crean un entorno de ansiedad y miedo, un entorno hostil en busca del culpable o responsable de que se presente esta enfermedad, emociones que dependen de la experiencia que tenga la familia en relación con la DM2 (Baléndez, 1999).

Como lo señala Flores, Estupiñan y Noriega (2013), los sujetos con depresión se caracterizan por mantener un estado de ánimo disminuido, sumado a una serie de síntomas conductuales, cognoscitivos y neurovegetativos que obstaculizan su funcionamiento en actividades sencillas, como adolecer de disciplina en sus labores cotidianas, o descuidar su higiene. En cuestiones de salud, el paciente con depresión tiene bajas expectativas sobre sus propias capacidades y sobre la posibilidad de alcanzar sus metas; es altamente probable que estos pacientes interpreten su enfermedad como un mal que difícilmente pueden revertir y que si bien, pueden ser conscientes de los efectos y complicaciones de la DM2, no logren adherirse a un plan de autocuidado. Cuando la depresión es crónica, el paciente puede bloquear todo plan de acción por creerlo nulo o insuficiente, adoptaría cogniciones que justificarían sus comportamientos de riesgo tendiendo a creer en la imposibilidad de enfermarse.

6.3.5 Comer emocional

Como hemos señalado, la obesidad es un factor de riesgo para contraer enfermedades como la hipertensión arterial, aterosclerosis y DM2, Ocampo y Caballero (2013) han estudiado el fenómeno del “atracción” en personas con obesidad. Este fenómeno se caracteriza por la ingesta de nutrimentos que sobrepasan lo necesario, alimentos altamente degustables como dulces o con alto contenido graso, que se consumen en un lapso de tiempo corto y en el que la persona pierde el control de la situación. Es importante señalar que existe un fenómeno de atracción subjetivo, en que las personas creen que comen de más, y está relacionado con el trastorno de la anorexia, mientras que el atracción objetivo es de importancia para atender una conducta de riesgo relacionada con la obesidad.

Como lo señalan Ocampo y Caballero (2013), la obesidad convive con trastornos afectivos, como la depresión, adicciones, trastornos de ansiedad, y bajo control en conductas alimentarias, los autores señalan que existen factores como el atravesar por estados de malestar emocional, que anteceden a los episodios de atracción y que en su mayoría presentan sus pacientes, estas conductas alimentarias funcionan como una forma de hallar un alivio emocional, pues producen estados disociativos con la realidad. “Al considerar al atracción objetivo como un fenómeno conductual que forma parte integral de patologías alimentarias específicas, se pasa frecuentemente por alto el papel del mismo como modulador emocional” (p 40).

Una variable que se repite en los pacientes que presentan esta singular forma de comer, es la relación de la conducta con episodios de disforia: depresión, ansiedad, malestar emocional. Durante el lapso de la ingesta, la persona tiene la sensación de encontrar una mejora emocional (Ocampo y Caballero, 2013).

7 LA DISONANCIA COGNITIVA EN LA PREDICCIÓN DE LA CONDUCTA DE SALUD Y DE RIESGO ANTE LA DM2 (REVISIÓN ESPECÍFICA)

7.1 La disonancia cognitiva

Se dice que una persona es congruente cuando lo que sabe, cree y hace se mueve bajo un mismo e irrevocable razonamiento, dicho de otra manera, hay una constante en su pensamiento y conducta, ya que sus opiniones, creencias, juicios y actos se mantienen en una misma línea. De considerar al hombre como un ser racional que prioriza proteger su salud ante cada una de sus elecciones conductuales, sería lógico presumir la existencia inherente de un equilibrio psicológico que dirige sus conductas en busca de obtener los mayores beneficios. El tema de la prevención de la salud y su vínculo con la disonancia cognitiva ponen de relieve que existen contradicciones en la lógica del pensamiento humano, es decir, solemos racionalizar nuestras creencias y conductas como forma de validar y aprobar nuestro proceder ante nuestras propias discrepancias.

Para Festinger (1975, citado en Ovejero, 1993) es común que ante cada elección existan cogniciones que se antepongan, por ejemplo, podemos pensar que vivir en una zona cercana al mar podría traer beneficios para nuestra salud, sin embargo, al tomar esa elección tendríamos que considerar los costos; la lejanía con la familia, más la exclusión de las ventajas a las que estamos acostumbrados al vivir en la ciudad. Por lo tanto, como explica Festinger, no hay elecciones completamente perfectas, debido a la incertidumbre que acompaña a cada elección dada su situación, no podemos catalogar una decisión polarizando sus efectos como totalmente buenos o malos.

Para Festinger (1975, citado en Ovejero 1993) una cognición es aquello que una persona sabe, o cree saber acerca de un objeto, evento o de sí mismo, por lo que propone que las

cogniciones se podrían dividir en grupos de cogniciones como creencias, conocimientos y opiniones. La disonancia cognitiva se produce cuando un grupo de estas cogniciones se contradice y hay una conducta que acentúa la disonancia, por ejemplo, una persona cree que las personas que beben alcohol son sujetos violentos y peligrosos, también sabe que el consumo de alcohol es nocivo para su salud, sin embargo, acostumbra a tomar alcohol cada fin de semana, lo que le ocasiona un desequilibrio psicológico. Para esta teoría no es sorprendente que existan tales inconsistencias, sino la capacidad de ajuste cognitivo que implementa el individuo para minimizar la incomodidad psicológica que le produce percatarse de que está en un error. Siguiendo con el ejemplo del individuo que tiene problemas con su forma de beber y las creencias que tiene acerca del alcoholismo, una de las soluciones sería **cambiar la conducta** dañina de tomar alcohol, modificación conductual que se adaptaría a sus cogniciones, en caso de que fracasasen sus intentos al dejar de beber, la solución sería **modificar la importancia atribuida a unas de las cogniciones** para disminuir las cogniciones que se anteponen a la conducta; “si el alcohol vuelve violentas a las personas yo tomaré solo con amigos, o, tomar alcohol no me hace daño como a otras personas”. Es común que las personas prefieren cambiar las cogniciones y no sus conductas.

Para Kierkegaard (1813-1855) la elección constituye una de las nociones pilares de la existencia humana, en su filosofía subraya que cada elección puede ser desprovista de lógica, pero no del proceso psicológico. Lo que cada persona hace tiene como trasfondo lo que cada uno quiere, y desea, y no lo que la razón pudiera hacer comprender. No obstante, explica Kierkegaard, cada elección implica un riesgo en la incertidumbre, “existir es elegirse” siendo producto de ésta, cada elección construye la esencia de la persona arrastrando los riesgos e incertidumbre.

Para D. Hume (1994, citado en Di Castro 2009) la razón no es suficiente para motivar la conducta, sino que es la emoción la que identifica si un evento le produciría dolor o placer al agente, esta aversión o inclinación impulsará la conducta a la par que la razón definirá como debería ser dicha conducta.

El agente es capaz de racionalizar su conducta por medio del conocimiento acerca de lo provechoso o riesgoso de su proceder. Ejemplo:

- a) La persona tiene información de que el agua hirviendo es peligrosa y le podrá ocasionar quemaduras si tiene contacto con ella, su experiencia le ha mostrado que al tener contacto con el líquido cuando está a una alta temperatura le generará un dolor corporal difícil de soportar, por lo que sus actos se encaminarán a evitar este riesgo siguiendo la lógica operante.
- b) Alrededor del mundo existen muchas personas que son adictas a la nicotina, químico que genera cáncer en los pulmones y que se encuentra en los cigarrillos. A pesar de la intoxicación que produce, la diferencia con el agua hirviendo es la **invisibilidad del daño**, sumado a que los adictos encuentran placer corporal, o perciben que se cura cierta dolencia al fumar. Hoy en día se cuenta con información clara y veraz del daño que produce el grupo de sustancias del tabaco en el aparato respiratorio, sin embargo, el fumador genera creencias según su experiencia con este producto, (punto central para dejar o seguir fumando), estas experiencias se traducen en hábitos, que son comportamientos repetidos que se sostienen en cogniciones que evalúan la percepción de riesgo y vulnerabilidad personal de contraer la enfermedad.

