



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

La obesidad y la adherencia a la dieta: validación de un instrumento

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

Xanat Bautista Calette
Pavel Servin Serrano

Directora: Dra. **Cynthia Zaira Vega Valero**

Dictaminadores: Dra. **María de Lourdes Diana Moreno Rodríguez**

Mtro. **David Ruiz Méndez**



Facultad de Estudios Superiores
IZTACALA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice

I. Resumen	1
II. Introducción	2
2.1. La obesidad como problema de salud	2
2.1.1. <i>Definición</i>	2
2.1.1.1. Tipos de obesidad.....	3
2.1.2. <i>Causas de la obesidad</i>	5
2.1.3. <i>La obesidad un problema mundial</i>	7
2.1.4. <i>La obesidad en México</i>	11
2.1.5. <i>Tratamiento de la obesidad</i>	18
2.1.5.1. Tratamiento Médico-farmacológico	19
2.1.5.2. Ejercicio y actividad física	20
2.1.5.3. Adherencia a la dieta	21
2.2. La intervención de la Psicología en la adherencia a la dieta	26
2.2.1. <i>Modelos que evalúan el fenómeno de la adherencia a la dieta</i>	29
2.2.1.1. Modelo de Creencias en la Salud.....	30
2.2.1.2. Teoría de la Acción Razonada.....	31
2.2.1.3. Teoría de la Autoeficacia	32
2.2.2. <i>Herramientas para medir la adherencia a la dieta</i>	33
2.3. El papel del Interconductismo en la salud	34
2.3.1. <i>Modelo Psicológico de la Salud Biológica</i>	34
2.3.1. 1. Fase de Procesos	36
2.3.1.2. Fase de Resultados.....	44
Conductas asociadas a la enfermedad.....	47
2.3.2. <i>La utilidad del análisis contingencial como sistema explicativo</i>	48
III. Método	52
3.1. <i>Participantes</i>	52
3.2. <i>Variables</i>	53
3.3. <i>Instrumento</i>	54
3.4. <i>Procedimiento de confiabilidad</i>	55
3.5. <i>Procedimiento de validación</i>	55
3.6. <i>Condiciones éticas del estudio</i>	56
IV. Análisis de resultados	57

4.1. <i>Confiabilidad</i>	57
4.2. <i>Validez</i>	61
4.2.1. <i>Análisis por conteo de frecuencias</i>	63
4.2.2. <i>Análisis por peso factorial de la Matriz Factorial</i>	64
4.2.3. <i>Análisis por peso factorial de la Matriz de Factor Rotado</i>	67
V. Conclusiones	75
VI. Referencias	83
Consentimiento informado	92
ANEXO 1	93

I. Resumen

La obesidad se considera una epidemia en el mundo. En México, es un problema de salud grave que requiere investigación y tratamientos multidisciplinarios. Uno de éstos, es la adherencia a la dieta, donde la psicología ha tomado terreno para modificar conductas alimentarias y mejorar la calidad de vida. El proyecto se sustenta bajo la lógica del análisis contingencial para validar y confiabilizar un instrumento que evalúe todos los factores microcontingenciales que intervienen en el fenómeno de la adherencia a la dieta. Mismo que se aplicó a 130 personas diagnosticadas con obesidad. El instrumento, en su versión final, constó de 18 ítems, con un índice de confiabilidad de .823. Los reactivos se agruparon en cuatro factores: situaciones, regulador de propensiones e inclinaciones, valoración y prescripción de contingencias y morfologías de conductas de otros. La relevancia del instrumento se orienta al apoyo que brinda en el diseño de intervenciones personalizadas según sean las necesidades de los pacientes.

II. Introducción

2.1. La obesidad como problema de salud

2.1.1. Definición

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) se han posicionado como uno de los mayores retos para el sistema de salud a nivel mundial, éstas se caracterizan por varios factores: casos con mayor número de afectados, mortalidad al alza, aumento en las probabilidades de desencadenar otras enfermedades más complejas que requieren atención especial, gastos económicos elevados y desgaste físico (Córdova et al., 2008). Las ECNT conforman un punto central para ser estudiadas desde un punto de vista epidemiológico; su evolución, curso clínico y consecuencias a nivel individual y social.

Como menciona Ledón (2011), estas enfermedades representan un problema cada vez más habitual en la sociedad contemporánea al tener cambios en los estilos de vida que promueven el sedentarismo, y el consumo de comida con alto contenido calórico. Desde el siglo pasado se han presentado varias enfermedades como: sobrepeso, obesidad, diabetes, tabaquismo, alcoholismo, cáncer, entre otras. Las cuales no sólo afectan al paciente, también al medio social con el cual se relaciona; alterando su economía, relaciones con amigos, familia y sus autocuidados.

Las ECNT se caracterizan por generar un lento deterioro de la salud y ser padecimientos de larga duración (OMS, s.f.). En el caso particular de la obesidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la considera como la epidemia del siglo XXI debido a sus altos índices de incidencia (Duelo, Escribano y Muñoz, 2009).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (OMS, 2017). Esta ECNT se entiende como un estado premórbido del organismo y se encuentra acompañado de alteraciones metabólicas que conducen a una composición corporal con un alto contenido graso. Dicha composición grasa se considera riesgosa dependiendo de estándares prefijados de edad, sexo, peso y

altura (Varela, 2013). Al conjunto de estos estándares se les conoce como Índice de Masa Corporal (IMC); es uno de los métodos más utilizados para poder determinar si una persona presenta o no obesidad. La medida del IMC que determina si una persona presenta obesidad es igual o mayor a 30 kg/h (Duelo et al., 2009; Grier y Contreras, 2012).

Se dice que el IMC es la medida estándar en la evaluación de la salud de un paciente debido a que, si bien permite diagnosticar a una persona con obesidad, también es un indicador que ayuda a prevenir enfermedades secundarias que se pueden desarrollar como producto de la obesidad. En este sentido, la obesidad toma el papel de un factor de riesgo para el desarrollo enfermedades cardiovasculares, hipertensión y diabetes mellitus tipo 2 (Formiguera y Cantón, 2004). Otros autores dentro del ámbito hospitalario como Barquera y cols. (2010) clasifican a la obesidad a partir de otras medidas como son: la Circunferencia de cintura (CC); la cual mide la adiposidad central del cuerpo a través de una cinta métrica, ésta es una herramienta útil para detectar riesgos cardiovasculares, así, al igual que el IMC, resultan fiables, rápidas y no invasivas.

2.1.1.1. Tipos de obesidad

Los criterios que existen para diferenciar y realizar un diagnóstico oportuno de la obesidad y de otros síndromes o enfermedades crónicas no transmisibles, se concentran en tres variables: el IMC, explorar su origen etiológico, y la identificación de la distribución de la grasa corporal.

Respecto al primero, para diagnosticar obesidad, la medida del IMC tiene que ser mayor a 30, si ésta se encuentra entre 25 a 29 se considera sobrepeso con riesgo a convertirse a obesidad. Sumado al IMC, se evalúa el balance energético que sirve para determinar la relación entre la ingesta calórica y el gasto energético que propician el aumento de grasa corporal (Moreno, 2012). Como se observa en la tabla 1, la OMS presenta una medida estándar que estima la clasificación de la obesidad según el IMC y el riesgo asociado a la salud

Tabla 1. Clasificación de la obesidad según la OMS

Clasificación	IMC (kg/m ²)	Riesgo en la salud
Normopeso	18.5 – 24.9	Promedio
Exceso de peso	≥ 25	
Sobrepeso o Pre obeso	25 – 29.9	Aumento
Obesidad Grado I o moderado	30 – 34.9	Aumento moderado
Obesidad Grado II o severo	35 – 39.9	Aumento severo
Obesidad Grado III o mórbida	≥ 40	Aumento muy severo

Además de las medidas establecidas por el IMC que prescriben la presencia de un problema metabólico, también existe un origen etiológico que ayuda a clasificar la obesidad, que según Barbany y Foz (2002) es el siguiente:

1. Esencial: se refiere a un descuido de alimentación, y un estilo de vida sedentario
2. Endócrino: la obesidad se produce a una alteración endocrinológica, entre las enfermedades más frecuentes se encuentran: obesidad ovárica, hiperinsulinemia, hiperfunción suprarrenal e hipotiroidismo.
3. Hipotalámico: lesión en el hipotálamo, causando hiperfagia que es un aumento excesivo de la sensación de apetito provocando la ingesta desmedida de alimento, sin sentir saciedad.
4. Origen genético: debido a las anormalidades cromosómicas pueden producir obesidad desde el nacimiento.

5. Medicamentos: algunos medicamentos para tratar enfermedades autoinmunes y los psicofármacos pueden producir reacciones que favorecen la adhesión de la grasa en los tejidos corporales.

Finalmente, las medidas antropométricas suelen indicar la acumulación adiposa a lo largo del cuerpo. Esta valoración se realiza a partir de la medición del cociente cintura/cadera (C/C), donde el nivel de riesgo de las mujeres es superior a 0.9 y en hombres a 1, considerando la altura. Asimismo, la medición de riesgo de la circunferencia de la cadera en varones es superior a 95 cm y en mujeres 82 cm.

La distribución topográfica de la acumulación de grasa cambia según el sexo del paciente, ya que en mujeres se considera obesidad periférica ginoide y en hombres obesidad central androide. Es importante considerarlos, puesto que de esto depende que los riesgos para la salud aumenten, ya que, en hombres, por ejemplo, si la grasa se concentra en las vísceras y en la parte profunda del abdomen se empata con complicaciones metabólicas y cardiovasculares ligadas a la resistencia a la insulina, lo anterior suele presentarse más en hombres. Mientras que, en las mujeres, se concentra en la parte baja del cuerpo, tal es el caso del vientre, las caderas, la región glútea y los muslos. La diferenciación entre cada caso tiene relevancia desde el punto de vista clínico para valorar el grado de riesgo en que se encuentra cada paciente.

2.1.2. Causas de la obesidad

Tal como lo mencionan Barrera y Rodríguez (2013), el panorama de la obesidad se describe como una enfermedad con proporciones epidémicas, donde el exceso de peso constituye el núcleo central para encender los focos rojos, así como para brindar propuestas de prevención e intervención oportunas. Hay que considerar que ésta, suele desarrollarse desde la infancia donde se involucran aspectos fisiológicos y ambientales. A nivel biológico, puede ser que exista una predisposición genética a padecerla, además de que existe una falta de correspondencia entre el consumo de alimentos hipercalóricos (ricos en grasa, sodio y azúcares, pero bajos en vitaminas, minerales y otros macronutrientes) y la

actividad física, que da como resultado un desequilibrio energético entre las calorías ingeridas y calorías gastadas, enfocándose en la acumulación de grasa excesiva en el cuerpo afectando al sistema cardiovascular, al sistema endocrino y al sistema óseo.

Los aspectos ambientales se refieren a aquellos estímulos disponibles en el medio que componen un entorno propicio para desarrollar y empeorar el padecimiento de la obesidad, por mencionar algunos se encuentran: la excedencia de alimentos hipercalóricos, falta de tiempo para realizar ejercicio físico, hábitos poco sanos como el consumo de alcohol y tabaco, la exposición constante a la publicidad que promueve consumir comida rápida y falta de tiempo para preparar comida basada en una dieta balanceada, aunado a que existen pocos programas multidisciplinarios eficaces que contemplen políticas de apoyo a sectores como la salud, planeamiento urbano, comercialización de alimentos y educación.

Recapitulando, en la tabla 2 se muestran las aportaciones realizadas por Moreno (2012) en torno a otros factores de riesgo que propician el desarrollo de la obesidad, sumando una visión hacia los aspectos socioculturales. En estos se menciona que entre menor sea el nivel educativo y económico, mayor será el riesgo de presentar obesidad debido a la falta de acceso a comida balanceada ya sea por falta de información o de recursos económicos. En cuanto a los aspectos demográficos, menciona que a mayor edad se aumenta el riesgo a padecer obesidad y, por consiguiente, enfermedades crónicas como diabetes, cáncer, etc., así mismo, el sexo femenino es la población que tiene mayor riesgo a padecerla debido a que son las que presentan mayores alteraciones biológicas endocrinas que regulan su exceso de peso corporal.

Tabla 2. Factores epidemiológicos asociados a la obesidad

Demográficos	Socioculturales	Biológicos	Conductuales	Actividad física
>Edad	< Escolaridad	> Paridad	>Ingesta alimentaria	Sedentarismo
Sexo femenino	< Ingresos		Tabaquismo	
Raza			Ingesta de alcohol	

Hay que pensar que la obesidad no sólo cumple con un papel de riesgo para el surgimiento de diversas enfermedades, sino que también es una enfermedad que implica un tratamiento de por vida. Es por ello que la OMS da tanta importancia a la elaboración de estadísticos, prevención y tratamiento, así como en la aplicación de varios planes de acción dirigidos hacia el control de la epidemia, basándose en el control o regulación de aquellos factores de riesgo que conllevan y propician el desarrollo de la obesidad, creando estrategias que involucren el control de un régimen alimenticio, más actividad física y la reducción de sustancias nocivas como el alcohol y el tabaco; éstas son algunas de las medidas que pretenden tener impacto en la población mundial (Gómez, 2011).

2.1.3. La obesidad un problema mundial

El problema de la obesidad ha sido un tema delicado de salud pública a nivel mundial Tal como lo mencionan Malo, Castillo y Pajita (2017) es un problema que se ha convertido en una epidemia desde infantes hasta personas mayores, ya que se estima que para el 2030 más del 40% de la población mundial tendrá sobrepeso y obesidad de manera declarada.

Datos recientes de la OMS (2017) reportan que desde 1980 los casos de personas diagnosticadas con obesidad se han duplicado, ya que tan sólo en 2016

las cifras mostraban que más de 1900 millones de adultos mayores de 18 años tenían sobrepeso u obesidad, de los cuales 34.2% tenían obesidad. En ese mismo año, se reportó que el 13% de la población adulta mundial tenían obesidad. La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) en 2016 lanzó un comunicado que señalaba algunos países donde había mayor prevalencia de la enfermedad; en el continente americano el 58% (360 millones) de los habitantes padece dicha enfermedad, siendo México, Chile y las Bahamas los países con un porcentaje por arriba del 65%. En cuanto a los países como Estados Unidos e Inglaterra, se presenta en un 30% de la población total, a diferencia de China y algunas regiones de África donde tan sólo el 5% de su población padece dicha enfermedad. López y Rodríguez (2008) argumentan que la obesidad es un problema de salud pública que se ha posicionado en los primeros lugares de las encuestas nacionales de salud y nutrición en Europa. En el continente americano se encuentran Estados Unidos, México y Chile y también en el continente asiático (aunque éste en menor medida).

En lo que concierne a América Latina, la aceleración de la enfermedad ha encendido las alarmas en la población femenina mayor a los 20 años, ya que del periodo de 1999 al 2006 aumentó 20.1%, caso contrario a los países europeos donde en ese mismo periodo, las mujeres se mantuvieron con el mismo porcentaje (López y Rodríguez, 2008). Esto puede deberse al estilo de vida por género y las deficiencias fisiológicas entre hombres y mujeres. Vale la pena mencionar que al aumentar la población femenina con obesidad y sobrepeso hace más probable que sus hijos nazcan con alguna predisposición genética a tener los mismos padecimientos, lo cual influye directamente en aumentar el riesgo de formar adultos obesos o con alguna alteración metabólica.