- a) fumar es dañino, mi cuerpo lo reciente, no puedo evitar dejarlo
- b) fumar es malo, mi cuerpo aun no lo reciente, pero en cierto tiempo habrá consecuencias de seguir fumando, seguiré fumando
- c) fumar es malo, tengo la creencia de que nada me pasará, no es necesario dejarlo
- d) fumar es malo, tengo la certeza de que otra cosa peor me pasará si dejo de fumar, por ende, no dejo de fumar
- e) fumar es malo, los cambios para dejarlo me son más dolorosos que contraer alguna enfermedad en mi sistema respiratorio, no dejaré de fumar ya que enfermo de otras cosas

f) fumar puede ser bueno y malo, tengo creencias positivas y negativas acerca de fumar, mi voluntad no suele ser consistente, dejo y vuelvo a fumar invariablemente

g) fumar me hace ser atractivo sexualmente

h) fumar me alivia del estrés, no puedo soportar la ansiedad que me produce el estrés.

Los enunciados anteriores son un ejemplo de las tantas posibilidades de interacción de los pensamientos que anteceden a las conductas, se dice que en cada sistema de pensamientos interactúan pensamientos consonantes o disonantes (incongruentes). Festinger, (1957, citado en Ovejero, 1993), explica que las cogniciones disonantes producen un estado aversivo en la psique del individuo, sensación que el individuo intentará reducir cambiando las incongruencias de su pensamiento por otras cogniciones que se ajusten a una estabilidad entre los factores cognitivos, afectivos y comportamentales. Como explica Festinger, es difícil cambiar una cognición, particularmente las que se resisten al cambio conductual.

La teoría de la disonancia cognitiva nos da una aproximación del estado de tensión psicológica que se produce cuando el sujeto presenta dos cogniciones que se anteponen una con otra, estas incompatibilidades en su sistema de creencias, actitudes o ideas pudiera ocurrir desde el momento en que tiene que elegir ante diferentes posibilidades, independientemente de las consecuencias de cada decisión.

Tischler (1983) considera que el manejo y disminución de la disonancia cognitiva está en función de la autoestima, pues el bagaje de conocimientos (creencias y opiniones) da crédito al concepto que tiene el sujeto de sí mismo. La rigidez o flexibilidad actitudinal que presenta el individuo ante los efectos de la disonancia cognitiva, dependerán de su nivel de rigidez, que es a su vez un marcador para predecir la probabilidad de un cambio conductual. Como lo menciona Inchaustegui (1992), la finalidad que persigue el individuo al reducir la disonancia cognitiva es defender al “Yo”,

De tal forma que las personas con menor resistencia al cambio muestran, en presencia de la disonancia cognitiva, mayor conflicto en su equilibrio psicológico, estas personas harán mayores esfuerzos para reducirla intentado cambiar sus conductas. Inchaustegui (1992).

Como lo menciona Festinger (1957, citado en Suing, 2015), e Inchaustegui (1992), existen tres tipos de relaciones entre cogniciones:

- **Cogniciones independientes:** de carácter irrelevante, ejemplo: me gusta tener un control sobre mi alimentación, pienso que el deporte más emocionante es el béisbol.
- **Cogniciones dependientes:** aquellas que se apoyan entre sí, ejemplo: me gusta leer, tengo la creencia de que leer me hace ser mejor persona.
- **Cogniciones disonantes:** aquellas que crean un conflicto psicológico y que van acompañadas por respuestas conductuales que acentúan la disonancia, ejemplo: es dañino para la salud tener obesidad, me gustaría bajar de peso, durante todo el día comí alimentos altos en azúcares y grasas.

La magnitud de la disonancia dependerá de la importancia de los factores cognitivos (expectativas, percepciones, creencias) y el número de elementos afectivos y comportamentales que contradigan la estabilidad cognitiva. Cuanto mayor sea la disconformidad producida por la disonancia, el individuo tratará de:

- a) Disminuir sus conflictos cognitivos cambiando uno de los elementos, de forma que sean coherentes (autoengaño),
- b) Disminuir la importancia que atribuye a los elementos cognitivos y las consecuencias.
- c) Añadir nuevos elementos cognitivos que den sentido a sus interpretaciones, o buscar reducir estos conflictos recurriendo a actividades que lo distraigan.

La disonancia cognitiva que aparece tras una elección pos decisional podrá justificarse por variables externas, que buscan legitimar la decisión con fundamentos que se apoyan en

percepciones selectivas de algunos elementos que producen el evento. Otra forma de acreditar la disonancia cognitiva es por medio de justificaciones internas, apoyadas en la racionalización, que reduce las discrepancias en la consecución de una mayor consistencia (Tischler, 1983).

Para reducir la disonancia es necesario saber cuál es la resistencia de los elementos cognitivos, como lo menciona Inchaustegui (1992), “la primera y más reacia resistencia al cambio, para cualquier elemento cognitivo, es la correspondencia de tal elemento a la realidad”

Por lo que el mismo se autor se pregunta acerca de cuáles son las disonancias que en ciertas situaciones son más difíciles de cambiar, y el mismo propone:

7. Cuando los cambios involucran una pérdida que es dolorosa.
8. La conducta predominante y que es el núcleo de la disonancia, satisface en otro aspecto.
9. Por no tener el control sobre algunas situaciones.
10. No conocer otras opciones conductuales.

El factor social también es un determinante para que en el sujeto se presenten disonancias cognitivas, como lo explica Festinger (1957 citado en Ovejero 1993), la exposición accidental o forzada a nuevos medios de información, incrementara elementos disonantes en las cogniciones existentes.

“Poseemos un sesgo que algunos han dado en llamar de **exposición selectiva**: buscamos con afán aquella información que nos complace y confirma nuestras creencias, mientras que tendemos a ignorar todo lo que las desaprueba” (Antonio Vélez, 1997).

Inchaustegui (1992) menciona que es común que una persona intente reducir la disonancia cognitiva seleccionando la información del contexto que le confirme sus ideas o buscar un grupo de personas con las que comparte razonamientos de ese tipo especial de disonancia, como un medio de auto confirmarse. En caso de que esta misma persona se encontrara en otro contexto, en donde otras personas difieran de su razonamiento, y que esto le acarree una consecuencia adversa el mantener este tipo de conductas, la persona intentará:

- Cambiar la propia opinión, de modo que corresponda al conocimiento o creencias de las otras personas.
- Influir en las personas que están en desacuerdo, a manera de generar en esas personas cambios de creencias que sean semejantes a las de la persona.
- Buscar incompatibles de comparación a las otras personas, y de tal manera justificar estas diferencias.

En este mismo tenor, del poder del contexto para influir en la resistencia al cambio, Festinger (1957 citado en Inchaustegui, 1992), sostiene que el tipo de creencias que son más difíciles de cambiar, son aquellas que son validadas por un número de personas cercanas a la persona, estas creencias de los otros y que son semejantes a las que la persona cuenta, funcionan como reforzadores sociales de gran afectividad. “una persona se expondrá a fuentes de información cuando espere que estas añadan elementos que incrementen su consonancia, evitara las que incrementen la disonancia”.

La disonancia cognitiva tendría efecto negativo en los pacientes que intenten adherirse a un programa de prevención primaria y secundaria, la propuesta de Rodríguez (2013) es que los psicólogos de la salud implementen la técnica de modificación cognoscitiva de Beck (1983), la cual tiene como objetivo identificar cuáles son los errores cognoscitivos que se desprenden del área emocional que dan estructura a la interpretación de la realidad con la que el sujeto afronta sus problemas, se busca la reevaluación de los pensamientos, Rodríguez (2013) señala que el trabajo se concentrara en enseñar al paciente a:

- Controlar los pensamientos automáticos de carácter negativo.
- Identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta.
- Examinar las evidencias a favor o en contra de sus pensamientos distorsionados.
- Sustituir los pensamientos distorsionados por interpretaciones realistas.
- Aprender a identificar y modificar las falsas creencias (errores cognitivos) que le predisponen a distorsionar sus creencias.

Si bien la disonancia cognitiva es un indicador de que el paciente identifica discordancia en sus cogniciones, emociones y conductas, estos conflictos del pensamiento revelan la fragilidad de su razonamiento y el peso que tienen ciertas emociones para impulsar las conductas, también dan un margen de acción para que el psicólogo de la salud pueda intervenir con métodos cognitivos conductuales en esas resistencias del pensamiento y del comportamiento, otra de las técnicas propuesta por Zurila y Goldfried (1971, citado por Rodríguez, 2013) para el logro de adhesión al tratamiento es la técnica de solución de problemas:

- Orientación general, el paciente debe inhibir la tendencia a actuar impulsivamente ante la situación problemática.
- Definir y formular el problema en términos concretos, con la mayor precisión posible.
- Generar alternativas, con la previa especificación que debe contener la solución del problema.
- Toma de decisiones, se evalúan las distintas soluciones y se elige la más útil.
- Se especifica la táctica para llevar a cabo la solución.
- Verificación, se comprueban los resultados. En caso de que los resultados no sean los esperados, se debe reformular el procedimiento y repetir.

7.2 Importancia del constructo de disonancia cognitiva en el campo de la psicología de la salud

León Festinger (1957), con su teoría de la disonancia cognitiva, explica que si bien los individuos conocen cuales son el conjunto de conductas que les favorecen, este conocimiento no garantiza que sea la única respuesta conductual que presenten, ya que muestran otras tendencias de comportamiento que no necesariamente tienen un sostén racional o que persigan la misma finalidad. La disonancia cognitiva da ejemplo de cómo las personas suelen no ser congruentes con sus actos y pensamientos, o tener un conjunto de pensamientos que se antepone unos con otros, ya sea por carecer de un plan a largo plazo, por satisfacer una necesidad que excluye a otra, o por no contar con herramientas cognitivas conductuales como el autocontrol que les permitan detectar la problemática, anticipar la consecuencia y decidir con mejores argumentos; explica Festinger que para contrarrestar los pensamientos de incomodidad que se producen bajo la disonancia cognitiva, el individuo crea atajos mentales para minimizar el valor de sus equívocos conductuales, con el objetivo de obtener cogniciones mucho más digeribles, que no les provoquen estados de estrés, como es el caso de saberse potencialmente vulnerables a padecer una enfermedad. En tal conjetura, el psicólogo de la salud desde un enfoque cognitivo conductual debe estudiar y replantear en un análisis funcional, cuáles son los componentes metodológicos de esas cogniciones con los que el sujeto guía su accionar, si son creencias que circulan bajo lagunas de información, sesgos cognitivos, atajos mentales, y cuáles son las emociones que acompañan este proceso, sumado a variables del entorno social que en conjunto dificulten la generación de cambios conductuales.

La noción de conflicto cognitivo es uno de los temas de estudio de diferentes corrientes psicológicas, no solo atañe a la toma de decisiones del individuo, sino al conflicto psicológico que se produce tras el deseo de abandonar una situación identificada como desfavorable. Como lo explican Laplanche y Pontalis (1979, citados en Saúl, 2006), las teorías psicoanalíticas fueron las primeras en intentar abordar estos conflictos psicológicos; en sus intervenciones terapéuticas encontraban, en la mayoría de pacientes, una constante lucha

psicológica procedente de fuerzas internas contrarias, conscientes e inconsciente. Freud menciona la existencia de fuerzas biológicas y sociales antagonistas formando un conjunto de malestares psíquicos tales que componen la materia prima de la neurosis (García de la Hoz y Ávila, 2004, citados en Saúl, 2006).

Como lo explica Vélez (1997), cada vez que los humanos identifican que en sus actos existe una deficiencia, es común la tendencia a justificar dicho defecto con razones que convengan a la propia persona de que su manera de proceder es razonable. Como lo enumera Tischler (1983) el núcleo de la teoría de la disonancia cognitiva propuesta por Festinger (1966) se resume en los siguientes puntos:

- Existen relaciones disonantes entre elementos cognoscitivos que desajustan el equilibrio psicológico del individuo.
- La existencia de la disonancia produce presiones para reducirla o limitar la magnitud de las discrepancias.
- Las presiones implementan cambios en la conducta, cambios en las cogniciones y exposición limitada o selectiva a la información que dan forma a nuevas opiniones y creencias.

La Teoría de la disonancia cognitiva de Festinger (1957) y la del equilibrio de Heider (1946), citadas en Saúl (2006), dan cuenta de la inconsistencia entre los procesos cognitivos y el comportamiento humano; la representación social como el ideal de una percepción generalizada, difiere de la percepción y motivación de cada individuo. Al individuo que descubre que sus actos son erróneos, y que sus opiniones, creencias y juicios no logran remediar un estado de tensión emocional, le será importante ajustar su interpretación de los hechos, un autoengaño que le permita justificarse antes sus errores construyendo un mecanismo de auto sabotaje. “De esta forma, la tensión surgida por el desequilibrio, creencias disonantes o incongruentes se interpreta como una fuerza motivacional en el comportamiento humano” (Saúl, 2006).

Considerando que el individuo sustenta sus interpretaciones a partir de sus cogniciones, el modelo cognitivo conductual explica y dirige sus esfuerzos para modificar la conducta por medio de la reconfiguración cognitiva, es decir, si el sujeto aprendió a interpretar lo que hace con una consecuencia positiva a corto plazo, también podría aprender a evaluar sus respuestas con otra interpretación de las consecuencias, en el corto, mediano y largo plazo. Si la base de estudio es la interpretación que hace el sujeto de sus actos, y es esta interpretación la misma que lo puede enfermar con una patología mental, o impedir que se aleje de conductas de riesgo, es importante saber cómo fue que aprendió a interpretar de ese modo y cuáles los sesgos cognitivos que acompañan esa construcción Saúl (2006).

Cada conducta es motivada por un sistema de creencias y pensamientos e interpretaciones con particularidades muy finas que le anteceden, la particularidad significa que cada individuo tiene sus preferencias de elección según sea su experiencia y lo que espera que suceda por medio de su conducta. Las creencias y pensamientos se alimentan de la información con la que se cuenta, además de las variables culturales que entran en compleja interacción con la decisión del individuo ante un evento que le exige respuestas, que le exige ser partícipe.

Uno de los supuestos más relevantes que muestra la teoría de la disonancia cognitiva, es que el individuo tratará de conjuntar sus ideas, opiniones, creencias y conductas de forma que sean consistentes, de tal manera que, si se presenta algún pensamiento incoherente con esta construcción de coherencias, el individuo tratará de minimizar la disonancia ya que ésta le afectará en su equilibrio psicológico.

Como lo menciona Pereira (2007), la disonancia y la consonancia son relaciones que existen entre dos elementos cognitivos, que bien pueden ser dos creencias o actitudes que reflejan la realidad y que refieren a lo que una persona sabe sobre sí misma, sobre su conducta y sobre su entorno. El conocimiento sobre la realidad es un constructo inacabable compuesto a partir de la experiencia propia del sujeto a partir de lo que otros piensan, dicen o hacen (p 145).

Kahneman (2009) describe algunos componentes cognitivos que distorsionan la percepción de la realidad, mismos que darían pie a que el sujeto tome elecciones irracionales, a una de ellas le llama anclaje del pensamiento, ésta tiene que ver con la jerarquía con la que se busca la información. Para Kahneman existe un dominio de cogniciones básicas en todos los sujetos, que son la referencia de búsqueda del total de su conocimiento por medio de su experiencia, es decir, la primera averiguación cognitiva concuerda con las estructuras del bagaje conceptual con las que cuenta el individuo, la alusión de estas señales tiene como principal función confirmar lo que el sujeto aspira obtener de dicha información. El sesgo del “efecto marco” pone énfasis en que para el sujeto es relevante la manera en que le presentan la información, en comparación del contenido que la constituye, por ejemplo: ante una misma posibilidad de beneficio y pérdida que se desprende de la “elección A” y la “elección B”, el sujeto decidirá la opción que utilice términos que preponderen la ganancia en comparación a la opción que refiera la pérdida; aunque la posibilidad sea idéntica, el sujeto elegirá la opción por el enunciado que le otorgue seguridad de adquirir un beneficio.