El párrafo anterior, abre paso a otra vertiente correspondiente a la obesidad infantil, el cual ha sido un tema bastante polémico durante los últimos años debido a que la enfermedad se ha manifestado de forma puntual y acelerada en esta parte de la población ya que 22 millones de niños menores de cinco años la padecen. Liria (2012) comenta que este problema inicia desde los primeros años de vida

(aproximadamente de los 12 meses a los 2 años) ya que los padres o tutores introducen a la dieta alimentos no saludables: altos en grasa, azúcares, y altamente energéticos que no son asimilados fácilmente por el organismo del pequeño. Adicionalmente, no hay una motivación constante a realizar deporte, puesto que poco a poco ha sido reemplazado por el desarrollo tecnológico: pasar horas frente al televisor, computadora o las consolas de videojuegos. El futuro es poco alentador para la población infantil, ya que, si estos hábitos no se modifican, más adelante se convertirán en adultos enfermos que formarán parte de las estadísticas de personas con padecimientos más complejos.

Otros datos que ilustran la información anterior se pueden resumir en que dentro de los países donde se han identificado cifras alarmantes, nuevamente se encuentra Estados Unidos que tiene 30% de su población menor de edad con sobrepeso u obesidad, seguido de México 35% donde tanto en adolescentes y niños se encuentran en un estado poco saludables. Algunos otros países que están reportando casos de niños en etapas preescolares con obesidad y sobrepeso, son Argentina, Chile, El Salvador, Honduras y Nicaragua. La creciente tasa de obesidad infantil resulta preocupante porque representa riesgos de que estos niños padezcan enfermedades cardiovasculares severas, por lo que es un reto por enfrentar para el sistema de salud ante las nuevas generaciones.

Algunos estudiosos del área médica y biológica han reportado que si bien es importante identificar los factores ambientales y sociales que implica la obesidad y el sobrepeso, existen aspectos genéticos que predisponen a un organismo a contraer dicha enfermedad, esto se expresa en algunos grupos étnicos como el afroamericano y el hispano, ya que ambos poseen genes que regulan el contenido de grasa corporal y homeostasis energética de manera más lenta, determinando el índice de masa corporal, la relación cintura/cadera, cantidad de grasa visceral y la proporción de grasa cutánea (López y Rodríguez, 2008).

La obesidad, es una preocupación internacional tanto en el aspecto sanitario como en el económico, ya que su frecuente evolución es un factor de riesgo para otras enfermedades mortales: diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares,

respiratorias y se encuentra asociado a diversos tipos de cáncer. En este sentido, los gobiernos se están ocupando por hacer campañas de prevención y tratamiento, por mencionar algunas se encuentran:

- “La estrategia global sobre dieta, actividad física y salud” de la OMS indica que estos tres componentes son básicos para contrarrestar las posibilidades de padecer la obesidad, de tal manera que los países tienen la obligación de hacer mención sobre las ventajas que tiene el cuidar la salud tomando en cuenta esos factores
- “La Carta Europea contra la Obesidad” donde se estipulan las medidas a nivel macro y micro para combatir la obesidad, aumentar la actividad física y alentar a los medios de comunicación a informar sobre la importancia de llevar una alimentación balanceada (Lobo, 2008).

Tal como reportan Mussini y Temporelli (2012), la obesidad afecta los sectores públicos en las inversiones económicas que hay de por medio para frenar la enfermedad. Por ello, la OMS decidió iniciar una estrategia mundial, con varios puntos a rescatar. El que más destaca es un diseño adecuado a las necesidades específicas de cada región, es decir, la estrategia nacional debe planificarse con base en las necesidades y directrices importantes de cada región, de esta manera se asegura un marco acorde y puntual con la infraestructura y financiación acertada. Sólo así podrán concebir un trabajo arduo para la construcción de políticas fiscales que incentiven a un mercado que promociona comida más saludable y mejore el precio de la comida orgánica o natural, al mismo tiempo que se incrementan impuestos a la comida que promueve la obesidad.

Siguiendo la lógica planteada por la OMS, se deben crear programas de ayuda alimentaria enfocados en el suministro de canastas de alimentos saludables, o bien, dar incentivos económicos a las familias que promueva una educación basada en una dieta balanceada. En cuanto a la política agraria, se pretende que la producción agrícola pueda recibir apoyo económico para asegurar los alimentos ricos en frutas y vegetales.

En lo que respecta a la actividad física, los retos que propone van desde la creación o recreación de espacios verdes que permitan a la población activarse físicamente al aire libre y de forma gratuita, promover en las escuelas el deporte motivando a los niños y adolescentes al mejorar las instalaciones para la realización del ejercicio sin algún problema, crear asociaciones que motiven a los jóvenes a realizar ejercicio: grupos de baile, de box, etc., entre otras actividades que resulten atractivas, crear parques para que los niños puedan ejercitarse de una forma lúdica, etc.

De manera complementaria, proponen políticas a favor del control del consumo de bebidas y comida poco saludable, al subir impuestos para las cadenas de comida rápida, en conjunto con las campañas informativas sobre los daños a su salud. Finalmente, en las escuelas se han realizado campañas enfocadas al diseño de planes nutricionales asegurando que los niños y adolescentes puedan alimentarse correctamente.

2.1.4. La obesidad en México

Ya se ha definido que la obesidad es una problemática de salud que se encuentra presente en el mundo y que resulta un factor de riesgo. Tras el creciente interés y el establecimiento de políticas de salud tanto preventivas como de tratamiento que las organizaciones internacionales han propuesto, en México se han realizado avances en materia sanitaria, estadística, de prevención y de tratamiento. Debido a que la prevalencia de la obesidad en el país no dista de la situación que se muestra en los estadísticos globales, resultó imprescindible realizar evaluaciones estadísticas para poder determinar un rumbo de acción que permitiera tratarla de manera adecuada.

Como respuesta a esta necesidad, han existido diversas encuestas encargadas de evaluar no sólo las medidas antropométricas de los individuos, sino también se han enfocado en identificar aquellos factores que se encuentran relacionados con la obesidad, como son: cantidad de ejercicio, presencia de algún otro padecimiento, calidad de la alimentación, nivel socioeconómico, entre otras. El

impacto de la enfermedad se ha podido estimar gracias a la información presentada desde 1980 por la Secretaría de Salud (SS), el Instituto Nacional de Salud Pública, y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), que reflejan los datos más representativos que engloban tanto esta enfermedad como el sobrepeso (Barquera et al., 2010).

Dentro de las encuestas se encuentran asociadas comúnmente el sobrepeso y la obesidad al ser categorías incluyentes. Tal es el caso de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) aplicada en el año 2000, que reflejó una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad del 61.8% en adultos mayores de 20 años. Este dato cobra relevancia tanto en sí mismo, como al ser comparado con los resultados obtenidos en el año 2006, en el que aumentó a 69.7% y a 71.3% en el año 2012 (Palmeros, Hurtado y Torres, 2016).

Si se centra el análisis en las cifras que se combinan con la obesidad y sobrepeso en los años 2000, 2006 y 2012, se puede observar que ésta ha ido en aumento. Es menester acotar que las campañas que se formaron para prevenir la obesidad iniciaron sus actividades entre los años 2006 y 2012, generando una disminución en el incremento de la obesidad (INSP, 2013).

Particularmente, en el año 2012, la ENSANUT, presentó una serie de datos desalentadores para la población mexicana afirmando que siete de cada diez adultos mexicanos padecen sobrepeso u obesidad, esto quiere decir que alrededor de 26 millones de adultos, presentaron sobrepeso y 22 millones obesidad. Estos estadísticos indican que, por sexo, el 73% de las mujeres y el 69.4% de los hombres se encuentran bajo esta situación. En cuanto al rango de edad, el sobrepeso y la obesidad se distribuyen de la siguiente manera: en los niños de 5 a 11 años, existe una prevalencia del 34.4%; en los adolescentes (12 a 19 años), dicha prevalencia aumenta al 35% y los hombres son los que más padecen obesidad siendo un 14.5% (INSP, 2013). Estos datos cobraron tal relevancia a nivel tanto nacional como mundial debido a que, en el año 2014, la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), declaró que Estados Unidos de América, junto con México, ocuparon el primer lugar en obesidad (Palmeros et al., 2016).

Hacia el año 2016, los estadísticos obtenidos mostraron un panorama alentador en el grupo poblacional de niños de 5 a 11 años, disminuyendo la prevalencia de obesidad y sobrepeso de 34.4% a 33.2%. Mientras que, en el grupo poblacional de los adolescentes, se puede observar que aumentó el porcentaje tanto en mujeres (12.8%) como en hombres (15%). De igual manera, los porcentajes de obesidad tanto en hombres como en mujeres aumentaron del año 2012 al año 2016.

De esta manera, si se realiza una comparación entre estos años, se puede observar que la prevalencia de la obesidad en hombres del 27.7% (26.8% en 2012) y en mujeres del 38.6% (37.5% en 2012) ha aumentado. Es importante resaltar que, en el grupo poblacional mayor de 20 años, la obesidad abdominal se encuentra en 76.6%. Otro dato relevante encontrado en esta encuesta muestra que, en lo relacionado al grupo poblacional de 5 a 11 años, la obesidad afecta en mayor medida a los niños (18.3%) que a las niñas (12.2%) y se presenta más en las localidades urbanas (34.9%) que en las localidades rurales (29%). Este patrón de prevalencia de obesidad en localidades urbanas se presenta en todas las edades. Mientras que, para el grupo de adolescentes, la Ciudad de México conserva la mayor prevalencia de obesidad (18.8%) a diferencia de los adultos, quienes se encuentran principalmente en la zona norte del país (22.2%) (INSP, 2016).

Estas cifras mencionadas mantienen en claro que la obesidad y el sobrepeso, representan un reto importante para el sector salud no sólo en cuestión de políticas públicas y el tratamiento de la enfermedad, sino también en las cuestiones económicas y la prevención enfocada en las consecuencias de la obesidad (INSP, 2012). Abordando las cuestiones económicas, en el país se ha observado una crisis de salud pública a causa de la obesidad y el sobrepeso debido a que, de manera conjunta, generan un costo entre los 82 y los 98 mil millones de pesos. Esta cifra es equivalente al 73% y 87% de todo el gasto programable en salud que se tuvo en el año 2012 (IMCO, 2015). Si se toman en cuenta únicamente aquellas personas que padecen obesidad y cuyo tratamiento se realizan dentro del marco de la salud pública, el costo de la obesidad para el año 2016 se aproximaba a los 67 mil millones

de pesos. Para el año 2017, debido al aumento de la prevalencia de la obesidad, el costo no sólo se duplicó, sino que aumentó a 151 mil millones de pesos (Encarnación, 2016).

Debido a esta creciente crisis económica y de salud, el Gobierno Federal, en el año 2009, impulsó la creación de programas de prevención y tratamiento tanto de la obesidad como del sobrepeso. Como respuesta al panorama desalentador, se puso en marcha el programa *5 pasos*, cuya estrategia se enfocó meramente en la comunicación de mensajes y campañas de información dirigidas a la población, sobre la realización de actividades que ayudan y contribuyen en la mejora de la calidad de vida. Este programa plantea cinco actividades básicas que son: 1) Muévete, 2) Toma Agua, 3) Come Verduras y Frutas, 4) Mídete y 5) Comparte. Se había considerado que el alcance de este programa sería hacia la población infantil y así disminuir y frenar el aumento de la obesidad y el sobrepeso en la población adolescente y poder estabilizar su crecimiento en la población adulta. La principal premisa del programa fue fomentar la cultura hacia la buena salud. Sin embargo, la planeación del programa tuvo varias fallas, entre ellas se encontró que uno de los principales factores claves en la obesidad, es el acceso a alimentos no saludables. Por lo anterior, en el año 2010 se puso en marcha el Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria, una estrategia nacional que se centraba en atender la insuficiente actividad física y la mala alimentación de la población. Esta estrategia se inició gracias a diversas entidades públicas, dependencias y a la industria de alimentos y bebidas; puesto que brindaron datos para identificar aquellas determinantes económicas y de mercado en materia legal, cultural y social, y su relevancia en cuanto a su impacto para generar un ambiente poco propicio para el desarrollo de una vida saludable y calidad de vida aceptable (Palmeros et al., 2016).

Hasta el año 2012 se había contado con herramientas básicas de prevención a nivel de atención a la población y de mercado. Se contaba con que las intervenciones y estrategias realizadas pudieran reducir los índices de obesidad, seguido del riesgo de adquirir alguna enfermedad como complicación de la obesidad. No obstante, los datos arrojados por la ENSANUT del año 2012 llevaron

al Gobierno Federal reformular un plan que, a nivel nacional, pudiera incidir los diversos ámbitos que conforman esta enfermedad. Por ello, en el año 2013, se estableció la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, y establecida dentro del Plan de Desarrollo del Gobierno de la República con la finalidad de realizar las acciones de protección, promoción y prevención para el mejoramiento de la salud a partir de tres pilares fundamentales:

1. En el área de Salud Pública, la preservación de la salud a través de la promoción de estilos de vida saludables, campañas de educación y la evaluación del comportamiento de las enfermedades no transmisibles y acciones preventivas asociadas a las mismas
2. En el área de Atención Médica, se planteó garantizar el acceso a los servicios de salud a través de intervenciones de salud dirigidas a las personas con factores de riesgo para desarrollar Diabetes o que ya cuenten con ella
3. Por último, en el área de Regulación Sanitaria y Política Oficial, se constituyó una reforma legal con ejes estratégicos en materia de publicidad de alimentos y bebidas, etiquetado y medidas fiscales, para disminuir su consumo (Palmeros et al., 2016).

A tres años de su implementación, se han entregado resultados consistentes, pero no completamente resolutivos tanto en el área de Salud Pública como en el área de Regulación Sanitaria y Política Oficial. Los resultados más importantes que ha entregado el área de Salud Pública son el rescate y reactivación de espacios públicos para la práctica de la actividad física mediante la realización de 43 mil eventos educativos para promover la correcta alimentación, y el mantenimiento en circulación de 103 unidades móviles de orientación alimentaria y actividad física. Los avances en materia legal se pueden identificar en las consecuencias que tuvo la reforma del artículo 3° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos al establecer esquemas de alimentación correcta para las escuelas de tiempo completo y la existencia de bebederos en todas las escuelas del país. También se ha establecido un etiquetado frontal obligatorio para todos los productos comercializados en el país (Kuri, 2016).

Es cierto que las estrategias nacionales ofrecieron resultados significativos en los primeros años de aplicación; sin embargo, su alcance no sería el mismo sin el apoyo y seguimiento que las instituciones de salud pública que generan, en gran medida, un trabajo en conjunto para lograr los objetivos que se plantean. Existe una gran variedad de programas establecidos tanto por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) como por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

El IMSS cuenta con ocho programas establecidos cuyo alcance no sólo se enfoca al aspecto nutricional o la prevención de la obesidad, sino que engloba una gran variedad de temáticas para promover la salud en la población. Algunas de las estrategias implementadas para tratar el problema de la obesidad son:

- a) Guía para el cuidado de la salud, cuyo objetivo es la orientación sobre los nutrientes necesarios para un sano y adecuado desarrollo
- b) Atención Preventiva Integrada en la que se registran indicadores antropométricos y promueve la alimentación saludable y el ejercicio sano
- c) El programa EVAS que promueve estilos de vida saludables mediante actividades deportivas, culturales, adiestramiento técnico y de promoción a la salud
- d) Programa Pasos por la Salud cuyo objetivo es disminuir el sobrepeso y la obesidad mediante caminatas, consumo de agua natural y educación para la salud; el programa de control de sobrepeso y obesidad en la mujer
- e) Campaña nacional Chécate, Mídete, Muévete, cuyo objetivo es promover un estilo de vida saludable y sus beneficios a nivel individual y colectivo.
- f) Tanto en el programa JUVENIMSS como en el Centro de Atención Rural al Adolescente, se desarrollan actividades de información y capacitación a adolescentes en situaciones escolares o de campo que les permiten prevenir y detectar a tiempo el desarrollo de sobrepeso u

obesidad para poder tener un control de dichas enfermedades (Palmeros et al., 2016).

Por su parte, el ISSSTE ha diseñado dos programas que han ayudado a disminuir la prevalencia de la obesidad en sus derechohabientes. El primero de ellos es el Programa de Prevención del Sobrepeso y la Obesidad (PPRESyO) que promueve la adopción de un estilo de vida saludable. Este programa cuenta con varios niveles de desarrollo que permiten ejemplificar los beneficios que se obtienen al seguir un determinado tratamiento de salud:

- El primer nivel de atención se compone de educadores en salud, principalmente nutriólogos, cuya labor es orientar a los pacientes en lo referente a la correcta alimentación y actividad física.
- El segundo nivel es todo el material de apoyo con el que se cuenta, como son los planes de alimentación, el manual de alimentación correcta y la guía de alimentos por equivalencias.
- Por último, el tercer nivel es la evaluación mensual del paciente mediante su registro en la Cartera de Alimentación Correcta y Actividad Física.

El segundo programa desarrollado por el ISSSTE es el programa *PrevenISSSTE cerca de ti*, un programa preventivo personalizado a los derechohabientes a través del uso de una plataforma electrónica por internet. Las líneas de intervención que aborda este programa son: Evaluación, Educación y Modificación de conductas:

- En la línea Evaluación, el usuario debe resolver la Evaluación de Riesgos en Salud (ERES) que le permitirá identificar sus hábitos y las repercusiones de sus decisiones en materia de salud. Una vez realizada dicha evaluación, se pone en marcha la siguiente línea.
- El nivel de Educación se enfoca en apoyar al derechohabiente con los conocimientos necesarios para una toma de decisiones responsable. Este apoyo se da mediante mensajes vía correo electrónico.

- Por último, en la línea de Modificación de Conductas, se realiza un proceso de acompañamiento que permite al usuario la adecuada toma de decisiones en materia de salud (Palmeros et al., 2016).

Los programas y estrategias de intervención que se han establecido dentro del país han ayudado a reducir el aumento en la prevalencia de la obesidad. No obstante, siguen existiendo limitaciones dentro de los programas que han impedido cubrir con todos los objetivos planteados para con la población en el planteamiento inicial de las estrategias y la disminución de la población con obesidad y sobrepeso.

De igual manera, se ha visto afectada la reforma establecida hacia la reducción de la mercadotecnia que promueve el consumo de alimentos con alto contenido calórico debido a que los lineamientos establecidos excluyen diversos medios de comunicación que se encuentran en contacto con la población. Estas son solo algunas de las limitantes que se han presentado a lo largo de la existencia de los programas y estrategias nacionales que se han establecido a partir del año 2009 (IMCO, 2015; Zubirán, 2016).

2.1.5. Tratamiento de la obesidad

La obesidad, como ya se mencionó en líneas anteriores, es un problema mundial que presenta ciertas características epidemiológicas similares en cada país. Ante esta situación, en la fase de intervención, según Barbany y Foz (2002) mencionan las siguientes fases de intervención.

Primera fase: se realiza una exploración física tomando las medidas antropométricas del individuo; peso, talla, cálculo del IMC, medición de la presión arterial y medición de circunferencias cintura/cadera.

Segunda fase: se realizan otras exploraciones complementarias para evaluar el grado de obesidad que presenta el paciente. En este caso, son análisis de laboratorio solicitando un hemograma y una bioquímica para revisar los niveles de glucosa, colesterol, triglicéridos, ácido úrico. También, se solicita un perfil renal para determinar la urea y creatinina, y un perfil hepático para medir la insulinemia basal

y descartar resistencia a la insulina. Finalmente, se realizan exploraciones radiológicas solicitando radiografías de cráneo, tomografías y ultrasonidos pélvicos, el último específico para mujeres ya que permite identificar si no existe un diagnóstico de síndrome de ovario poliquísticos que agrave la obesidad.

Tercera fase: se refiere a la consulta médica donde se entrega un diagnóstico oportuno que dirija el tipo de tratamiento más eficaz para el paciente. Adicionalmente, en el programa de intervención el objetivo general es disminuir el peso de la persona atacando dos puntos principales: reducir la ingesta calórica y aumentar el gasto energético mediante una actividad física o estimulando la producción de calor en el cuerpo (termogénesis).

Para cumplir con los incisos anteriores se debe plantear el tratamiento con base en tres aristas: tratamiento farmacológico que en algunos casos se utiliza según la gravedad y avance del padecimiento con el objetivo de regular el estado biológico del paciente. Y también, la práctica constante de ejercicio acompañado del seguimiento de una dieta. Éstos últimos, son lo más importante para llegar a un estado saludable

2.1.5.1. Tratamiento Médico-farmacológico

Según el Servicio Endocrinología de Barcelona (2000) la terapia farmacológica está pensada para pacientes que tengan un IMC >30 kg/m² y que, en los estudios de laboratorio, hayan manifestado enfermedades adicionales como: cardiopatías, enfermedades cerebrovasculares, dislipemias y enfermedades respiratorias. Entre los cuales podrían ser fármacos inhibidores del apetito, fármacos termogénicos; y fármacos que se encarguen del control glucémico y el perfil lipídico.

Los medicamentos que recete el especialista serán una opción viable, siempre y cuando cumplan con las siguientes características: efectividad para reducir peso, buena tolerancia, efectos indeseables transitorios, no produzcan adicción, su efectividad se conserve a largo plazo, no presenten efectos secundarios a largo plazo y sea adecuado según el padecimiento.

2.1.5.2. Ejercicio y actividad física

Cuando se trata de la pérdida de peso en la obesidad, se buscan elegir aquellas intervenciones que reduzcan el porcentaje de recaídas, aumentando la satisfacción de la imagen corporal antes y después de una intervención. Ante tal situación, Cobo y cols. (2006) realizaron una revisión teórica del impacto que tiene el ejercicio en pacientes obesos. Encontraron que antes de iniciar un programa de ejercicio, el médico y el profesional del ejercicio, tendrán que considerar varios factores.

a) Evaluación médica del paciente.

Con base en los estudios realizados, se determinará si el paciente se encuentra en condiciones óptimas para hacer ejercicio. Por ejemplo, si el paciente presenta problemas cardiacos se prescribirá si los ejercicios serán moderados o leves, o en caso de que el paciente presente problemas músculo esquelético probablemente los ejercicios no serán de alto impacto.

b) Valorar si el paciente está listo para iniciar una rutina de ejercicios.

Al establecer las condiciones médicas para que el paciente inicie los ejercicios pertinentes, se prescribe una fase de cambio comportamental para iniciar un programa de activación física.

1. Etapa de pre-contemplación. Consiste en brindar información sobre la importancia y relevancia que tiene el ejercicio para mejorar su condición de salud.
2. Etapa de contemplación. Durante esta etapa el paciente identifica los beneficios que tiene el ejercicio en su vida; Es aquí donde, se incentiva al paciente para iniciar con su plan de ejercicio según sus requerimientos, el objetivo es motivarlo
3. Etapa de preparación. Se instruye al paciente sobre cómo debe de iniciar una rutina.
4. Etapa de transición a la acción. El paciente comienza a realizar los ejercicios dados.

5. Etapa de acción. El paciente es constante con su práctica de ejercicios, es importante que, en todo momento, se le motive y recuerden los beneficios que traerá a su salud.

6. Etapa de mantenimiento. El paciente reconoce su esfuerzo a través de una mejoría en su salud

c) Prescripción del ejercicio

Se proponen dos objetivos: disminuir los factores de riesgo que existe para empeorar las enfermedades que el paciente presente, y mejorar la calidad de vida a través de la autoestima y sentirse bien gracias a los ejercicios.

Lo anterior, permite establecer que lo más recomendable es realizar 30 minutos de ejercicio o actividad física por 5 días a la semana, en total 150 min/semana. Sin olvidar que, con la ayuda de un especialista se elegirán los tipos de ejercicios más favorecedores para la condición médica del paciente, así como la intensidad de estos.

d) Métodos para mantener la práctica del ejercicio en sujetos

La práctica por excelencia para monitorear la práctica del ejercicio en los pacientes es sin duda, las consultas clínicas evaluando constantemente la condición física que brindan los estudios de laboratorio y las medidas del IMC y la C/C.

2.1.5.3. Adherencia a la dieta

Antes de explicar la temática principal de este apartado, vale la pena abordar el concepto de adherencia al tratamiento, como un término que apareció a partir de la década de los setentas donde la comunidad de médicos visualizó las consecuencias negativas que pueden presentarse si no se realiza una ingesta controlada de medicamentos, tales como: incrementos en el riesgo de mortalidad, alta probabilidad de cometer errores en el tratamiento, aumento en el costo para las instancias públicas y la insatisfacción del tratamiento (Ortego, López y Álvarez, 2014).

Conforme se fue revelando la importancia de la adherencia al tratamiento en el contexto de salud, la OMS (citado en PFZER, s/n) la definió como aquellas conductas que conllevan al cumplimiento del tratamiento prescrito por profesionales de la salud; ya sea siguiendo un control ante la dosificación del medicamento a lo largo del día, el seguimiento de un régimen alimenticio o ciertas recomendaciones médicas con el objetivo de mejorar el estado de salud del paciente.

En varios foros de salud se reconoce a la adherencia terapéutica como conductas enfocadas hacia el cumplimiento y constancia del tratamiento para mejorar la calidad de vida. Algunos profesionales de la salud, como Ramos (2015) rescatan un punto importante, el cual es aprender a diferenciar entre una situación donde el paciente únicamente se dedica a seguir instrucciones por parte del médico, y un panorama donde se crea una relación entre el profesional de salud y el paciente donde ambos participan en el desarrollo de conductas de autocuidado. La meta es llegar el recuperar el estado de salud del paciente. Dentro de esta relación se deben promover conductas como la toma de medicamentos, seguir una dieta, realizar deporte, cumplir con las consultas de seguimiento, etc.

Aunque en teoría se plantea que la adherencia terapéutica es un pilar para alcanzar salud y bienestar, la OMS (2003) muestra datos poco alentadores sobre dicho panorama, ya que, hablando de las enfermedades crónicas como las enfermedades cardiovasculares, tan sólo el 50% de los pacientes que viven en países desarrollados cumplen su tratamiento, este porcentaje baja para los países que se encuentran en vías de desarrollo.

Los datos crudos muestran, por un lado, la población que ya se encuentra en un proceso de enfermedad, y que adicionalmente no sigue el tratamiento prescrito, es seguro que su padecimiento va a empeorar. Una vez que ocurre, la afectación de la enfermedad también quebranta directamente a las instancias de salud, incrementando los índices de mortalidad, disminución en la calidad de vida, la necesidad de administrar otros medicamentos y aumentar los recursos sanitarios.

No obstante, la no adherencia al tratamiento no es un fenómeno que implica la relación entre los profesionales de salud con el paciente, y otros factores que

intervienen en ésta. Por ello, no se puede culpar únicamente al usuario por no cumplir con el tratamiento prescrito, también hay que considerar las habilidades del personal médico para brindar herramientas a los pacientes para controlar su proceso de mejora en la enfermedad. A propósito, Martín (2004), publicó una investigación donde identificaba cuatro momentos que los pacientes tenían que realizar para considerarse adherentes al tratamiento:

- 1) Aceptación convenida del tratamiento: establecimiento de la relación profesional de la salud – paciente con el objetivo de elaborar una estrategia comportamental que garantice el compromiso de ambos a seguir el tratamiento.
- 2) Cumplimiento del tratamiento: el paciente realiza todas las acciones que el profesional le indica
- 3) Participación activa en el tratamiento: es el grado de participación del paciente a desarrollar comportamientos que lo conduzcan a un estado de salud gracias al seguimiento del tratamiento
- 4) Carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento: se refiere a la consistencia que tiene el paciente para adaptarse a nuevos entornos con respecto a su tratamiento.

Sin duda, es importante que el paciente transcurra por los cuatro momentos para asegurar que durante ese tiempo logre mantenerse acatando las normas establecidas.

En cuanto al personal médico que está a cargo de la supervisión constante del proceso, no existen pautas específicas que expliquen cómo realizan el proceso; sin embargo, la OMS (2003) recomienda a los profesionales realizar lo siguiente:

- a) Dar a conocer todas las indicaciones sobre el proceso del tratamiento
- b) Hacer sugerencias que incluyan el contexto del paciente
- c) Facilitar que los pacientes expresen sus dudas e inquietudes respecto al tratamiento

d) Ofrecer alternativas al paciente

La adherencia terapéutica es un fenómeno multifactorial que envuelve a la relación entre profesional sanitario y paciente. Algunos de los factores se mencionan a continuación (Ramos, 2015):

- Factores socioeconómicos: como su nombre lo indica, es la influencia del medio ambiente que proporciona condiciones poco favorables hacia el avance de la enfermedad como: la pobreza, bajo nivel educativo, el desempleo, el elevado costo de los tratamientos, entre otros.
- Factores relacionados con el sistema de salud: se refiere a los servicios de salud poco eficientes, la lejanía de las clínicas o la precariedad en las mismas (falta de medicamentos o falta de personal), falta de capacitación sobre el tratamiento de enfermedades.
- Factores relacionados con la enfermedad: referente a la condición patológica que presenta el paciente, la gravedad de la misma y al tipo de tratamiento que este reciba.
- Factores relacionados con el tratamiento: en este caso se considera la complejidad del tratamiento, número de fracasos anteriores e intentos por seguirlo, cambios frecuentes hacia el mismo, los efectos secundarios y la disponibilidad del personal médico para atender recaídas.
- Factores relacionados con el paciente: se contemplan aquellas actitudes, creencias, percepciones y habilidades que se centran en el comportamiento del paciente que sigue o no el tratamiento.

En el tratamiento de la obesidad, instruir a los pacientes en la modificación de sus hábitos alimenticios y de su estilo de vida sugiere tener un efecto positivo si se quiere perder peso ya que les permite iniciar y mantener cambios a lo largo del tiempo (García-Galbis et al., 2015). La dieta constituye la manera en que una persona se alimenta diariamente de forma adecuada para mejorar su calidad de vida; sin embargo, pareciera que el término adquiere una connotación negativa al significar que se restringen alimentos de forma contundente, lo cual puede parecer

una limitante para realizar ciertos cambios en la conducta alimentaria (Osornio, 2019).

En el caso de la obesidad, gran parte de la solución que se propone es seguir la dieta, puesto que como menciona Rodríguez y García (2011) el régimen alimenticio constituye la piedra angular del control de la enfermedad ya que reduce las posibilidades de que ésta se complique. Guimarães y colaboradores (2013) apuntan que en la adherencia a la dieta es importante reconocer el papel de otros factores como: variables sociodemográficas y culturales que facilitan o complican ajustarse a criterios alimenticios establecidos médica y nutricionalmente. Al menos en México, el Instituto Mexicano del Seguro Social, diseñó un tratamiento dietético nutricional con el objetivo de lograr la pérdida de peso, balancear su estado nutricional y cambiar el metabolismo de los pacientes con obesidad (IMSS, 2013). El plan de intervención se titula “Guía de Práctica Clínica. Intervención dietética: paciente con obesidad”, el cual hasta la fecha sigue vigente en las clínicas de salud a lo largo del país como parte del Programa Nacional de Salud.

La guía de intervención orienta el trabajo clínico de médicos y nutriólogos que tienen por trabajo brindar recomendaciones nutrimentales óptimas, con base en criterios que se estandarizaron a nivel nacional, por ende, se dividen dos formas de proceder las cuales son incluyentes:

1) Intervención nutrimental con diferentes tipos de dietas

Según el requerimiento del paciente y el tipo de obesidad que presente, se debe optar por una dieta que se adecue a sus necesidades. Los tipos de dietas son:

- Dieta baja en calorías. Consiste en consumir alimentos que no aporten un alto contenido calórico al reducir el número de calorías que aportan las grasas y azúcares dañinos.
- Dieta hipocalórica. Consiste en el equilibrio entre el gasto metabólico y la ingesta de alimentos, es decir, ingerir un índice menor de calorías de las que en promedio se gastan al día.