Para entender mejor estos dos componentes cognitivos a los que se refiere Kahneman escribí el siguiente ejemplo:

José ha conseguido un trabajo de medio tiempo, su trabajo no le es muy grato, pero debido a sus necesidades económicas no tiene otra opción que cumplir con las horas laborales que le permiten ganar 1000 pesos semanales. José quiere superarse, por eso sabe que de esos 1000 pesos tiene que apartar 250 a la semana para ahorrar para su colegiatura, 100 para el transporte y 350 para su alimentación, todas estas decisiones las toma sin cuestionamientos pues sabe que le son necesarias para cumplir sus metas, su pensamiento en ese aspecto es consonante, de los 1000 pesos iniciales resta los gastos congruentes a sus metas de 700 pesos, le sobran 300, José no sabe qué hacer con ese dinero, si invertirlo en una caja de ahorro o gastarlo en relojes de marca, José se apasiona por los relojes y admira a las personas que los usan, pero sabe que su poder adquisitivo no le permite comprar tantos como a él le gustarían y por otro lado tiene muchas otras necesidades, por tal motivo prefiere ahorrar ese dinero y seguir con su cotidianidad aunque no le parezca del todo placentera, él sueña con tener

muchos relojes. Pasan los meses y va juntando dinero, hasta que llega a una disyuntiva, con el dinero ahorrado puede pagarse un curso de inglés que le permita mejorar sus calificaciones en la escuela o comprar un reloj que le permitirá según su interpretación: ser feliz inmediatamente. José piensa que en todo ese tiempo no se ha dado un lujo, pero también sabe que si invierte en sus estudios en unos cuantos años podrá tener mejores oportunidades, su necesidad de ser feliz opaca su presente y nubla la motivación que tiene para su futuro, pesa más la idea de que merece tener de inmediato aquello que tanto quiere. Tomar la decisión lo pone en un marco de incertidumbre, su decisión de comprar el reloj ahora le es inconsistente con las metas que tiene de superarse, pero teme que ese día nunca llegue y que no pueda darse nunca ese premio. El sesgo de anclaje le remite la información primaria que tiene acerca de esos objetos; el estatus que otorgan, la admiración de la gente promedio por ellos, la garantía de que usar un reloj lo distinguiría de otras personas, el segundo sesgo que plantea Kahneman y que podemos localizar en este ejemplo es el de efecto marco, del cómo se enuncian las ventajas de obtener el reloj y las desventajas de seguir pagando un curso de inglés; “el reloj me haría ver mejor”, v/s “el curso de inglés dura 3 años y no sé si en ese tiempo me sea útil”, el enunciado que prepondera mayores ventajas y hasta racional visto desde esta perspectiva, sería el de obtener el reloj. El fin de semana decide, en un ataque de impulsividad, comprar ese reloj, al llegar a su casa se da cuenta que es feliz al tenerlo, al ponérselo se da cuenta que le hace falta una buena camisa (después un pantalón, un saco, un reloj de otro color y todo una serie de combinaciones en su atuendo personal), de este modo la mayoría de sus decisiones tienen en común en que comparten un impulso emocional y un conjunto de sesgos cognitivos, interpreta que le es necesario verse mejor, y es por esa falta de control en esa emoción es que va mermando sus motivaciones de invertir en los estudios, comienza a desesperarse en la escuela, está pensando en dejar el curso y trabajar tiempo completo en aquella empresa donde realiza actividades que no le gustan del todo pero que le permiten obtener dinero para comprar más objetos, en este caso cada elección es tomada por un impulso emocional, y post a la decisión aparecen pensamientos disonantes, donde sabe que está conduciéndose con errores y que nunca llegará a tener la plenitud que busca.

Ahora bien, la decisión de José de comprar relojes está íntimamente ligada a una suposición ideológica de la sociedad de consumo. José consideró que la sociedad le exigía verse bien y que un modo de hacerlo era poseer varios relojes. José se convirtió en un comprador de relojes ante la interpretación que hizo de un mensaje implícito de la sociedad.

Este ejemplo no sólo nos habla de la disonancia cognitiva ante la toma de decisiones, sino del papel fundamental que existe en la relación de la imagen del “YO” (componente emocional), la conducta y el autoengaño; el sujeto en pos de satisfacer sus deseos y satisfacción emocional hará todo lo posible por considerar sus actos, opiniones y creencias como incuestionables. Si bien cada elección es acompañada por un tipo de motivación, estas motivaciones adquieren rigidez o flexibilidad de acuerdo con la suposición del sujeto de estar haciendo lo correcto, o tomando la elección menos contraproducente.

7.3 Estudios sobre la relación entre disonancia cognitiva y toma de decisiones dirigidas a la prevención de la DM2

Actualmente no existen estudios específicos sobre la relación del proceso heurístico de la disonancia cognitiva en conductas de riesgo que potencialicen la aparición de la DM2, lo que no significa que los atajos cognitivos que ocurren en la disonancia cognitiva no influyan en la configuración cognitiva que antecede a la toma de decisiones que se traducen en conductas de riesgo referentes a la salud. La disonancia cognitiva es una teoría que trata de elucidar la manera en que las personas se convencen de que su elección es la mejor en comparación con aquella posibilidad de elección de la cual prescinde.

Uno de los posibles factores que imposibilitan el cambio conductual ante enfermedades prevenibles, es la invisibilidad de las consecuencias aversivas que producen las conductas de riesgo habituales, tal es el caso de la DM2. Supongamos que una persona que desde su adolescencia no concibió la posibilidad de enfermar y que aun teniendo información acerca

de las conductas de riesgo que potencializan la aparición de la enfermedad, no observó ningún efecto contraproducente, por lo que durante ese tiempo no cambió sus conductas de riesgo, dichas conductas conformaron hábitos en el estilo de vida y a la larga llevaron a la persona a contraer la enfermedad. La falta de conocimiento, de capacidad de prever, de regular emociones ante la toma de decisiones, conocer la consecuencia real de las conductas de riesgo, y tomar responsabilidad, es la base de los siguientes estudios.

Villa et al. (2009), realizaron una investigación sobre la relación entre la disonancia cognitiva y la percepción de riesgo ante el consumo de alcohol y cannabis en adolescentes; evaluaron los factores que motivan el consumo de estas sustancias, así como la percepción de riesgo a su salud al consumir, dichas variables son analizadas desde los conceptos del imaginario colectivo, en donde se aprueban o rechazan conductas al atribuirles un significado en referencia al daño físico y psicosocial que induce el consumo. Fue importante identificar la forma en que los adolescentes evalúan la información acerca del uso de estas sustancias, el conocimiento real y la suma de factores afectivos como la identificación del grupo, factores comportamentales como normalizar la conducta de fumar. Es decir, la actitud (agrado/desagrado) se desprende de las creencias, experiencias, percepciones y conocimiento de los riesgos. Se encontró que las personas que habitualmente consumen alcohol y cannabis tienen una actitud permisiva hacia el uso de estas sustancias y otras drogas, la percepción de riesgo de estos adolescentes es mínima pues consideran que existen ligeros daños para la salud. Los principales motivadores para la utilización de las sustancias son de carácter social: desinhibirse, experimentar estados de euforia, aprobación de su colectivo, identidad, salir de la rutina, mantener contactos. Por lo que los autores consideraron relevante conocer la información cognitiva y afectiva con que contaban los adolescentes para poder predecir las actitudes que habilitan respuestas valorativas en relación con conductas de riesgo o de salud.

De tal suerte que los adolescentes con una concepción mínima del riesgo distorsionarán la información otorgando ciertas atribuciones erróneas al uso de alcohol/cannabis (Villa et al., 2009).

Otro estudio sobre la disonancia cognitiva en adolescentes con conductas de riesgo es el de Pérez et al. (2011). En dicho estudio encontraron que el conjunto de pensamientos disonantes facilita la intervención motivacional para que los sujetos se adhieran a un programa para dejar de fumar; un factor determinante fue conocer las motivaciones que tienen los usuarios para fumar: 55% por la influencia del contexto y amigos, 44% gusto, 28% enganche, 19% diversión y 18% autoafirmación. El estudio identificó que existen pensamientos que comparten los adolescentes y que motivan la conducta de fumar: influencia de amigos, gusto por el tabaco, cuestión económica, tedio, intención de perder peso, agrandar a la pareja.

En una serie de entrevistas motivacionales, los investigadores identificaron algunas de las tensiones emocionales de los fumadores, creencias acerca del efecto del consumo y actitudes que comparten los adolescentes. Exploraron las disonancias cognitivas que presentaron los adolescentes para confrontar sus sistemas de ideas y potencializar cambios conductuales.