- Dieta mediterránea. Se basa en comidas con vegetales, frutas, alimentos con alto contenido en fibra, y con pocas porciones de proteína, que son el pollo y pescado.

- Dieta de reemplazo de alimentos. Se busca que el paciente logre sustituir alimentos procesados de forma gradual hasta lograr una alimentación natural sin aditivos extras.

2) Intervención que incluye la variación de alimentos según sus equivalentes (Sistema de Alimentos Equivalentes)

Se concentra en un plan de alimentación personal donde permite al usuario aprender a diseñar y elegir cada comida variando el grupo de alimento al que pertenecen, asegurando el balance, y la variación en la misma.

Para lograr una adherencia a la dieta de forma esperada, se requiere un trabajo multidisciplinar en el ámbito médico y nutricional, así como el papel de la Psicología al centrarse en el estudio, cambio y modificación de comportamientos que intervienen en el proceso de salud-enfermedad enfocados a desarrollar estilos de vida saludables. Como respuesta a esa demanda social, surge la psicología de la salud, encargada de promover y mantener el bienestar de los individuos en sociedad (Quijano y Olvera, 2018).

2.2. La intervención de la Psicología en la adherencia a la dieta

Las personas que son diagnosticadas con obesidad, no sólo llega a impactarlas de forma fisiológica, y psicológica sino también en lo social por ello es imprescindible planificar estrategias de prevención e intervención ante la obesidad y el sobrepeso. Cabe señalar que dentro de los actores que deberían estar cargo de la difusión de la promoción, prevención e intervención de la salud, destacan todos los profesionales que ven por la salud del ser humano, como los psicólogos.

Respecto a las intervenciones del área médica, se han diseñado varios tratamientos enfocados en dos puntos básicos:

1) Tratamiento farmacológico

2) Estilo de vida saludable.

Ambos tratamientos, se postulan teóricamente como los más eficaces; pero, al enfocarse en el punto número dos, se observa que es justo ahí donde los pacientes tienen problemas para cumplir una dieta, al no ser constantes en la toma de sus medicamentos y no practicar ejercicio, lo cual complica la situación (Korbman, 2010). Inclusive, varios autores que hablan sobre el desarrollo de la adherencia en pacientes crónicos observan que el éxito depende de una relación inversamente proporcional con respecto a la complejidad del tratamiento; es decir, a mayor complejidad, menor adherencia (Rodríguez, Rentería y García, 2013).

Este problema, se considera un reto para los psicólogos que trabajan en el ámbito de la salud, puesto que entre sus funciones se encuentran: diseñar, intervenir, desarrollar y promover habilidades sociales, de autocontrol y autocuidado tanto de manera individual como colectiva, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas (Cardozo y Rondón, 2014). Es así que el papel de la psicología se centra en modificar todas aquellas conductas de riesgo que representan un problema para la persona que es diagnosticada como obesa, logrando que esta pueda cambiar sus hábitos alimenticios a partir de la identificación de las relaciones funcionales calificadas como problemáticas.

En este sentido, la OMS ayudó a definir el papel de los psicólogos en el trabajo con las personas con obesidad, puesto que en el 2006 su proceder se centró en la prevención, e intervención de la salud. En el primer caso, se hablaba de trabajar con la toma de decisiones para elegir alimentos saludables y balanceados, mientras que, en el segundo, tenían como objetivo modificar los comportamientos de riesgo que empeoraban su condición física, tales como: sedentarismo, alimentación hipercalórica, entre otros.

Lugli (2017) menciona que el cuidado del peso ya sea para bajar o mantenerlo, está sujeto al autocontrol, la autoeficacia y el locus de control, así como el manejo de ciertas variables que son importantes para lograr que una persona cumpla el objetivo de alimentarse correctamente según los requerimientos del médico. Autores como Rothman, Gillespie, y Johnson (2009) afirman que otras

variables que influyen en la toma de decisiones en el comportamiento alimentario, pueden ser tanto sus relaciones interpersonales, es decir, la interacción del individuo con su medio, y algunas personas que son significativas como su familia, su pareja, amigos o compañeros del trabajo, ya que son ellos quienes indirectamente fomentan que una persona se adhiera o deje de lado la dieta prescrita por el médico. Tanto la familia como los amigos funcionan como un apoyo social debido a que resultan importantes dentro del proceso de socialización de una persona y, por ende, intervienen en todo tipo de decisiones mermando su conducta ante los diferentes contextos.

Salas, Gattas y Ceballos (2010) mencionan que la dimensión psicológica es vital para el tratamiento y prevención de la obesidad, ya que se reporta que existen variables que dan cuenta de la relación entre la obesidad, la psicología y la intervención que se enfoca en el cambio comportamental, las cuales son: 1) aquellas que se relacionan con la conducta de comer excesivamente asociadas a la personalidad, 2) variables que vinculan con los procesos regulatorios del comportamiento para apegarse a una dieta y 3) las que se asocian con el contexto relacional, es decir, el estilo de vida. En este último se hace mención del funcionamiento familiar, el tipo de educación en términos de salud y la promoción de conductas que ayuden a seguir una dieta, tratamiento, etc. El punto anterior, se enfoca al papel de la familia como promotora de habilidades básicas que se replican en otros ámbitos, y si en ésta no tienen el hábito de comer saludable o comprometerse con alguna dieta, hace más probable que la persona replique estos comportamientos en otros contextos.

Hablar de la labor del psicólogo ante una situación de emergencia sanitaria, como es la obesidad obliga a plantear desde el proceso de salud-enfermedad, modelos que expliquen los factores de riesgo, su evolución, así como todas las repercusiones que existen a nivel biológico, psicológico y social, para llegar al diseño de intervenciones acertadas con la finalidad de lograr disminuir las incidencias, y sobre todo, mejorar la calidad de vida de los pacientes, sin olvidar la prevención mediante campañas que, más allá de informar, tengan como meta el

desarrollo de conductas de autocuidado (Martín, 2003; Londoño, Valencia y Vinaccia, 2006).

2.2.1. Modelos que evalúan el fenómeno de la adherencia a la dieta

Muchos de los psicólogos que se han propuesto a examinar el fenómeno de la adherencia, han coincidido en que es un fenómeno multifactorial el cual está modulado por un sistema de creencias y conocimientos que se relacionan con las habilidades del paciente, la enfermedad (obesidad) y las recomendaciones que hacen los médicos al respecto (Cabrera, 2004). Al respecto, se han propuesto diferentes modelos y teorías que intentan explicar el proceso de salud–enfermedad relacionado con la obesidad, con la meta de generar nuevas formas de intervención que, a su vez, den como resultado nuevas estrategias para la población que la padece.

Las primeras investigaciones partieron de explicar la adherencia con base en las características de la personalidad y variables sociodemográficas (Morales, Abarca, Huici y Fernández, 1985). Con respecto al primer tópico, se afirmaba que, si una persona se comportaba de manera adherente hacia el tratamiento, se debía a que su personalidad y sus características psicológicas le permitían hacerlo, y, de alguna manera, esos rasgos eran innatos. Esto quiere decir que la persona ya nacía con una predisposición a realizar conductas similares. Respecto al segundo tema, el autor refiere que la adherencia era una forma de comportamiento que estaba sujeta a las condiciones sociales en donde crecía la persona, por ejemplo: una persona que no tiene un bagaje cultural suficiente lo más seguro es que no pueda interpretar de manera correcta una tabla de información nutrimental, por ende, no tiene conocimientos necesarios para alimentarse balanceadamente.

Otra vertiente apareció conforme a los modelos operantes que ofrecían explicaciones con base en la relación Estímulo–Conducta–Consecuencia, partiendo del punto de la existencia de estímulos ambientales que facilitan una conducta, la cual es reforzada constantemente formando hábitos que se encaminan a la adherencia o, por lo contrario, hábitos poco saludables.

Con el paso del tiempo, surgió la revolución cognitiva donde aparecieron modelos que justifican la relevancia de las creencias, las cogniciones y las emociones que aparecían según el contexto de salud en el que se desarrollaba la adherencia a la dieta. A continuación, se mencionan los modelos más importantes que explican teóricamente la adherencia.

2.2.1.1. Modelo de Creencias en la Salud

Se desarrolló a partir de los años 50 en Estados Unidos, por Rosenstock (1960) y un grupo de estudiosos en psicología social dedicados a la investigación, adaptación de los enfermos y el grado de participación que ejercían en su salud. Es así que su trabajo puso en relieve la explicación de conductas que se relacionan con la adherencia al tratamiento, así como en la promoción de la salud y prevención de enfermedades (Soto, Lacoste, Papenfuss y Gutiérrez, 1997).

Este modelo se basó en las teorías de valor esperado, es decir las expectativas que se apegan a dos variables que mencionan la funcionalidad de la conducta a partir del valor que la persona otorga hacia un objetivo y la estimación probabilística que hace referente hacia alcanzar ese objetivo. Las dos variables se ajustan a dos dimensiones de creencias (Ortego, López y Álvarez, 2014):

- a) Grado de disposición psicológica, para realizar una acción preventiva según su vulnerabilidad y riesgo percibido con la enfermedad
- b) Sopesar los costos y beneficios que tendrá la realización de la acción preventiva

La combinación de ambas dimensiones, proporcionan la motivación (con respecto a la dimensión a) que es la base para mostrar cambios según los costos y beneficios al ejecutar una acción preventiva en su salud. Cabe señalar que el grado de disposición al cambio dependerá totalmente de las creencias que tenga la persona según su enfermedad, el cómo la perciba, lo que crea respecto a ésta y los cambios pertinentes a realizar.

Una vez mencionadas las dimensiones y variables más importantes en el modelo, existen cuatro factores que se involucran en la percepción y creencias sobre la enfermedad, éstas son:

- Vulnerabilidad percibida de la enfermedad
- Amenaza percibida de la enfermedad
- Probabilidad de desempeñar una acción preventiva
- Beneficios percibidos de la acción preventiva

Estos factores, pueden aumentar según algunos “disparadores de conducta” que se encuentran en el ambiente social como variables sociales que van desde campañas de salud, consejos médicos, percepción de enfermedad de algún familiar cercano, amigo o conocido.

Uno de los puntos más fuertes del modelo es que rescata la autopercepción y creencias que están relacionadas con la motivación al cambio según el paciente y la interacción que tenga con su enfermedad, siendo así que el trabajo del psicólogo es cambiar percepciones y creencias haciendo énfasis en la importancia que tienen los cambios para mejorar la salud (Ortiz y Ortiz, 2007).

2.2.1.2. Teoría de la Acción Razonada

Esta teoría fue creada en la década de los 70's por Ajzen y Fishbein (1973) en Estados Unidos. Coloca el comportamiento humano bajo el control racional que procesa, estructura y forma una intención de realizar o no ciertas conductas. La intención, es definida como la decisión de ejecutar cualquier acción, siendo clave para predecir una conducta en cualquier contexto (Dorina, 1973).

La intención está regulada por dos variables; a) componente actitudinal: se refiere a la actitud del sujeto como una predisposición a realizar ciertas conductas reguladas por sus creencias positivas o negativas, y b) componente normativo: considera a una norma subjetiva que percibe el sujeto según las expectativas que sus grupos sociales esperan de su comportamiento. En conjunto, estos puntos intervienen en la predisposición gracias a un grado de presión hacia el sujeto que

activa cambios significativos en la conducta. Por otro lado, la relación entre la conducta e intención se establece a partir del grado de correspondencia de la conducta esperada y la intención que tiene el sujeto a realizarla, así como el grado de importancia que tienen las normas subjetivas y de otros.

En el ámbito de la salud, tiene relevancia el argumento de la intención conductual como promotor de cambios en el seguimiento de dietas o prescripciones médicas y la motivación que genera su componente normativo para el cumplimiento de estas. Así mismo, se agrega una variable que se llama *control percibido*, que consiste en la percepción de dos tipos de obstáculos que afectan la intención; por un lado, la falta de habilidades para apegarse a la dieta y por otro, los obstáculos situaciones que son los recursos disponibles para realizar la conducta deseada (Jiménez et al., 2003). Finalmente, esta teoría se sustenta en la intención como el iniciador del cambio según la actitud personal y normas subjetivas de acuerdo con los criterios de la adherencia a la dieta.

2.2.1.3. Teoría de la Autoeficacia

La autoeficacia se introdujo como el término principal en la Teoría Social Cognitiva (Bandura, 1977) para comprender que la motivación y la conducta están reguladas por el pensamiento. En este proceso mental se involucran tres tipos de expectativas: 1) las de situación: las consecuencias son ambientales independientes de la acción personal, 2) de resultado: la creencia va a producir resultados y 3) la autoeficacia donde la creencia tiene las capacidades necesarias para producir determinadas acciones (Olivari y Urra, 2007).

La teoría defiende el punto de que al realizar una conducta (conocimiento–acción), ésta se encuentra regulada por el pensamiento. Al mismo tiempo de que las creencias que tiene el sujeto ante una situación, es lo que le permitirá ser eficaz al desarrollar habilidades personales para controlar sus acciones. Es decir, la autoeficacia se logra a partir de la triada cognición–afección–motivación (Ortego, López y Álvarez, 2014).

En el ámbito de la salud se ha utilizado esta teoría para explicar la adopción de conductas saludables según dos puntos importantes:

- a) Entre más altas sean las creencias y expectativas más probable es que una persona se adapte rápidamente al tratamiento con motivación, menor nivel de estrés y percepción de amenazas
- b) La autoeficacia es el pilar del cambio y adopción de conductas saludables

Precisamente, en los tratamientos que refieren a la adherencia terapéutica, la autoeficacia es lo primordial para modificar las conductas.

2.2.2. Herramientas para medir la adherencia a la dieta

La adherencia a la dieta es un fenómeno multifactorial de tal forma que da pie a la creación de modelos y teorías que intentan explicarlo (Juárez, 2011), asimismo permite el aporte de varias medidas que se utilizan en la práctica clínica y que ayudan a determinar si una persona desempeña comportamientos adherentes. Los sistemas de evaluación más frecuentes son los siguientes (Ortego, López y Álvarez, 2014):

- Autorregistros. Consisten en que la persona registre los alimentos dentro de su dieta que consume por día. Estos informes se contrastan el día de consulta para evaluar el nivel de adherencia
- Autoinformes. Consiste en que la persona a la que se le prescribió una dieta, el día de la consulta, informe al médico si cumplió con lo establecido; si no es así, se buscaría una forma de variación en la dieta o en algún tipo de alimento que sirva como apoyo para el seguimiento de esta
- Informes de personas próximas al paciente. Se solicita a los familiares del paciente que registren diariamente los alimentos prescritos en la dieta, así como los consumidos por la persona

- Resultados clínicos. Se evalúan las medidas antropométricas de la persona como, por ejemplo: el peso, la talla, y porcentaje total de tejido adiposo en el cuerpo. Se realiza en cada consulta
- Medición del consumo de medicamentos. Se intenta que el paciente tome las dosis de cada medicamento para regular su padecimiento, por ejemplo, si el medicamento es Metformina, que sirve para regular el metabolismo y producción de insulina en sangre, las dosis exactas son las que se mandan al paciente
- Mediciones bioquímicas. En éstas suelen hacerse exámenes médicos para evaluar nivel de colesterol, triglicéridos y hemoglobina glucosilada. Los valores que arrojan estos estudios deben disminuir conforme el seguimiento realizado en las consultas

Esta clase de mediciones aporta mucho para evaluar el nivel de adherencia; sin embargo, se aplican de manera aislada y sin seguimiento o retroalimentación por parte del profesional de la salud. De tal manera, que los modelos no se ajustan totalmente al cómo se mide en la práctica diaria en el seguimiento de la dieta.

2.3. El papel del Interconductismo en la salud

2.3.1. Modelo Psicológico de la Salud Biológica

La inclusión de la psicología interconductual en el ámbito de la salud se dio gracias a la aproximación realizada por Ribes (2008) en su libro *Psicología y Salud*. El análisis conceptual que realiza permite la adecuación de criterios psicológicos al área de la salud, así como la identificación de dos fases que permiten la desagregación de los procesos y resultados que generan la interacción entre salud y enfermedad. Resulta importante revisar cuáles son cada uno de estos elementos que componen el modelo psicológico de la salud.

Esclarecer cuáles son los supuestos que sustentan dicho modelo permite identificar qué elementos le competen y cuáles no dentro del continuo salud-enfermedad. Primero, se determina la relevancia de la descripción psicológica de

este continuo, ya que permite identificar tanto la dimensión biológica como la sociocultural, así como las variables que tienen lugar en dicha interacción. Segundo, se precisa que tanto los factores biológicos como socioculturales se encuentran caracterizados dentro del ámbito de la salud desde una perspectiva psicológica, y no según como se han definido en sus disciplinas de origen. Los factores biológicos, por ejemplo, son entendidos como la existencia del individuo y las reacciones biológicas que se asocian a su actividad. Los factores socioculturales, por su parte, son caracterizados por la interrelación del individuo, el medio y su historia.

Dentro del Modelo Biológico de la Salud Biológica, la dimensión psicológica se divide en 3 factores fundamentales que posibilitan su comprensión. El primero de ellos refiere a cómo el comportamiento funge como modulador de los estados biológicos del organismo. El segundo se orienta a la descripción de las competencias y su relevancia en la efectividad del individuo para poder interactuar con una diversidad de situaciones que afectan el estado de salud. Por último, la consideración de los estilos interactivos, o las maneras consistentes en las que un individuo se comporta, permite identificar las situaciones que pueden afectar potencialmente su condición biológica.

Reafirmar la relevancia de estos tres factores permite determinar la dimensión psicológica de la salud. Por ello, cuando se habla del proceso que lleva a la presencia o ausencia de enfermedad biológica se enuncian todos aquellos elementos que se engloban en hacer o no hacer, no hacer, hacerlo de cierta manera y frente a ciertas condiciones, del organismo. De esta manera, comportarse de cierta manera frente a una situación de vulnerabilidad biológica, puede propiciar el desarrollo de una enfermedad; así mismo, el conocer el desarrollo de una enfermedad, sus fases y formas de contagio, permite al individuo tomar decisiones respecto a su hacer frente a esa condición de vulnerabilidad. Considerando lo anterior, cuando se habla sobre la fase de resultantes, se entiende la ausencia o presencia de enfermedad biológica derivada del equilibrio entre los comportamientos auspiciadores o propiciadores, así como acciones preventivas o acciones relacionadas con la rehabilitación y la curación.

Ambas fases y factores serán descritos en secciones posteriores para detallar sus componentes y modalidades, así como la identificación de los momentos e interrelaciones que permiten identificar una afectación en el continuo de salud-enfermedad.

2.3.1. 1. Fase de Procesos

Como se mencionó en el apartado anterior, el Modelo Psicológico de la Salud Biológica (Figura 1), se compone de dos fases, la primera de ellas se encuentra compuesta por prácticas que realizan los individuos y que contribuyen al establecimiento del equilibrio (o falta de este) entre el la salud y la enfermedad; la segunda, enmarca los resultados biológicos desarrollados en correspondencia con dichas acciones ubicadas en la fase anterior.

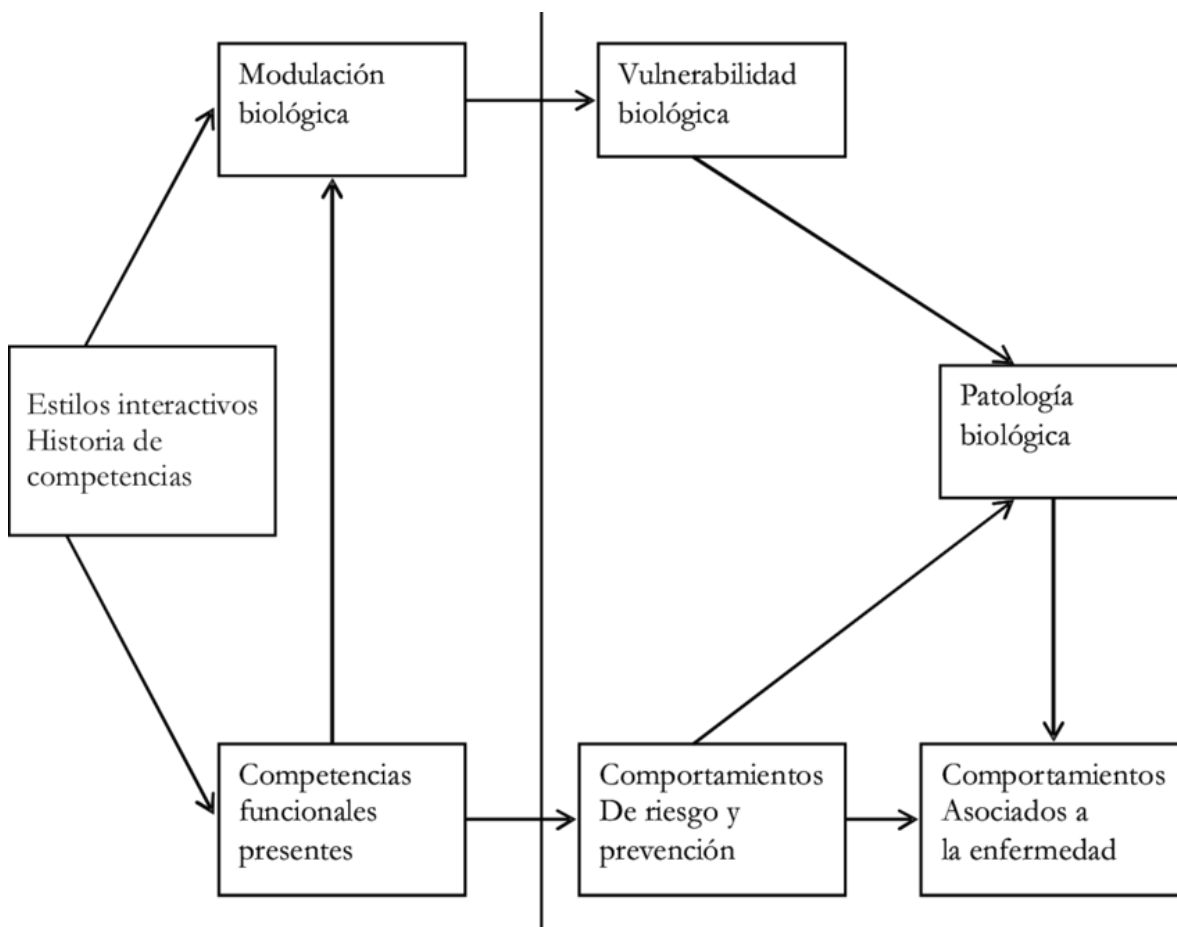


Figura 1. Modelo Psicológico de la Salud Biológica

Dentro de la primera fase del modelo se encuentran las vinculaciones entre las condiciones biológicas del organismo con las acciones que este realiza, y se enmarcan en el medio sociocultural en el que cual se desarrolla. El proceso de salud se localiza en la historia del individuo y cómo se relaciona con la dimensión biológica afectando las competencias presentes que va desarrollando. De esta manera, un individuo que presenta una condición biológica en la cual sea propenso a generar alguna reacción alérgica ante ciertas condiciones particulares como son el polvo, el polen o la caspa de los animales, si no actúa de manera preventiva, utilizando cubrebocas, por ejemplo, mientras se encuentra en un contexto en el cual se vea rodeado por construcciones, jardines o animales, existirá una amplia propensión a desarrollar alguna reacción alérgica o alguna enfermedad del sistema respiratorio, afectando así el equilibrio del cuerpo.

Los componentes de este proceso psicológico son la historia interactiva del individuo, las competencias funcionales al interactuar con una situación determinada y la modulación de los estados biológicos del organismo, por parte de las contingencias ambientales que definen una situación particular.

Historia Interactiva

Cuando se habla de historia interactiva se habla de la manera en cómo el individuo se ha comportado en el pasado en determinadas situaciones y de las relaciones que establece con las mismas. Esta historia psicológica resulta una disposición del individuo para interactuar con una situación basándose en sus formas y modos previos que resulten funcionales para dicho evento. Así mismo, resulta un factor que posibilita o interviene en la emisión de ciertas conductas. Por lo tanto, la historia interactiva se entiende como aquellos modos de comportamiento que posibilitan que un individuo se desempeñe de cierta manera, ante una situación que presente o prescriba criterios determinados. Por ejemplo, si un trabajador, que en su historia laboral ha solucionado los conflictos que se presentan con sus compañeros acudiendo con su jefe, cuando se presente una situación semejante, es altamente probable que su desempeño se oriente a buscar el apoyo de su superior para poder solucionar dicho conflicto. En este breve ejemplo se muestra

cómo las interacciones del pasado, en este caso efectivas, han generado una disposición en el individuo para desempeñar maneras particulares de comportamiento. Esta historia interactiva tiene dos ejes que le permiten precisar algunos detalles respecto a estos modos de comportamiento.

Estilos interactivos

Son maneras idiosincráticas y consistentes que un individuo desempeña para enfrentar una situación con la que está interactuando por primera vez. Los estilos modulan la velocidad, oportunidad y precisión de las conductas efectivas. Así, representa la manera en la que se desempeñará el individuo si la situación no impone criterios claros o específicos, y, posteriormente, se verá reflejado en situaciones cuyos criterios se explicitan de manera directa y precisa. Ribes (2008), incluye 12 tipos de estilos interactivos que se desarrollan según un tipo de situación determinada, a saber: toma de decisiones, tolerancia a la ambigüedad, tolerancia a la frustración, persistencia al logro, flexibilidad al cambio, tendencia a la transgresión, curiosidad, tendencia al riesgo, dependencia de señales, responsividad a nuevas contingencias, impulsividad-no impulsividad y reducción de conflicto.

Cada uno de estos estilos presenta un cierto nivel en el cual se pueden desempeñar, por ejemplo, en el caso de la dependencia de señales, si se le varían las condiciones bajo las cuales se ha desarrollado el individuo, éste puede: ajustarse a los cambios, eliminar la señalización anterior, agregar nuevas señales, no realizar modificaciones a las señales, pero modificar su comportamiento. Para ejemplificar este caso, como punto de referencia, se ubica a un adulto mayor que a lo largo de 2 años, ha tomado los mismos medicamentos. Si en una de sus consultas su doctor le menciona que es necesario cambiar el medicamento por otro y, además, modificar las dosis, un desempeño de ajuste sería que el paciente distribuyera en una caja o un pastillero los medicamentos según horarios y dosis, para que pueda seguir su tratamiento al pie de la letra.

Existen estilos que influyen sobre la siguiente dimensión que ayuda a entender más a detalle el funcionamiento de la historia interactiva. Estilos como la

persistencia al logro, la flexibilidad al cambio, la tendencia a la transgresión, la curiosidad, la dependencia de señales y la responsividad a nuevas contingencias, influyen sobre las competencias funcionales que el individuo puede desarrollar frente a una situación determinada.

Disponibilidad de Competencias Funcionales

Esta dimensión se refiere a la capacidad conductual de un individuo que se encuentra directamente relacionada con las interacciones pasadas, en las cuales, ha desarrollado ciertas formas de comportamiento ante determinadas situaciones contingenciales. Esta capacidad conductual se define con base en las consecuencias que han tenido lugar en las situaciones con las que ha interactuado en el pasado y en correspondencia con los resultados obtenidos. Dentro de la historia de competencias, existen varios factores que configuran la composición de estas en función de si son facilitadoras o no de interacciones efectivas en situaciones presentes, estas son (Ribes, 2008):

Tabla 3. Factores que interactúan en la disponibilidad de competencias funcionales

Factores	Desagregación
Características de las conductas efectivas	<ul style="list-style-type: none"> a) Morfologías del individuo y de otros b) Conducta relativa a una persona específica, a varias, a sí mismo o a circunstancias no personales c) Características dinámicas de la interacción (densidad, frecuencia, vigencia, intensidad)
Situaciones	<ul style="list-style-type: none"> a) Circunstancia social (relaciones familiares, de amistad, situaciones de trabajo, de aprendizaje, negocios) b) Lugar o lugares c) Objetos o acontecimientos físicos

d) Conductas socialmente esperadas (específicas y genéricas)

e) Competencia social en el ejercicio de dichas conductas (si sabe hacerlo, como lo hace, capacidad por experiencia, información o instrucción)

f) Inclinations (gustos, preferencias, estado de ánimo, conmoción emocional -intensa y temporal- condición biológica, actitud interactiva [Conducta previa a la interacción])

g) Tendencias (conductas e interacciones que el usuario llevó a cabo en el pasado, en qué circunstancias y con qué efectos lo hizo)

Personas

Que pueden actuar directa o indirectamente en cada una de las funciones

a) Auspiciador: aquel que facilita las condiciones para que algo suceda

b) Disposicional: Aquel que genera estados de ánimo o regula inclinaciones

c) Mediador de la contingencia: Determina el tipo de interacción que se está dando; regula la contingencia.

d) Mediado: aquel que es regulado por el mediador de la contingencia

e) Regulador de tendencias: no genera la tendencia, solamente la regula en condiciones presente dada su función histórica o capacidad como enseñante

Efectos	a) Intra y extrasituacionalmente
	b) Directo o indirectos
	c) Sobre otros o sobre uno mismo
	d) Singulares y múltiples
	e) Concurrentes y secuenciales
	f) Inmediatos o demorados
	g) Relativos a su valoración costo-beneficio

Cada uno de estos factores ayuda a configurar elementos presentes dentro de una situación y la interacción que existe entre ellos, así como posibilitar la identificación de competencias que se vinculen con cierto tipo de factor. Un ejemplo de esto sería la clasificación que se realiza de una persona cuando se dice que tiene *buena* adherencia a la dieta. Esta *buena* adherencia se puede traducir en la competencia para seguir una dieta, y dicha competencia en factores como que el individuo, considerando la lista de alimentos que puede consumir, compra únicamente esos alimentos que el médico le prescribió; de esta manera, evita situaciones en las que se expone a consumir en la calle alimentos altos en grasas; así mismo, reconoce las personas que, con su actuar, influyen de manera negativa y orientan al individuo a situaciones en las que rompería su dieta; por último, la capacidad conductual se complementa con los efectos que genera la interacción entre los factores anteriores, estos efectos podrían ser, regulación de glucosa en sangre, regulación de tensión arterial, reducción de los efectos de la irritación y la gastritis, entre otros.

Analizar la historia de competencias, permite definir aquellas que se enmarcarán en situaciones específicas y que determinan la funcionalidad del comportamiento del individuo dando como resultado las competencias funcionales presentes.

Competencias Funcionales Presentes

Estas competencias son aquellas que aluden al desempeño de un individuo enmarcado en una situación determinada actual. Así como la historia de competencias se divide en varios factores, que también se corresponden con tres elementos de la situación que ayudan a determinar la funcionalidad del comportamiento. En primera instancia, se encuentran los requerimientos de la situación, aquí se observa el tipo de consecuencias para el individuo y los cambios en el ambiente que surgirán a partir de una acción determinada. El segundo elemento a analizar, son las características de la situación, estas características son todos aquellos factores que definen el contexto de la interacción, como pueden ser las condiciones físicas y sociales que lo configuran, tales como campañas de vacunación, vivir en una zona industrial con altos índices de contaminación, etc. Por último, la consideración de la historia de competencias que permitan al individuo interactuar de cierta manera frente a dicha situación.