“El cese del tabaquismo puede comenzar a partir de la confrontación entre diferentes creencias, unas utilizadas como excusas o justificaciones para seguir fumando y otras que provocan la necesidad vivencial del cese del consumo” (Pérez et al., 2011).

Se demostró que después de la intervención, el 54% de los adolescentes dejó de fumar, un factor importante es que en estos adolescentes es que existió dependencia física al tabaco y apoyo social ayudo en gran medida para desprenderse de este hábito. Las motivaciones principales que atribuyeron estos adolescentes para no fumar fueron: 91% salud, 55% económico, 23% olor y sabor desagradable y 23% conflictos paternos. Es importante señalar que en aquellos que continuaron fumando, el factor perder peso fue un factor preponderante que les motivó a seguir con las mismas conductas.

Como lo mencionan los autores de la investigación, “Los motivos poderosos para dejar de fumar, como el coste económico o la sensación de dependencia, crean disonancias con otros motivos que facilitan el consumo, como la existencia de amigos fumadores o la sensación placentera que produce” (Pérez et al., 2011).

Es importante rescatar de este estudio que existen mayores oportunidades de cambiar conductas de riesgo por conductas de salud en la adolescencia cuando existe una variabilidad de disonancias cognitivas y éstas aun no son racionalizadas, por lo que los investigadores recomiendan a los profesionales sanitarios ser afines a las señales disonantes que expresa el adolescente para usar éstas como base del trabajo motivacional que genere cambios conductuales.

Hablando del uso de programas preventivos basados en la teoría de la disonancia cognitiva, citamos la investigación de Pineda y Gómez (2006) en la que recurren a implementar discrepancias cognitivas a modelos normalizados por la sociedad de las figuras estéticas femeninas. Teniendo en cuenta que los factores de riesgo de padecer trastornos alimentarios se relacionan con llevar una dieta restringida y una noción de figura ideal, acompañados de factores afectivos como baja autoestima y depresión, las investigadoras hicieron un comparativo de programas psicoeducativos que se caracterizan por ser meramente informativos otorgando un papel pasivo a los sujetos del estudio, y el programa basado en la teoría de la disonancia cognitiva que prepondera la participación de los sujetos en actividades como el juego de roles, en donde es importante que las adolescentes discutan acerca de los modelos establecidos en relación al ideal de la imagen corporal “ser delgada” fomentando un posición crítica y realista de la imagen corporal.

La prevención de trastornos alimentarios basada en la teoría de la disonancia cognitiva propone que al producir disonancia en las chicas que desean una silueta corporal delgada como figura ideal, es decir, al tomar una posición en contra de ésta, llevaría a una reducción en la insatisfacción con la imagen corporal y de otros factores de riesgo asociados (Pineda y Gómez, 2006).

Los resultados demuestran que en las jóvenes que participaron en el programa de disonancias cognitivas, se redujeron considerablemente los factores de riesgo (dieta restringida, noción de figura ideal) en comparación con los programas psicoeducativos. Las autoras sugieren implementar estos programas con muestras más grandes ya que el estudio sólo incluyó a 20 adolescentes.

Los estilos y estrategias que utilizan los adolescentes para la solución de sus problemas fueron el eje de la investigación de González et al. (2002), la cual indagó sobre la relación de los estilos y estrategias de afrontamiento que presentan los adolescentes teniendo como variables la edad y género. Bajo el modelo de afrontamiento transaccional (Lazarus y Folkman, 1984 citado por González et al., 2002) que señala que los esfuerzos cognitivos y conductuales que ejecuta el sujeto se centran en el control de las situaciones demandantes del exterior e interior, por lo cual se proponen dos estilos de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1985 citado por González et al., 2002):

1. Estilo de afrontamiento focalizado en el problema, el sujeto trata de modificar la situación problemática
2. Estilo de afrontamiento focalizado en la emoción, el sujeto trata de reducir la reacción emocional

Y un tercer estilo añadido años más tarde por Frydenberg y Lewis (1996, en González et al., 2002):

3. Estilo de afrontamiento Improductivo, el sujeto crea ilusiones de la manera en que podría solucionar el problema.

No se encontraron relaciones significativas entre edad, género y estilos de afrontamiento, concluyendo que, con la experiencia, los adolescentes desarrollan una mayor variedad de estilos de afrontamiento que les permiten tener una sensación de bienestar psicológico que incide en seis dimensiones según el modelo propuesto por Ryff (1989, citado en González et al., 2002):

- auto aceptación
- dominio del ambiente
- sentimiento de realización en la vida
- compromiso vital
- autonomía
- vínculos

Es importante para nuestro trabajo que tiene como foco de atención la conducta preventiva de la DM2, resaltar que los adolescentes de este estudio no perciben como preocupantes aspectos relacionados con la salud física, ya que centran sus problemas en aspectos educativos (27%), afectivos (17%), personales (16%), familiares (15%) y, legales y sexuales (4.4%).

Suing (2015), en su trabajo de tesis, propone dar educación psicológica a los pacientes con DM2 que reportan conductas de riesgo y disonancias cognitivas; menciona que los pacientes con estas características tratan de reducir sus conflictos cognitivos usando las siguientes estrategias:

- Cambiando uno de los elementos disonantes, ya sea la conducta de “no me cuida” o la actitud de “comer no es tan malo”
- Cambiando la importancia otorgada a los elementos del razonamiento, de forma que se considere que son más importantes las creencias que apoyan la conducta elegida “comer me gusta mucho” vs. “Comer mucho daña mi salud”; “disfrutar de la vida es más importante que la salud”.
- Buscando y añadiendo nuevas cogniciones que sean consonantes con la conducta elegida “tal persona con 65 años fuma, come bien y está muy sano”; “si me prohíben comer porque el médico está loco.

Barrera, Rodríguez, Urita, y Hosch (2004) diseñaron un programa para que los pacientes con DM2 pudieran controlar su padecimiento con habilidades de alimentación adecuada. Sus variables dependientes fueron: fisiológicas, conductuales y cognitivas. En el nivel fisiológico se buscó el control de la glucemia, es decir que los niveles de glucosa en la sangre fueran los adecuados. El nivel conductual se centraba en lo concerniente a conductas bajo disciplina alimenticia. En cuanto al nivel cognitivo, se desprendían cinco aspectos:

- a) La expectativa de que es posible controlar las complicaciones de la enfermedad
- b) Percepción de responsabilidad para el enfrentamiento de la enfermedad

- c) Apoyo social percibido, tanto en la cuestión emocional que otorga el contexto cercano para que el paciente se sienta confiado de controlar sus conductas alimenticias, y el apoyo social controlador, es decir, donde personas cercanas al paciente se hacen responsables de la salud del enfermo
- d) Atribución de importancia del comportamiento, mismo que denota un compromiso conductual.
- e) Atribución de que es posible lograr el control de la DM2, por medio de comportamientos alternativos a la conducta alimenticia.

Las variables independientes de este trabajo fueron las intervenciones psicoeducativas, esto con el fin de desarrollar:

1. Habilidades de entrenamiento en destrezas de enfrentamiento y solución de problemas (Anderson, Miller, Auslander y Santiago, 1989; Rubín, Peyrot y Saudeck, 1989).
2. Auto contratos y reforzamientos (Jones, 1990).
3. Entrenamiento en ser consciente de su nivel de glucosa en sangre (Cox et al., 1991)
4. Seguimiento de soporte (Estey, Tan y Mann, 1999, p.345)

En estos estudios se resalta la necesidad de implementar medidas de intervención con programas creativos, dinámicos, posibles de usar a gran escala y de bajo costo. Como mencionan Rubín et al. (1989 citado en Barrera et al., 2004), uno de los principales problemas es que los pacientes difícilmente se pueden adherir a cambios conductuales con relación a la dieta y actividad física, por lo que los autores consideran importante diseñar estrategias de intervención motivacional dirigidas a establecer en el paciente un compromiso conductual, responsabilidad, apoyo social y expectativa de control de las complicaciones de la DM2.