Hablando meramente de competencias funcionales efectivas en una situación, estas se constituyen por cuatro niveles funcionales en los que pueden tener lugar las acciones realizadas por el individuo y que, en su conjunto, refieren modos de comportamiento regulados por factores en un orden convencional lingüístico. Es relevante recalcar la importancia de este factor, ya que se vincula directamente con las conductas instrumentales que propician o intervienen el desarrollo de la enfermedad. Estas conductas instrumentales son las que se presentan en la fase de resultantes. Los niveles funcionales en que se desarrollan estas competencias se presentan en la Tabla 4.

Tabla 4. Interacciones por nivel funcional correspondiente a las competencias funcionales presentes

Nivel funcional	Definición
Interacciones situacionales no instrumentales	El individuo reacciona de manera particular ante la situación y sus elementos y personas que interactúan, sin alterar sus propiedades funcionales, como puede ser el seguimiento de instrucciones.
Interacciones situacionales instrumentales	El individuo desarrolla una conducta efectiva que le permite producir cambios en la situación, objetos o personas con las que interactúa que, a su vez, constituyen consecuencias que afectan de manera favorable o desfavorable a su propio comportamiento.
Interacciones extrasituacionales	La persona se comporta frente a los elementos o contingencias presentes en una determinada situación, como si tuvieran las propiedades de otros elementos o contingencias. Un ejemplo de esto es la reacción de que presentan algunas personas, al sentir un dolor en el brazo cuando van a asistir a la aplicación de una vacuna, aun cuando no se encuentran dentro de la situación de aplicación.
Interacciones transituacionales	El individuo responde ante una situación, según las condiciones efectivas o de su experiencia, con otras que son equivalentes. El individuo reacciona o enfrenta la situación con base en la conceptualización que realiza de la misma. Un ejemplo de esto sería la negación para recibir

un tratamiento debido a que tiene cierta creencia religiosa que se lo impide

Modulación de los estados biológicos

Este factor refiere a las condiciones biológicas del individuo que pueden ser afectadas dependiendo de la manera en que se comporte frente a una situación determinada y sus contingencias. También, se consideran las propiedades funcionales de las circunstancias ambientales vinculadas a reacciones adversas para el organismo, como es el estrés, que se encuentra directamente vinculadas con el actuar del individuo, mismo que funge como un regulador comportamental. De esta manera, dentro del Modelo Psicológico de la Salud Biológica, la modulación de los estados biológicos resulta el punto de convergencia entre los estilos interactivos, la historia de competencias y las competencias funcionales presentes, generando así, la pauta para poder identificar la vulnerabilidad biológica del organismo.

La modulación de los estados biológicos hace referencia a que las condiciones biológicas del organismo pueden ser afectadas diferencialmente, dependiendo de la manera en que el individuo actúa frente a las contingencias de una situación determinada. El comportamiento es la dimensión crítica que regula diferencialmente las propiedades funcionales de los agentes del ambiente en su acción sobre el organismo. Se establece que las variables vinculadas a las interacciones conductuales pueden afectar los estados biológicos.

2.3.1.2. Fase de Resultados

En este segmento se observan las consecuencias en forma del grado de vulnerabilidad biológica del organismo, la emisión de conductas instrumentales de riesgo o preventivas, así como la convergencia de estas para determinar la probabilidad de que se produzca la enfermedad. Estos factores son el resultado de la fase de procesos psicológicos de la salud y su esclarecimiento, brinda la

oportunidad de realizar un análisis detallado de los elementos presentes en el ámbito de la salud desde la perspectiva psicológica.

Vulnerabilidad biológica

La vulnerabilidad biológica hace referencia a la interacción de condiciones orgánicas que aumentan el riesgo de que el individuo desarrolle cierta enfermedad. Estas interacciones pueden ser biológicas propias del organismo o como resultado del comportamiento del individuo. La inmunodeficiencia, enfermedades congénitas, predisposición biológica a la adquisición o desarrollo de ciertas enfermedades son el claro ejemplo de una vulnerabilidad biológica propia del organismo. El caso de la desnutrición, las afectaciones por cuestiones del entorno como la contaminación, son un ejemplo de vulnerabilidad biológica como resultado del comportamiento del individuo o de su situación social.

Conductas instrumentales

Las conductas instrumentales son aquellas acciones del individuo que disminuyen o aumentan la probabilidad de contraer una enfermedad. Como se ha mencionado, dependen directamente de las competencias funcionales presentes en la fase de procesos y hacen referencia al entrenamiento en prácticas de salud que hayan podido desarrollar los individuos, así como la consideración de factores culturales que intervienen de manera directa o indirecta con dichas prácticas.

Las conductas instrumentales de riesgo pueden observarse de manera directa o indirecta. En el caso de la primera, son aquellas que producen un contacto directo con el agente infeccioso que afecta de forma específica los órganos o tejidos del organismo. Un ejemplo de esto es el contacto sexual sin protección con una persona que presente lesiones propias del virus del papiloma humano. Ahora bien, para el caso de las segundas, la vulnerabilidad del organismo aumenta sin presentarse un contacto directo con los agentes patógenos o infecciosos. El que un individuo, sabiendo que se encuentra en una habitación con personas que presentan alguna enfermedad de vías respiratorias, no realice una adecuada protección para evitar el contagio, como utilizar un cubrebocas, lo establece como un caso de conducta instrumental de riesgo indirecta.

Las conductas instrumentales, al ser la manifestación práctica del nivel de competencia funcional de un individuo, pueden presentar tanto efectos inmediatos como a largo plazo. Para el caso de las primeras, se facilita que un individuo evite realizarlas dada la correlación que se establece entre dicha conducta y las consecuencias sobre el organismo. Afectaciones físicas directas como son cortadas, quemaduras o lesiones, que causan dolor inmediato en el individuo, tienen mayor probabilidad de ser evitadas posteriormente. Las segundas, son aquellas que presentan distinto grado de demora y tienen una alta probabilidad de ser abandonadas por los individuos debido a que las consecuencias de las mismas, no se ven reflejadas en el tiempo en que se está realizando la acción. Seguir una dieta, por ejemplo, tiene consecuencias a largo plazo cuando lo que se pretende es una reducción de grasa corporal, por lo tanto, existe una alta probabilidad de que los individuos dejen de seguirla al no notar una rápida reducción de peso o circunferencia.

Las conductas instrumentales preventivas, por su parte, pueden configurarse en cinco formas de competencias a saber: qué se tiene que hacer, bajo qué circunstancias, cómo decir y cómo reconocer; saber cómo hacerlo, haberlo hecho antes o haberlo practicado; saber por qué se tiene que hacer o no, sus efectos, y reconocer si se tiende o no a hacerlo; saber cómo reconocer la oportunidad de hacerlo y no hacerlo; y saber otras cosas en dicha circunstancia o saber hacer lo mismo de otra manera. Cada uno de estos saberes se enfoca en un comportamiento preventivo cuyo propósito es evitar el contacto con la enfermedad.

Patología biológica

La existencia de un elevado grado de vulnerabilidad biológica, en conjunto con el resultado de conductas instrumentales de alto riesgo, dan como resultado la patología biológica. Este factor en el cual se encuentra establecida la enfermedad, presenta tres elementos que deben considerarse, pues, el hecho de que la enfermedad ya se haya desarrollado, no protege al individuo del desarrollo de otras enfermedades o de complicaciones de la misma patología ya desarrollada. Estos factores son los siguientes:

1. Factores vinculados al seguimiento y adherencia de un tratamiento efectivo. Actividades del organismo directamente ligadas al proceso terapéutico médico, tales como el adecuado seguimiento de una dieta, el consumo de medicamentos, entre otras.
2. Comportamientos requeridos en aspectos rehabilitativos de las enfermedades, tales como la terapia física, seguimiento de instrucciones y realización de movimientos específicos posteriores a una cirugía, entre otros.
3. Desarrollo de comportamientos asociados a la patología biológica y que pueden tener cierta autonomía funcional. El desarrollo de una neuropatía en el caso de los pacientes con diabetes

Conductas asociadas a la enfermedad

En lo que respecta a las conductas asociadas a la enfermedad, estas pueden presentarse directamente con el desarrollo de una condición biológica, o como resultado de ciertas conductas instrumentales, sin la necesidad de que exista una patología biológica.

El primer tipo de conductas asociadas hacen referencia a aquellas que son el efecto de una alteración biológica que se derivan de un tratamiento específico, o que se vinculan indirectamente con la condición patológica, como pueden ser algunas conmociones emocionales. Por ejemplo, en el caso particular del tratamiento con quimioterapias, los pacientes suelen desarrollar vómitos o náuseas derivadas por la administración del medicamento.

El desarrollo de conductas asociadas a la enfermedad sin que exista una patología biológica demuestra la incapacidad del individuo para interactuar de manera adecuada con ciertas situaciones, y dicha incompetencia puede producir consecuencias sociales que compensan dicha incompetencia. Si, por ejemplo, un individuo ha identificado que presentando dolores de cabeza frecuentes o mareos que no le permiten levantarse de su cama puede evitar ciertas reuniones familiares

a las cuales no desea asistir, presentará aquellas molestias, dolores y estados de ánimos asociados a una patología biológica auténtica, sin presentarla realmente.

Recapitulando, la condición patológica, hablando desde el punto de vista psicológico, es el resultado de la convergencia de dos factores presentes en la fase de resultados, la vulnerabilidad biológica y las conductas instrumentales. En primera instancia, la alta vulnerabilidad biológica depende de una modulación biológica inadecuada, expresada en términos tanto comportamentales, como contextuales. Segundo, el ejercicio de conductas instrumentales de alto riesgo es dependiente de ciertas competencias no efectivas que conllevan al individuo al contacto con el agente patógeno o infeccioso. Por su parte, tanto modulación biológica, como las competencias presentes son resultado de los estilos interactivos y la historia de competencias.

Realizar este análisis psicológico de la salud biológica, permite identificar los elementos en los cuales se está realizando un comportamiento de riesgo, así como también, los elementos contextuales que influyen directamente en el desarrollo de una patología biológica o de comportamientos asociados a la misma.

2.3.2. La utilidad del análisis contingencial como sistema explicativo

El análisis contingencial (Ribes, Díaz, Rodríguez y Landa, 1986), surge como una propuesta aplicada del Modelo Psicológico de la Salud Biológica (Ribes, 2008) con la intención de derivar las propuestas teóricas realizadas hasta el momento, tanto en un procedimiento de análisis metodológico como un sistema explicativo que complementa y organiza la propuesta del autor.

Como metodología, el análisis contingencial contribuye al ámbito de la psicología clínica, debido a que se impone como una tecnología viable cuyo origen se encuentra dentro del marco teórico de la psicología interconductual. La congruencia de esta teoría respecto a su marco conceptual permite la consideración de todos los elementos e interacciones con las que el individuo puede tener contacto. Esta amplia consideración de dichos elementos lleva a la constitución de una teoría de campo que estructura, como se revisó en el apartado anterior,

aquellos elementos, personas, eventos o situaciones, que se interrelacionan entre sí, dando como resultado, en el ámbito de la salud, un estado biológico saludable o enfermo.

Los elementos mencionados forman parte de una compleja red de relaciones entre el individuo y su medio. Estas relaciones definen el campo de contingencias a analizar en su totalidad: el sistema microcontingencial. Este sistema se compone de cuatro elementos (Tabla 5) que dependen los unos de los otros debido a la mediación que ejercen entre sí. En el caso de la adherencia a la dieta, alguno de estos elementos puede tener mayor peso explicativo respecto a la no adherencia. El análisis de estas permite identificar la manera en la que el comportamiento de otros, las situaciones o su propio comportamiento influyen en el problema.

Tabla 5. Elementos y componentes de la microcontingencia

Elemento	Componentes
Morfologías de conducta	1) Morfologías del usuario 2) Morfologías de otros
Situaciones	1) Circunstancias sociales 2) Lugar o lugares 3) Objetos o acontecimientos físicos 4) Conductas socialmente esperadas 5) Competencias e incompetencias para llevar a cabo lo socialmente esperado 6) Inclinationes y propensiones 7) Tendencias
Personas	1) Mediador 2) Mediado 3) Auspiciador 4) Regulador de propensiones e inclinaciones 5) Regulador de tendencias

Efectos	1) Efectos sobre la conducta de otros
	2) Efectos sobre uno mismo
	3) Sin efectos

Como se había mencionado, el análisis contingencial adaptó y estructuró el Modelo Psicológico de la Salud Biológica para fomentar la fácil identificación de cada uno de los elementos presentes dentro de la interacción del individuo con su medio ambiente. Así mismo, esta facilitación del proceso trajo consigo la posibilidad de analizar cada uno de estos elementos por separado, haciendo énfasis en la descripción de sus componentes.

De esta manera, como sistema de análisis, el análisis contingencial, se enfoca en el comportamiento humano individual con la finalidad de identificar, funcionalmente, el comportamiento valorado como problemático, así como sus categorías y dimensiones. Por lo tanto, para efectos de la presente tesis, se consideró utilizar esta herramienta en la modalidad de sistema pues permite centrar la investigación en aquellos elementos que se enmarcan en la microcontingencia presente en la adherencia a la dieta. Estos elementos, como son las conductas instrumentales, valoraciones sociales e individuales, historia interactiva, mediación y efectos en el comportamiento, por mencionar algunos, interactúan de manera directa en el proceso de adherencia a la dieta de manera positiva o de manera negativa.

Identificar dichos elementos es el primer paso para el adecuado tratamiento e intervención psicológica en pacientes que presenten una falta de adherencia a la dieta y, por lo tanto, en la mejora del proceso terapéutico. Una manera de poder identificarlos es a través de un instrumento o escala que contenga situaciones similares a las que le pueden ocurrir cotidianamente a un individuo. Con la información proporcionada por este instrumento, se promueve el diseño de una intervención más acertada sobre los aspectos más relevantes que son necesarios modificar, ya sea sobre las morfologías de conducta de la persona, la mediación de

otros significativos o los factores disposicionales situacionales presentes en la microcontingencia.

Por lo anterior, la presente investigación se sustenta en la lógica del análisis contingencial (Rodríguez, 2015), ya que permite analizar funcionalmente el comportamiento humano individual e identificar sus componentes. De esta manera, la investigación tiene como objetivo el validar un instrumento que evalúe la adherencia a la dieta en pacientes con obesidad, retomando los elementos que componen la microcontingencia (morfologías de conducta, situaciones, personas y efectos).

III. Método

3.1. Participantes

Se seleccionó a la muestra participante con los siguientes criterios de inclusión: hombres y mujeres diagnosticados previamente con obesidad, que se encuentren en el rango de edad entre 20 a 70 años, nivel escolar mayor a secundaria, que acudan a consultas a la clínica donde se realizó el estudio y que se les haya asignado una dieta a seguir.

Otras de las características demográficas de la muestra que se tomaron en cuenta en la aplicación del instrumento, fueron las siguientes: sexo, estado civil (Tabla 6), personas con las que vive, padecimientos y el número de intentos por seguir la dieta.

La aplicación del instrumento se llevó a cabo en la Clínica Vesaya ubicada en el municipio de Zapotlanejo en Jalisco, ésta se dedica exclusivamente al tratamiento médico y nutricional de algunos padecimientos crónicos degenerativos tales como; sobrepeso, obesidad y diabetes. Para la aplicación, se solicitó la ayuda del personal médico de la clínica (médicos y enfermeras) quienes recibieron una capacitación días antes vía Skype donde se les explicó detalladamente el objetivo del instrumento, los criterios para elegir a los participantes, las categorías y el número de reactivos que contenía cada una, así como el tipo de datos que se obtendrían del mismo, finalmente durante la reunión se dio tiempo para resolver dudas con el propósito de asegurar una correcta aplicación.

Tabla 6. Características demográficas de la muestra

Características		N	%
N		130	100
Sexo	Hombre	58	44.6
	Mujer	72	55.4
Estado Civil	Soltero	54	41.6
	Casado	40	30.8
	Divorciado/Separado	18	13.8
	Viudo	18	13.8
Edad	Media	35.66	

3.2. Variables

Variables por explorar con el cuestionario:

Factores disposicionales situacionales: comprenden todos aquellos factores del ambiente que condicionan una interacción en particular haciéndola más probable o interfiriendo en la misma.

Mediación: se toman en cuenta todas aquellas personas u otros significativos que influyen en una interacción específica.

Efectos: son correspondencias funcionales en una interacción que se presentan sobre la misma persona y sobre otros.

Morfologías de conducta: acciones concretas que realiza el individuo u otras personas que se encuentran dentro de una interacción.

3.3. Instrumento

El instrumento diseñado se tituló *Instrumento de Evaluación de la Adherencia a la Dieta en Pacientes con Obesidad* y constó, inicialmente, de 7 preguntas relacionadas con los datos sociodemográficos de los entrevistados y 39 reactivos. En el caso de las preguntas relacionadas con los datos sociodemográficos, las primeras 5 de ellas se centraban en los datos de edad, sexo, estado civil, personas con las que vive y la existencia de algún padecimiento; las siguientes 2 preguntas se incluyeron por solicitud de la Clínica Vesaya, las cuales estuvieron enfocadas a conocer el tipo de dieta que seguía y la cantidad de veces que había intentado seguir una dieta.

En el resto de los 39 reactivos se repartió la evaluación las variables antes mencionadas. Los reactivos asociados con la variable *Factores disposicionales situacionales*, fueron los encargados de evaluar la conducta socialmente esperada (reactivos 1 a 3), las circunstancias sociales (reactivos 31 a 34), los lugares (reactivos 35 a 37) y las competencias e incompetencias para afrontar lo socialmente esperado (reactivos 38 y 39). Para la variable *Mediación*, se evaluó la función que el mediador tenía sobre el comportamiento del entrevistado (reactivos 4 a 6), la influencia del comportamiento del regulador o reguladores de propensiones e inclinaciones sobre el comportamiento del individuo (reactivos 7 a 9), así como la influencia del regulador o reguladores de tendencias (reactivos 10 y 11). La sección asociada con la variable *Efectos*, se ubicó desde el reactivo 12 al reactivo 22 y se encargó de evaluar los efectos sobre la conducta del individuo, los efectos que el comportamiento de otros generaba en la conducta del individuo o, si no existía efecto. Por último, la variable *Morfologías de conducta* se ubicó entre los reactivos 23 y 30, y se dividió en morfologías de conducta de la persona (3 reactivos) y morfologías de conducta de otros (5 reactivos).

Las opciones de respuesta de los 39 reactivos se encontraban en una escala tipo Likert y se establecieron como: Siempre, Casi Siempre, Regularmente, Casi Nunca y Nunca. Para la captura de los datos, 17 de estos fueron codificados de 1 a 5, siendo el número 1 la opción Siempre, y el número 5 la opción Nunca. El resto de los 22 reactivos se codificó de manera inversa y tuvo el valor 1 en la opción Nunca y el valor 5 en la opción Siempre. Esta modificación en la codificación de las opciones de respuesta se debió a que, si el individuo se encontraba constantemente afectado por alguna circunstancia particular, esto aumentaba la probabilidad de que no siguiera su dieta. Tal es el caso de la influencia de otros (reactivos 9, 22 y reactivos 26 a 30), el seguimiento de la dieta únicamente en ocasiones particulares (reactivo 16), la falta de algún efecto positivo perceptible por el individuo (reactivo 19), la falta de competencias por parte del individuo para poder seguir la dieta al pie de la letra (reactivos 23 a 25 y reactivos 38 y 39), en presencia de alguna circunstancia social (reactivos 31 a 34) y, por último, si el individuo se encuentra en lugares ajenos a su hogar (reactivos 35 a 37).

3.4. Procedimiento de confiabilidad

Se realizó la medida inicial del cálculo del Alfa de Cronbach con todos los ítems que inicialmente conformaban al instrumento. Y, posteriormente, se eligieron tres criterios para proseguir con la eliminación de reactivos: a) eliminación de ítems con puntaje negativo, b) eliminación de ítems con puntaje menor a .10 y c) eliminación de ítems con puntaje menor a .20.

Se eligieron esas medidas de eliminación, puesto que no hay diferencia significativa entre la medida que arrojó la eliminación de reactivos menores a .20 y reactivos menores a .30. Este procedimiento aseguró aumentar la confiabilidad del instrumento.

3.5. Procedimiento de validación

Primeramente, se obtuvo la medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y Prueba de esfericidad de Bartlett como medida universal para la eliminación de ítems, de

acuerdo con tres procedimientos: 1) análisis por Gráficas de Frecuencias, 2) análisis de la Matriz Factorial y 3) análisis de la Matriz de Factor Rotado.

En cada procedimiento, se consideró el peso factorial para organizar nuevos factores/grupos que se corresponden con las categorías del análisis contingencial para la conformación del instrumento.

Finalmente, se eligió el análisis de la matriz de factor rotado para asegurar un puntaje aceptable del alfa de Cronbach

3.6. Condiciones éticas del estudio

El cuestionario fue aplicado a los participantes una vez que firmaron el consentimiento informado, donde se explicita el uso de sus datos con fines estadísticos y de investigación. También se les hizo saber el objetivo de la investigación y se respetó que no quisieran formar parte de ella en dado caso de que no quisieran participar.

IV. Análisis de resultados

4.1. Confiabilidad

De acuerdo con el objetivo planteado, se realizaron dos procedimientos; el primero, realizar la confiabilidad del instrumento y posteriormente, la validez de este con la ayuda del programa de procesamiento de datos SPSS. Con respecto al primero, se realizó el cálculo del Alfa de Cronbach (α) con el propósito de determinar la consistencia interna de los ítems que conformaban al instrumento, en cuanto al cálculo estadístico, la medida que arroja el “ α ” se encuentra dentro de una escala de 0 a 1, donde los valores más cercanos a 1 refieren a una mayor fiabilidad del instrumento.

La confiabilidad inicial del instrumento que se obtuvo a través del cálculo del α fue de .777 y de .803 en el α basada en elementos estandarizados (Tabla 7).

Tabla 7. Confiabilidad inicial estimada de los ítems

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados
.777	.803

Se analizaron los datos que arrojó esta primera medición, haciendo énfasis en las columnas tituladas “Correlación de total de elementos corregida” y “Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido” debido a que en estas se pueden identificar aquellos reactivos que disminuyen la confiabilidad total del instrumento. Gracias a lo anterior, se tomaron tres criterios de eliminación de reactivos: a) eliminación de ítems con puntaje negativo, b) eliminación de ítems con puntaje menor a .10 y c) eliminación de ítems con puntaje menor a .20. Dichos criterios se describirán a continuación.

a) Eliminación de ítems con puntaje negativo

A partir de dicho criterio, como se muestra en la Tabla 8, se eliminaron 3 reactivos correspondientes a las categorías: Regulador de propensiones e

inclinaciones (PRPI) y Efectos sobre la conducta de otros (ESCO). Al eliminar dichos ítems, la confiabilidad total aumentó de .77 a .811, quedando un total de 36 reactivos.

Tabla 8. Reactivos eliminados a partir del criterio de ítems negativos

Reactivos	Categorías	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Cuando no sigo mi dieta, los comentarios que me hacen las personas cercanas a mí me hacen sentir que lo que hago no sirve	PRPI	-.117	.789
El médico me regaña o me llama la atención cuando no sigo mi dieta.	ESCO	-.165	.792
Mis familiares se molestan cada que observan que como algún alimento fuera de mi dieta.	ESCO	-.072	.786

b) Eliminación de ítems con puntaje menor a .10

De acuerdo con este criterio de eliminación, se suprimieron 5 ítems pertenecientes a las categorías: Efectos sobre la conducta de otros (ESCO), Efectos sobre uno mismo (ESUM), Sin efectos (ESE) y Morfologías de conductas de la persona (MCP). Al eliminarlos, la confiabilidad aumentó de .811 a .837 con un total de 31 reactivos.

Tabla 9. Reactivos eliminados a partir del criterio: menor a .10

Reactivo	Categoría	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Las personas cercanas a mí tratan de cambiar su modo de comer cuando estoy con ellos.	ESCO	.004	.783
El seguir la dieta me trae consecuencias positivas para mi salud.	ESUM	.036	.784
Cuando hablo con mi familia sobre el seguimiento de mi dieta ellos creen u opinan que es irrelevante	ESE	.048	.781
Mis conocidos me preguntan aspectos relativos al seguimiento de mi dieta	ESE	.066	.779
No le tomo importancia a la dieta cuando como alimentos que no se encuentran en ella	MCP	.093	.779

c) Eliminación de ítems con puntaje menor a .20.

Finalmente, se eliminaron los ítems que se encontraban por debajo de .20. En total fueron 5 reactivos que se correspondían a las categorías: Regulator de tendencias (PRT), Efectos sobre la conducta de otros (ESCO), Efectos sobre uno mismo (ESUM), Sin efectos (ESE) y Situaciones y lugares (SL). Al eliminarlos, el alfa aumentó de .837 a .862, con un total de 26 elementos que conformaron al instrumento en la fase de confiabilidad.

Tabla 10. Reactivos eliminados mediante el criterio: menor de .20

Reactivos	Categorías	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Para mi familia, la salud es muy importante, es por eso que se preocupan por los tratamientos médicos y dietas	PRT	.141	.778
Mis amigos se interesan por saber si sigo mi dieta	ESCO	.106	.780
El seguir la dieta me hace sentir satisfecho conmigo	ESUM	.161	.777
Las personas cercanas no me dicen nada si como en exceso	ESE	.167	.776
Si me encuentro fuera de casa y me da hambre, busco algún lugar de comida y consumo alimentos que estén fuera de mi dieta	SL	.189	.775

Como un último ejercicio, se intentó obtener una mayor confiabilidad al eliminar todos los reactivos con puntaje menor a .30 señalados en la fila de correlación total de elementos, en la cual se indicó que se eliminarían 5 ítems; sin embargo, la medida que se obtuvo en el Alfa fue de .861, la cual fue menor a la medida anterior en el criterio de eliminación de .20. Con base en lo anterior, se tomó la decisión de eliminar únicamente aquellos ítems con el criterio con puntuaciones menores a .20.

Una vez realizado el análisis anterior, al tener los cálculos correspondientes a la confiabilidad del instrumento, se prosiguió a obtener el cálculo del número total de instrumentos que se debían a aplicar. Dicho cálculo se realizó multiplicando el número total de preguntas (26) que restaron de la eliminación anterior, por el número de opciones de respuesta en escala tipo Likert (5) que se tenían para cada pregunta dando una muestra total de 130.

Después de realizar el procedimiento anterior y a manera de síntesis, la confiabilidad total del instrumento fue de $\alpha = .862$. Por lo tanto, se determinó que, debido a que la medida que demuestra mayor confiabilidad oscila entre .8 a .9, se infiere que el instrumento tiene confiabilidad aceptable, ya que el puntaje de la consistencia interna se encuentra dentro de estos niveles.

4.2. Validez

Al igual que en el procedimiento realizado para obtener la confiabilidad del instrumento, se prosiguió a calcular la validez la cual se define como un juicio estadístico que compara la evidencia empírica y la lógica teórica (Messick, 1989), en otras palabras, mide lo que pretende medir con base en los datos obtenidos y el sustento teórico con el que fue planteado dicho instrumento o test. En este caso, el procedimiento para obtener la validez se constituyó por varias secciones de análisis y eliminación de ítems, asimismo se utilizó a la medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y prueba de Bartlett como medida estándar para considerar la eliminación de algunos reactivos.

El procedimiento de validación de instrumentos se inició con los 26 ítems que restaron de las eliminaciones realizadas durante la obtención de la confiabilidad y, para dichos ítems, se obtuvo una medida KMO y Bartlett de .709 (Tabla 11). Una vez obtenida, se optó por realizar 3 procedimientos de eliminación de ítems para poder obtener la validez del instrumento. Cada uno de los resultados arrojados por estos 3 procedimientos fue cotejado con la estructura teórica que se corresponde con el análisis contingencial, el cual se retomó para la construcción del instrumento. Estos procedimientos fueron: 1) análisis por Gráficas de Frecuencias, 2) análisis de la Matriz Factorial y 3) análisis de la Matriz de Factor Rotado (Figura 2).

Tabla 11. Prueba de KMO y Bartlett aplicada en la Matriz Factorial

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo	.709
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado 1341.188
	GI 325
	Sig. .000

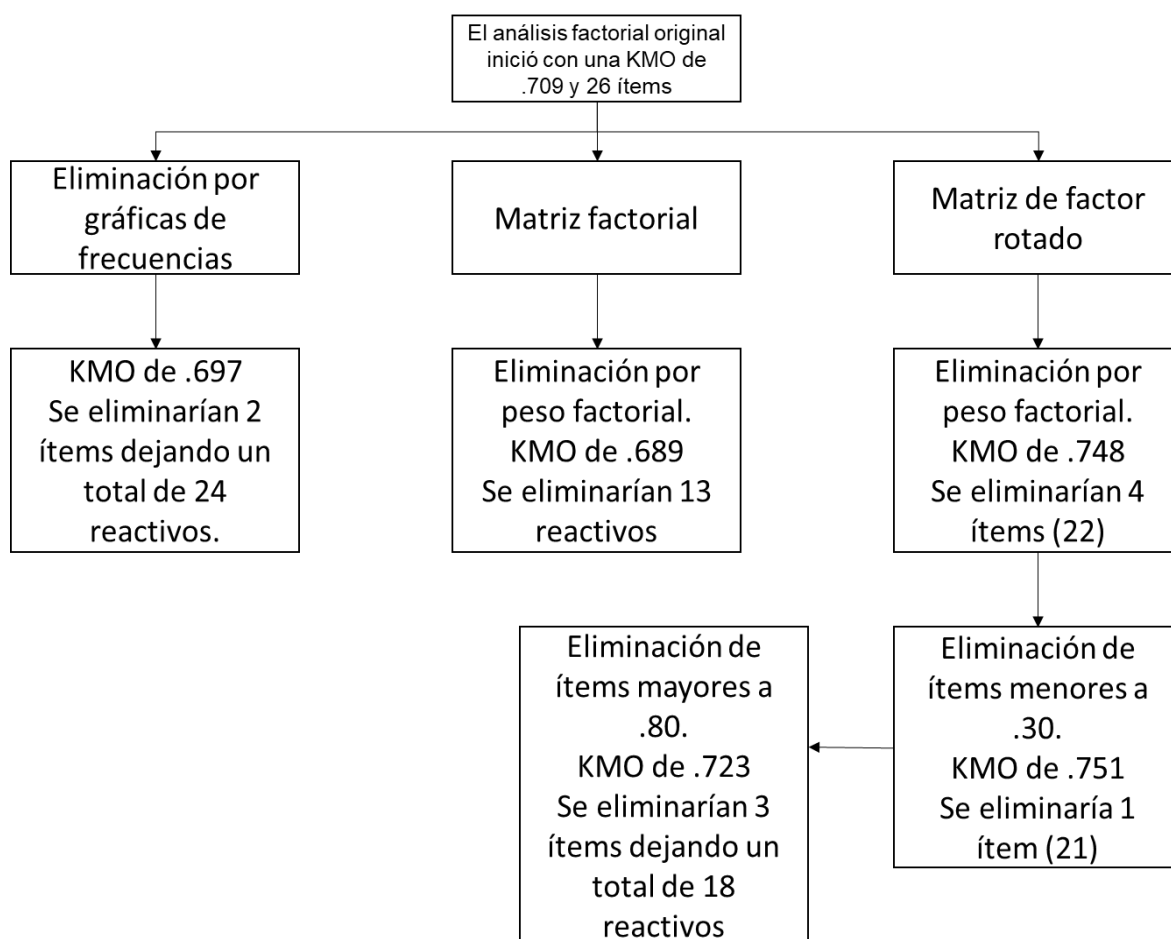


Figura 2. Descripción de los tres procedimientos de eliminación para obtener la validez

4.2.1. Análisis por conteo de frecuencias

Para el procedimiento de análisis por gráficas de frecuencia, el criterio de eliminación que se estableció fue analizar estadísticamente el conteo de cada una de las opciones de respuesta en las gráficas de frecuencias. Los reactivos que se eliminaron tomando en cuenta el criterio anterior fueron los siguientes:

Reactivo 1. Sigo la dieta prescrita por el médico porque conozco las consecuencias que esto trae a mi salud

	Frecuencia	Porcentaje acumulado
Válido Siempre	21	16.2
Casi siempre	65	66.2
Regularmente	42	98.5
Casi Nunca	2	100.0
Total	130	

Reactivo 2. Relacionado a mi dieta, asisto a mis consultas y sigo con las indicaciones del médico

	Frecuencia	Porcentaje acumulado
Válido Siempre	19	14.6
Casi siempre	75	72.3
Regularmente	30	95.4
Casi Nunca	6	100.0
Total	130	

Una vez realizada dicha eliminación, se obtuvo una medida KMO y Bartlett de .697 (Tabla 12). Al comparar la medida obtenida con la medida de .709 que arrojó el análisis inicial, se determinó que dicho procedimiento eliminaba ítems que mantenían la validez del instrumento en una medida aceptable, por lo tanto, se descartó este procedimiento.