El establecimiento de estas variables se basó en el modelo de intervención de la entrevista motivacional de Miller y Rollnik (1991, citado en Barrera et al., 2004), la cual aprovecha la aparición de ambivalencia cognitiva que aparece en las personas que intentan cambiar sus conductas problema, enfatizando la motivación y toma de responsabilidades para lograr el

cambio. Este modelo busca que el paciente desarrolle sus propias metas en términos de conducta, trabajando especialmente en las dificultades que le impiden la obtención de dichos objetivos, para lo cual es de suma importancia que el participante señale los beneficios que percibe, que diseñe sus propias estrategias para reducir los costos y otras problemáticas para adherirse a un plan nutricional.

Barrera et al., (2004) proponen las siguientes características de la entrevista motivacional que hacen de ésta una intervención eficaz:

- a) Expresión de empatía.
- b) Se crea y amplía en la cognición del paciente una discrepancia entre el comportamiento actual y los objetivos perseguidos por el tratamiento.
- c) Se evita la argumentación, con el fin de reducir las resistencias cognitivas.
- d) Se aprovechan estas resistencias en la formación de nuevas perspectivas, se prepondera la participación activa del paciente en la búsqueda de nuevas estrategias.
- e) Se fortalece el sentido de autoeficacia en el paciente, bastión que le proyecta a mantener conductas saludables.

El uso de este programa generó que aquellos pacientes que reflexionan acerca de las cuestiones alimenticias antes y durante las sesiones de enseñanza y aprendizaje, tienen mayor eficacia en el establecimiento de comportamientos de salud. Dato relevante que daría apoyo al psicólogo que busque prevenir la aparición de enfermedades crónicas, pues al detectar creencias y argumentos que ostenten disonancias cognitivas podría aprovechar estos estados ambivalentes del pensamiento para implementar medidas con las características del trabajo de Barrera, et al.

Muraven y Baumeister (2000, citados en Campos, 2017) encuentran una estrecha relación entre el efecto que causa el estrés y las conductas de autocontrol en los individuos, ya que el estrés utiliza espacio en las cogniciones del individuo que podría ser utilizado para implementar medidas de autocontrol y conductas preventivas; cuando el estrés se apodera del pensamiento deja nula la capacidad de desarrollar otras cogniciones, pues para el

individuo es indispensable contrarrestar en primera instancia todos aquellas variables de malestar psicológico, por ejemplo, si en un individuo se produce mucho estrés, tiene una posibilidad baja de seguir un plan conductual a favor de su salud alimenticia.

El autocontrol es una de las líneas de estudio preponderante para la psicología de la salud. En la toma de elecciones, la concepción del tiempo presente y del tiempo futuro definirán el tipo de respuestas, ya sean éstas preventivas o de riesgo. El individuo valora más las retribuciones del presente, que las que pudieran aparecer en un futuro, por lo que existe un problema de autocontrol cuando el individuo interpreta que las consecuencias positivas a corto plazo se diferencian en cualidad a aquellas consecuencias derivadas de otro tipo de respuesta y que acarrearán beneficios a largo plazo: como lo menciona Campos (2017), cuando en el presente el costo de realizar una acción es mayor que los beneficios futuros, el individuo decidirá postergar su realización.

Tal es el caso de la conducta de realizar ejercicio diariamente, pues el individuo al realizar la actividad evaluará que existe un costo inmediato (cansancio, dolor, fatiga) y un beneficio en el futuro (salud físico y mental), si el individuo tiene pensamientos sesgados con su presente, desvalorará la actividad por ser desgastante y minimizará el beneficio a futuro.

Para Campos (2017) “Una política pública que busque reducir la obesidad por medio del ejercicio físico tendría que ayudar a los individuos a mejorar su autocontrol”. En ese mismo tenor, Campos presenta la investigación de Moffitt et al. (2011) en donde se analiza la relevancia que tiene el autocontrol en la toma de decisiones, el estudio fue longitudinal con 1037 personas a las cuales se les pudo dio seguimiento desde su niñez, adolescencia y la adultez. Las variables para la niñez fueron: autocontrol, cociente intelectual y estatus socioeconómico, en la adolescencia de esas mismas personas se obtuvo información sobre la prevalencia del uso del tabaco, embarazo y deserción escolar, y en la adultez se obtuvieron los estados de salud, estatus socioeconómico y delincuencia. Los datos muestran que en cuanto a salud un mejor autocontrol desde la niñez se asocia a un nivel de salud favorable en la adultez, la misma relación en el factor económico, conductas de autocontrol en la niñez encaminan un estatus económico exitoso en la adultez.

Campos (2017) hace mención de diversas investigaciones sobre la importancia del autocontrol en relación con la salud, la economía y la educación (Duckworth, 2011; Seligman, 2005; Burks, 2009; Dohmen, 2010; y Michel, 2014). Destaca el trabajo de Walter Michel (2014), quien ha profundizado con su conocido experimento en el que pone a disposición de los niños una galleta que podrían comer durante el ejercicio o tienen la posibilidad de no hacerlo durante la duración del ejercicio para que al final puedan comer dos galletas en vez de una, sus resultados apuntan a que los niños que auto controlan sus conductas postergando la recompensa ocupan técnicas como distanciarse del premio, enfriar la situación y aplicar planes “si entonces”. A manera de conclusión señala que el autocontrol se desarrolla desde los primeros años y que está relacionado con sucesos futuros sobre la salud, economía, empleo, y ahorro. Sus investigaciones subrayan que ante una tentación inmediata una solución práctica es distanciarse de dicha atracción (pensar en otra cosa), enfriar la situación presente, y enfocarse en la situación futura (imaginarse el futuro con el presente) y aplicar un plan “si entonces” en donde se ponen en práctica hábitos que contrarrestan el atractivo del estímulo presente.

CONCLUSIONES

Para que una persona enferme de DM2 existen dos constantes en sus conductas, la falta de actividad física y la ingesta de alimentos ricos en grasas y azúcares, es decir, para prevenir la DM2, se tiene que trabajar en programas dirigidos a modificar esas dos conductas. Si entendemos que la DM2 es un problema de alimentación y activación física (aunque haya una correspondencia genética ésta no sentencia al infante a padecer la enfermedad si mantiene conductas saludables), el trabajo para prevenirla involucraría al sector industrial, político, educativo y de salud.

La importancia del factor industrial, radica en que muchos de los alimentos que enferman a la sociedad se venden a granel y son de fácil acceso; el factor político se relaciona con la falta de un interés solidario en crear políticas que favorezcan el uso de medios de transporte que ayuden a la actividad física, de la construcción de lugares accesibles, cómodos y seguros con los mismos propósitos, en no mostrar interés por el daño a la salud que ocasionan los productos altos en grasa y azúcares que se venden en tiendas y supermercados, y en no incentivar la producción del campo mexicano para que se produzcan alimentos que nutran a las personas, y por incentivar en la población el alto consumo de productos industriales como una forma de catalogar el bienestar social. Otra medida propuesta por Ocampo y Caballero (2013) es la de aumentar los precios a productos con altos índices de glucosa, como el refresco, esta medida ayudaría en demasía a combatir esta enfermedad: el incremento al precio de estos productos podría generar recursos útiles para implementar trabajos de prevención en los tres niveles de la DM2. Dicha medida de inicio ayudaría a reducir la ingesta de estos productos y a la par daría tiempo de implementar medidas con mayor planeación para que el sector médico incentive cambios conductuales que ayuden a las personas a comportarse responsablemente sobre su salud. En el aspecto educativo ayudaría que los profesores de todos los niveles educativos enseñaran a sus alumnos acerca de que alimentos son nutritivos, la importancia del cuidado de la salud e incentivar la actividad física.

Los psicólogos de la salud tendrían que identificar cuáles son los sesgos cognitivos que presentan las personas y que obstaculizan en la motivación del cambio conductual, entendiendo que estos sesgos cognitivos provienen de un sistema de creencias que pudiera provenir de información inadecuada o de estados emocionales que alteran la conducta y cognición de la persona. Si estos estados emocionales provocan la conducta del “atracción alimenticio” sería interesante saber cómo trabajar desde el enfoque cognitivo conductual con la depresión, estrés, ansiedad, baja autoestima, desesperanza aprendida y auto control.

En nuestra pregunta de investigación, ¿Cómo afecta la Disonancia Cognitiva en la toma de decisiones con relación al mantenimiento de conductas de riesgo?

Por supuesto que afecta a la toma de decisiones, la disonancia cognitiva es un auto engaño en que la persona se permite creer que su decisión es la adecuada, aunque tenga también otras creencias de que esa misma elección es errónea. La disonancia cognitiva muestra que hay un conflicto entre las creencias, pensamientos, juicios, conocimientos y emociones de la persona ante la toma de una decisión, ante este conflicto podría elegir romper con ciertas resistencias cognitivas logrando un cambio conductual que le permita saber a ciencia cierta que está haciendo lo correcto, o para reducir esa tensión cognitiva podría auto engañarse alterando su interpretación de los hechos. Quizá sea complicado evaluar en cada decisión de la vida cotidiana qué es estar haciendo lo correcto o lo incorrecto, pues los hechos son complejos, se transforman y suelen ser ambivalentes, aunque considero que en cuestión de salud sí hay una línea unidireccional: comer en exceso no es saludable, el ejercicio beneficia la salud, el cigarrillo trae consecuencias negativas a la salud, vivir sin diabetes es una forma de disfrutar mejor la vida, a menos que las conductas de riesgo resuelvan estados emocionales que las personas consideren que les perjudiquen más si no son mitigados, ya sean con la ingesta excesiva alcohol, fumar y los llamados “atracones” de comida.

De tal modo tendríamos que considerar la relación que existe entre el constructo de la disonancia cognitiva y las conductas preventivas y de riesgo. La relación existe en la medida que la persona tiene conocimiento acerca de qué conductas son de riesgo y cuáles de prevención; si tiene conocimiento de que sus conductas son de riesgo, habrá que considerar

cuales otros sesgos cognitivos acompañan las elecciones y en que situaciones las personas también se apoyan en estos, es decir, la disonancia cognitiva muestra que existe información acerca de los actos que perjudican o benefician la salud de la persona, la disonancia cognitiva muestra que hay un conflicto en la persona antes de tomar una elección y después de tomar dicha elección, si el conflicto cognitivo se presenta antes de tomar la decisión, se podrían implementar intervenciones de prevención aprovechando que la persona está en duda de que hacer y cómo hacerlo, aquí se podría prevenir si se le mostrara la información correcta y tuviera los medios disponibles para adaptarse a esas conductas. Si la disonancia cognitiva aparece después de tomar la decisión, y esa decisión es una conducta de riesgo, habrá que considerar que otros sesgos cognitivos entran en juego, como puede ser la ilusión de la invulnerabilidad o el sesgo optimista, que pueden ser cogniciones aprendidas según el modelo social y que tienen que ver con formas en que las personas hacen frente a los problemas de su existencia.

El trabajo que presento no aclara la capacidad del constructo teórico de la disonancia cognitiva para pronosticar conductas de riesgo por sí solo, ya que como mencioné antes, es importante reconocer si la disonancia cognitiva se presenta antes de tomar una decisión o es un efecto pos decisional, en la primera instancia podría servir como una señal para implementar programas de prevención y en la segunda instancia para pronosticar que la persona además presenta otros sesgos cognitivos que componen su particular sistema de creencias, en estos casos se tendría que indagar por qué la conducta de riesgo le acarrearía algún beneficio en el aspecto emocional o si hay una escasa motivación para generar el cambio conductual.

Para algunos autores la disonancia cognitiva es un conflicto que atañe al razonamiento humano, considero que un factor que requiere ser indagado con profundidad es la influencia del factor emocional en la toma de decisiones, ya que es preponderante para pronosticar conductas de riesgo y de prevención en las personas.

Si bien parece sencillo escribir que la disonancia cognitiva que presenta una persona se podría combatir con información verídica, el simple hecho de educar a la persona sobre cómo

prevenir la DM2 no parece que acapare toda la problemática que representa actualmente para la juventud de países en vías de desarrollo. No se trata de un problema de creencias irracionales que deba ser modificado por conductas y cogniciones racionales, sino que debe considerarse a la obesidad como un retrato de una sociedad que padece de ansiedad, depresión, estrés y quizá de desesperanza, en cuyo caso para las personas podría parecer más racional calmarse con alimentos. Por otra parte, consideremos que la mayoría de las personas que padecen DM2, sufren de obesidad, es probable que muchos de ellos hayan intentado bajar de peso por motivos que atañen la imagen corporal y la autoestima, al no tener éxito en estas metas la personas pueden tener como actitud una desesperanza aprendida, en que consideren que todos sus intentos sucumben y hasta pensar que sus logros no dependen de su propio esfuerzo.

Considero que sería interesante para otras investigaciones mostrar que aspectos emocionales se relacionan con la disonancia cognitiva u otros sesgos cognitivos en personas con obesidad, tomando en cuenta los aspectos sociales que pudieran compartir.

El estudio de la disonancia cognitiva puede contribuir al establecimiento de conductas preventivas, ya que nos dice que la persona cuenta con información y que quizá ésta no le es suficiente para tomar mejores decisiones a favor de mejorar su salud, en estos casos existe la oportunidad para que el psicólogo de la salud intervenga para encausar esos conocimientos en experiencias satisfactorias en estilos de vida saludables.

Otras preguntas que se desprenden de la investigación:

¿La disonancia cognitiva es una estrategia cognitiva que la persona ocupa para autoengañarse con el propósito de minimizar estados emocionales que le superan?

¿Cuántas veces nos engañamos por día?

¿Es una cognición que ha evolucionado y que compartimos con nuestros ancestros?

¿Es una cognición que siempre ha existido y que sirve para adaptarnos a la existencia en donde la única certeza que tenemos es que dejaremos de vivir

REFERENCIAS

- Adame, M. (2012). Alimentación en México, ensayos sobre antropología e historia. México: Navarra.
- Álvarez, L. (2010). Modelos psicológicos del cambio: de los modelos centrados en el individuo a los modelos psicosociales en psicología de la salud. *Psicología de la Salud*, 20 (1), 97-102.
- Asociación Latinoamericana de Diabetes. (2013). Consenso de prediabetes. Recuperado en <http://alad-americalatina.org/wp-content/uploads/2016/10/PREDIABETES.pdf>.
- Barrera, P., Rodríguez, G., Urita, O., Hosch, H. (2004). Capítulo 15. Implementación de un programa alimenticio para el control de la diabetes mellitus tipo 2. En *Medicina conductual en México*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Bauman, Z. (2010). *Modernidad Líquida*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Béjar, R. (2007) *El mexicano aspectos culturales y psicosociales*. (7^oed.) México: UNAM.
- Boorstin, D. (1999). *Los pensadores*. Barcelona: Crítica.
- Buela- Casal, G., Caballero, V., y Sierra, J. (1996). *Manual de Evaluación en psicología clínica y de salud*. España: siglo veintiuno.
- Campillo, J. (2015). *El mono obeso*. (1^oed.) México: Crítica.
- Campos, R. (2017). *Economía y psicología*. (1^oed) México: Fondo de Cultura Económica.
- Campoy, C., Martín-Bautista, E., García-Valdés, L., Florido, J., Agil, A., Lorente, J. A., Marcos, A., López-Sabater, M. C., Miranda-León, T., Sanz, Y., y Molina-Font, J. A. (2008). Estudio de la influencia de la nutrición y genética maternas sobre la programación del desarrollo del tejido adiposo fetal: Estudio PREOBE. *Nutrición Hospitalaria*, 23(6), 584-590.
- Chiquete, E., Nuño, P., Panduro, A. (2001). Perspectiva histórica de la diabetes Mellitus. *Investigación de la salud*, 3(99), 5-10.

- De la Villa, M., Ovejero, A., Sirvent, C., Rodríguez, F y Pastor, J. (2009). Efectos diferenciales sobre las actitudes ante experimentación con alcohol y la percepción de riesgo en adolescentes españoles consumidores de cannabis y alcohol. *Salud Mental*, 31. 125-138.
- Di Castro, E. (2009). *La razón desencantada*. México. UNAM
- Durán, R., Rivera, B., y Franco, E. (2001). Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Salud pública de México*, 43, 233-236.
- El poder del consumidor. (2015). Radiografías de productos. Recuperado en <http://elpoderdelconsumidor.org/radiografias/>.
- Fundación Diabetes. (2016). Atlas de la Diabetes de la FID 2015. Recuperado en http://www.fundaciondiabetes.org/upload/publicaciones_ficheros/95/IDF_Atlas_2015_SP_WEB_oct2016.pdf.
- García, E. (2012). Cap. 29 Obesidad en el paciente diabético. En *Atención integral del paciente diabético* (p 412-426). Cuarta edición. México: Mc Graw Hill.
- García, J. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Salud y Drogas*. 12 (2). 133-151.
- Gardner, H. (1988). *La nueva ciencia de la mente*. España: Paidós.
- Garduño, R y Méndez, E. (2015). Avalan PRI Y AN bajar el IEPS a bebidas azucaradas. *Periódico La Jornada*, p 3.
- González, R., Montoya, R., Casullo, M y Bernabéu, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 363-368.
- Gracia, M. (1996). *Paradoja de la alimentación contemporánea*. Barcelona: Icaria.

- Guevara, P., y Galán, S. (2010). El papel del estrés y el aprendizaje de las enfermedades crónicas: Hipertensión arterial y diabetes. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual/Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 1(1).
- Hernández, P., García, J., y Romo, M. (2016) *Cognición: Estudios Multidisciplinarios*. México: Centro de Estudios Filosóficos, Políticos y Sociales Vicente Lombardo Toledano.
- Huerta, C. (2012). *Genética de la diabetes tipo 2 y gestacional en México: efecto de variantes alélicas comunes*. Alemania: Académica Española.
- Inchaustegui, L. (1992). *Revisión de las teorías del balance y disonancia cognitiva*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). *Encuesta Nacional de Nutrición*. Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales2Ed.pdf>.
- Islas, A y Revilla, M. (2013) *Diabetes mellitus: actualizaciones*. México: Academia mexicana de cirugía.
- Kahneman, D. (2009). *Pensar rápido pensar lento*. México: Debolsillo.
- Lerman, I. (2009). Estudio piloto de dos diferentes estrategias para reforzar conductas de autocuidado y adherencia al tratamiento en pacientes de bajos recursos económicos con Diabetes tipo 2. *Gaceta Medica México*. 145, (1), 15-19.
- Luzoro G., J. (1992). *Psicología de la Salud*. *Revista de Psicología*, 3, 25-29.
- Mahoney, M. (1983). *Cognición y modificación de la conducta*. México: Editorial Trillas.
- Martín, E., Querol, M., Larson, C., Renovell, M., y Leal, C. (2007). Evaluación psicológica de pacientes con diabetes mellitus. *Av Diabetol*, 23 (2), 88-93.
- Martínez, P. (1995). *La nueva filosofía de la mente*. España: Gedisa.
- Mercado. S. (2003). Cap. 1. El cognitivismo. *Perspectivas sobre el cognoscitivismo en psicología*. (37-80). México: U.N.A.M.

- Meyer, R. (1991). El futuro de la psicología cognitiva. España: Alianza Editorial.
- Montero, J. (2005). Cap 1 Historia de la obesidad. En: Obesidad (pp. 21-35). México: Emporio Ediciones.
- Morrison, V., y Bennett, P. (2008). Psicología de la salud. Madrid: Pearson Prentice Hill.
- Neisser, U. (1990). Psicología cognoscitiva. México: Trillas.
- Nieto, J., Abad, M., Esteban, M., y Tejerina, M. (2004) Psicología para ciencias de la salud: estudio del comportamiento humano ante la enfermedad. España: McGraw-Hil.
- Nishimura, E., Cárdenas, H. (2011). Cap. 5 Obesidad y Prediabetes en el niño y el adolescente. En Prediabetes y Sociedad (pp. 55-85). México: Editorial Alfil.
- Ocampo, M., y Caballero, Alejandro. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria. México: EL Colegio Nacional.
- Oros, L. (2005). Locus de control: Evolución de su concepto y operacionalización. Revista de psicología, 14(1), ág-89.
- Pereira, G. (2007). Preferencias adaptativas: un desafío para el diseño de las políticas sociales. Revista de Filosofía Moral y Política. (36), 143-165.
- Pérez, A., Pérez C., Navarrete, A., Mesa, M., Leal, F y Martínez, R. (2011). Disonancias cognitivas en la intervención antitabaco motivacional en adolescentes. Semergen. 37(4), 188-194.
- Pérez, E. (2004). Autopercepción de riesgo de diabetes mellitus: un método de evaluación de necesidades percibidas en la promoción de la salud. Tesis para obtener el grado de maestra de investigación de servicios de salud. Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM.
- Pérez, R. (2017). Patología de la pobreza. México: El colegio Nacional.

- Pineda, G y Gómez, G. (2006). Estudio piloto de un programa de prevención de trastornos alimentarios basado en la teoría de la disonancia cognitiva. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(1), 87-95.
- Piqueras, A., Ramos, V., Martínez, A y Oblitas, L. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2), 85-112.
- Regueiro, R., y León, O. (2003). Estrés en decisiones cotidianas. *Psicothema*, 15(4), 533-538.
- Reynoso, L y Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud, un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.
- Rodríguez, A. (2013). Sesión personaliza con componentes psicoeducativos y cognitivo-conductuales para la adhesión al tratamiento en DM2. Tesis para obtener el grado de maestra en psicología. UNAM.
- Rodríguez, M., y García, J. (2011). El modelo psicológico de la salud y la diabetes. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 14 (2), 210-222.
- Romero, A y Caballero, E. (2011). Cap. 12. Prevención primaria de la diabetes mellitus tipo 2. En *Atención integral del paciente diabético*. 4ª. ed. México: Mc Graw Hill.
- Rousseau, J. (2005). *Discurso sobre el origen y los fundamentos de la desigualdad entre los hombres y otros escritos*, 5ª. ed. México: Tecno.
- Ruiz, G., Vázquez, F., y Corlay, I. (1996). Depresión en pacientes diabéticos y su relación con el control metabólico medido por HbA1c. *Rev. Psiquiatría*, 12(3), 66-71
- Sánchez, F., Rubio, J., Páez, D., y Blanco, A. (1998). Optimismo ilusorio y percepción de riesgo. *Boletín de Psicología*, 58, 7-17.
- Santacreu, J., Márquez M., y Rubio V. (1997). La prevención en el marco de la psicología de la salud. *Psicología y salud*, 10, 81-92.
- Saúl, L. (2006). *El papel de los conflictos cognitivos en la salud mental: implicaciones para el cambio terapéutico*. España. Ediciones Universidad de Salamanca.
- Schunk, D. (2012). *Teoría del aprendizaje*. México: Pearson.

- Silva, J. (1968). Cap. 22 Meditaciones sobre México. En *El ensayo Mexicano Moderno I*. (pp. 345-344) México: Fondo de Cultura Económica.
- Suárez, R., Beltrán, E., y Sánchez, T. (2006). El sentido del riesgo desde la antropología médica: consonancias y disonancias en la salud Pública en dos enfermedades transmisibles. *Antípoda* (3), 123-154.
- Suing, J. (2015). Propuesta de psicoeducación en salud mental para pacientes diabéticos tipo II con disonancia cognitiva integrantes del grupo de diabéticos del hospital general Isidro Ayora de la ciudad de Loja periodo "2014-2015". Tesis de licenciatura. Universidad Nacional de Loja.
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la salud*. México: Mc Graw Hill.
- Tischler, A. (1983). La disonancia cognitiva en función del nivel de autoestima. *Rev. Cúpula*, Publicación oficial del Hospital Nacional Psiquiátrico de San José, Costa Rica, 7(14), 15-25
- Vélez, M. (1997). Sesgos, ilusiones y otras fallas cognitivas. *Revista Universidad de Antioquia*, (249), 17-28.
- Villarreal, S. (2003). Prevalencia de la obesidad, patologías crónicas no transmisibles asociadas y su relación con el estrés, hábitos alimentarios y actividad física en los trabajadores del Hospital de la Anexión. *Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social*, 11(1), 83-96.
- Vizcarra, I. (2012). Cap. 4. Inseguridad social y alimentaria: praxis de la violencia estructural. Obesidad y diabetes mellitus en poblaciones rurales del estado de México. En *Alimentación contemporánea: un paradigma en crisis y respuestas alternativas*. México: Ediciones CIAD.

Zimmet, P., Alberti, K., y Serrano, M. (2005). Una nueva definición mundial del síndrome metabólico propuesto por la Federación Internacional de Diabetes. *Revista Española de Cardiología*, 58(12).