Tabla 12. Medida KMO y Bartlett después del análisis por gráficos de frecuencias

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo	.697
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado 1102.631
	GI 276
	Sig. .000

4.2.2. Análisis por peso factorial de la Matriz Factorial

El procedimiento estadístico realizado en el programa SPSS arrojó dos matrices divididas en factores y reactivos analizados. A cada reactivo se le otorgó un valor para cada uno de los factores. El factor en el que se encontraba el valor más alto era al que correspondía dicho reactivo. En dado caso que un reactivo presentara un valor similar ya sea, positivo o negativo en dos o más factores, fue considerado como un reactivo redundante o poco específico ya no que estaba evaluando lo esperado según las categorías planteadas. Como se puede observar en la Tabla 13, trece reactivos presentaron una medida similar respecto al peso factorial, agrupándose en dos factores diferentes por lo que se tomó la decisión de eliminarlos.

Tabla 13. Ítems eliminados según su peso factorial

	Factor			
	1	2	3	4
Mi familia me recuerda las desventajas que tiene el romper mi dieta	.525*	-.586*	.136	-.006
Cuando sigo mi dieta, las personas cercanas a mí me hacen comentarios del tipo: "Te ves más delgado", "Te ves mejor", "La dieta de ha servido"	.494*	-.488*	-.013	.184
Las personas cercanas a mí me felicitan o me dan ánimos cuando sigo mi dieta	.503*	-.509*	-.020	.117
Empiezo a seguir la dieta únicamente cuando me siento mal de salud.	.214*	.104	.143	.187*
Cuando las personas cercanas a mí, me presionan para consumir alimentos fuera de la dieta, tiendo a ceder	.363*	.093	.402*	.168
Mis conocidos me invitan a comer cosas que no se encuentran en mi dieta.	.310*	.115	.374*	-.017
Las personas cercanas a mí, no hacen nada si no como los alimentos que se encuentran en mi dieta.	.425*	-.224	.368*	-.261

Las personas cercanas a mí, me reprochan o critican cuando no acepto comer lo que ellos me sugieren.	.415*	-.133	.277	-.399*
Cuando estoy en un evento o celebración y hay alimentos fuera de mi dieta, tiendo a no seguirla.	.265*	.186	.254	-.311*
Rompo la dieta cuando estoy con una persona muy cercana afectivamente, y están disponibles alimentos perjudiciales a mi padecimiento.	.453*	.305	.486*	.080
Rompo mi dieta al encontrarme cerca de pequeños locales de comida que se antoja.	.311	.299	.199	.021
Si algún conocido me invita a comer a un restaurante, siento que debo aceptar aunque tengo presente que puedo romper mi dieta.	.322*	.253	.334*	-.253
Me cuesta trabajo planear el tipo de comidas que están indicadas en mi dieta.	.283	.342*	.379*	-.034

Una vez realizada la eliminación de los 13 ítems que competían en peso factorial, se calculó la medida KMO y Bartlett, donde se observó que disminuía de .697 a .689 (Tabla 14). El proceso de eliminación, tanto para el análisis de matriz factorial como de la matriz de factor rotado, se segmentó en 3 momentos: 1) Eliminación por peso factorial semejante, 2) Eliminación por peso factorial menor a .30 y, 3) Eliminación por peso factorial mayor a .80. Sin embargo, debido a que en este análisis por peso factorial similar se eliminarían 13 ítems, se descartó continuar con los siguientes momentos.

Tabla 14. Medida KMO y Bartlett en la Matriz Factorial por peso factorial

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.689
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	401.928
	Gl	78
	Sig.	.000

4.2.3. Análisis por peso factorial de la Matriz de Factor Rotado

Al identificar que la eliminación por peso factorial de la Matriz Factorial, dejaría al instrumento únicamente con 13 ítems, sin contar las eliminaciones subsecuentes menores a .30 y mayores a .80, se decidió continuar con el análisis de la Matriz de Factor Rotado. Al igual que en los métodos anteriores, se partió de los datos obtenidos en el análisis factorial con una medida KMO de .709. Debido a que en la tabla de varianza total explicada se identificaba que el porcentaje acumulado (48.6%), se encontraba distribuido en 4 factores, se decidió que los siguientes análisis y eliminaciones se realizaran considerando dicho número de factores. Al analizar la tabla de Matriz de Factor Rotado se encontraron 4 reactivos que se eliminaban debido a un peso factorial similar (Tabla 15).

Tabla 15. Reactivos eliminados por peso factorial.

	Factor			
	1	2	3	4
Sigo la dieta porque mi familia me inculcó la importancia de ser perseverante para alcanzar las metas	-.018	*.151	*.124	*.184

Si alguien me pregunta sobre cómo ha afectado la dieta en mi salud, yo respondo que no he notado diferencia alguna * .384 * .323 -.120 -.010

Cuando las personas cercanas a mí, me presionan para consumir alimentos fuera de la dieta, tiendo a ceder * .372 .172 .045 * .401

Las personas cercanas a mí, no hacen nada si no como los alimentos que se encuentran en mi dieta * .468 * .461 .032 -.043

Al eliminar dichos ítems se obtuvieron los datos referidos en la Tabla 16, haciendo constar que el valor de la medida KMO aumentó de .709 a .748. Además, dicha eliminación permitió una agrupación de ítems más acorde en función de las similitudes que se habían planteado en las categorías iniciales.

Tabla 16. Prueba KMO y Bartlett para la eliminación de reactivos por peso factorial.

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.748
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	1055.767
	Gl	231
	Sig.	.000

Una vez realizado el procedimiento anterior, se continuó con la eliminación de reactivos por peso factorial menor a .30. En este paso únicamente se encontró un ítem que cumplía con dicho criterio (Tabla 17).

Tabla 17. Reactivo eliminado por peso factorial menor a .30

	Factor			
	1	2	3	4
Empiezo a seguir la dieta únicamente cuando me siento mal de salud	.164	.060	.109	.219

Con la eliminación de este reactivo, se obtuvo una medida KMO y Bartlett de .746. De esta manera, el instrumento hasta el momento tendría 21 ítems (Tabla 18).

Tabla 18. Prueba KMO y Bartlett obtenida de la eliminación de reactivos por peso factorial menor a .30

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.751
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	1024.103
	Gl	210
	Sig.	.000

Por último, en la eliminación de reactivos por peso factorial mayor a .80, se tomó la decisión de eliminar aquellos que se muestran en la Tabla 19.

Tabla 19. Reactivos eliminados por peso factorial mayor a .80.

	Factor			
	1	2	3	4
Relacionado a mi dieta, asisto a mis consultas y sigo con las indicaciones del médico	.284	.193	.855	.048

Mi familia me recuerda las desventajas que tiene el romper mi dieta .107 .814 .134 -.019

Las personas cercanas a mí, me recuerdan la importancia de consumir alimentos dentro de mi dieta .092 .894 .009 -.009

De esta manera, al realizar esta eliminación, la medida KMO y Bartlett sería de .723 y restaría un total de 18 reactivos (Tabla 20).

Tabla 20. Prueba de KMO y Bartlett para la eliminación de reactivos mayores a .80

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		.723
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	665.684
	Gl	153
	Sig.	.000

Los procedimientos anteriores permitieron definir el instrumento en su versión final constando de 18 ítems los cuales se organizaron conforme a los factores indicados anteriormente y se prosiguió a nombrar a cada factor conforme al grupo factorial que le correspondía y al número de reactivos o ítems, así como su contenido. En la Tabla 21 se especifica los datos arrojados por el SPSS.

Tabla 21. Organización de ítems por factores según los datos obtenidos por el SPSS

Reactivos y Factores	Peso Factorial				
	1	2	3	4	
Factor 1: Situaciones					
MCO	Mis conocidos me invitan a comer cosas que no se encuentran en mi dieta	.490			

MCO	Las personas cercanas a mí, me reprochan o critican cuando no acepto comer lo que ellos me sugieren	.420
SCS	Rompo la dieta cuando, estando con mis amigos, se presentan circunstancias propicias para consumir alimentos fuera de la misma	.579
SCS	Cuando estoy en un evento o celebración y hay alimentos fuera de mi dieta, tiendo a no seguirla	.457
SCS	Rompo la dieta cuando estoy con una persona muy cercana afectivamente, y están disponibles alimentos perjudiciales a mi padecimiento	.632
SCS	Rompo mi dieta cuando estoy en situaciones de trabajo, de tareas o quehaceres obligatorios	.487
SL	Rompo mi dieta al encontrarme cerca de pequeños locales de comida que se antoja	.431
SL	Si voy al cine u otro espectáculo, tiendo a romper mi dieta comprando e ingiriendo alimentos que no estén incluidos en esta	.589
SCIASE	Si algún conocido me invita a comer a un restaurante, siento que debo aceptar aunque tengo presente que puedo romper mi dieta	.601
SCIASE	Me cuesta trabajo planear el tipo de comidas que están indicadas en mi dieta	.573

Factor 2: Regulador de propensiones e inclinaciones

PRPI	Cuando sigo mi dieta, las personas cercanas a mí me hacen comentarios del tipo: "Te ves	.644
------	-----------------------------------------------------------------------------------------	------

	más delgado", "Te ves mejor", "La dieta de ha servido"	
PRPI	Las personas cercanas a mí me felicitan o me dan ánimos cuando sigo mi dieta	.983
Factor 3: Valoración y prescripción de contingencias		
SCSE	Sigo la dieta prescrita por el médico porque conozco las consecuencias que esto trae a mi salud	.804
SCSE	Modero mi forma de comer considerando los alimentos indicados en mi dieta	.610
PM	El médico me indica con precisión cuáles son las consecuencias específicas de que rompa la dieta	.397
Factor 4: Morfologías de conductas de otros		
MCP	Suelo romper la dieta o hacer excepciones en la misma	.522
MCO	En las ocasiones en las que salgo con mis conocidos, ellos desaprueban o me reprochan por no ingerir el mismo tipo de comida que ellos	.653
MCO	Mis familiares me dicen que apegarme a la dieta es algo exagerado y que no hay problema si estoy haciendo excepciones	.561

En la organización de ítems anterior, se identificaron conjuntos de reactivos ajenos a las categorías teóricamente planteadas en un inicio, ya que, no coincidían con el factor en el que habían sido asignados. Por lo tanto, ante esta situación se examinó nuevamente el peso factorial de los ítems que componen cada factor y se identificó que en el factor 1, existían reactivos que se agruparían mejor en los otros tres factores, por lo que se seleccionó el segundo mejor factor al cual podría ajustarse teóricamente dicho ítem; se optó por mover dos de ellos al factor 2 y uno

de ellos al factor 3 (Tabla 22), de esta manera los ítems se distribuyeron de manera más regular que en la primera tabla indicada por el SPSS, igualmente todos los reactivos de un mismo factor medían y evaluaban un rubro determinado de la microcontingencia.

Tabla 22. Ítems organizados estadística y teóricamente.

Reactivos y Factores	Peso Factorial			
	1	2	3	4
Factor 1: Situaciones				
1. Rompo la dieta cuando, estando con mis amigos, se presentan circunstancias propicias para consumir alimentos fuera de la misma	.579			
2. Cuando estoy en un evento o celebración y hay alimentos fuera de mi dieta, tiendo a no seguirla	.457			
3. Rompo la dieta cuando estoy con una persona muy cercana afectivamente, y están disponibles alimentos perjudiciales a mi padecimiento	.632			
4. Rompo mi dieta cuando estoy en situaciones de trabajo, de tareas o quehaceres obligatorios	.487			
5. Rompo mi dieta al encontrarme cerca de pequeños locales de comida que se antoja	.431			
6. Si voy al cine u otro espectáculo, tiendo a romper mi dieta comprando e ingiriendo alimentos que no estén incluidos en esta	.589			
7. Si algún conocido me invita a comer a un restaurante, siento que debo aceptar aunque tengo presente que puedo romper mi dieta	.601			
Factor 2: Regulador de propensiones e inclinaciones				
8. Cuando sigo mi dieta, las personas cercanas a mí me hacen comentarios del tipo: "Te ves más delgado", "Te ves mejor", "La dieta de ha servido"		.644		

9. Mis conocidos me invitan a comer cosas que no se encuentran en mi dieta	.235
10. Las personas cercanas a mí, me reprochan o critican cuando no acepto comer lo que ellos me sugieren	.234
11. Las personas cercanas a mí me felicitan o me dan ánimos cuando sigo mi dieta	.983
<hr/>	
Factor 3: Valoración y prescripción de contingencias	
12. Sigo la dieta prescrita por el médico porque conozco las consecuencias que esto trae a mi salud	.804
13. Modero mi forma de comer considerando los alimentos indicados en mi dieta	.610
14. Me cuesta trabajo planear el tipo de comidas que están indicadas en mi dieta.	.008
15. El médico me indica con precisión cuáles son las consecuencias específicas de que rompa la dieta	.397
<hr/>	
Factor 4: Morfologías de conductas de otros	
16. Suelo romper la dieta o hacer excepciones en la misma	.522
17. En las ocasiones en las que salgo con mis conocidos, ellos desapruaban o me reprochan por no ingerir el mismo tipo de comida que ellos	.653
18. Mis familiares me dicen que apegarme a la dieta es algo exagerado y que no hay problema si estoy haciendo excepciones	.561
<hr/>	

V. Conclusiones

La definición del concepto de salud puede entenderse según Perea (2004) como un completo estado de bienestar físico y psicológico que se pacta en un contexto social. Partiendo de este concepto, puede entenderse que, para lograr un estado óptimo del organismo, participan diferentes profesionales que se encargan de la conservación, promoción y control de la salud, entre ellos, los psicólogos (Cardozo y Rondón, 2014).

La psicología de la salud se refiere a la aplicación de conocimiento, metodología y técnicas psicológicas, al sistema de salud (Stone, 1988). Estar inmersos en ese ámbito designa competencias específicas que el psicólogo debe realizar, tales como: la investigación, que en este ámbito se enfoca en la consideración de las necesidades que presentan los pacientes en un estado de salud vulnerable. Por otro lado, también se dedica a la intervención en situaciones que requieran la utilización de técnicas como modificación de conducta, pensamientos, o emociones que involucren tanto a los mismos pacientes como a los profesionales de salud, a manera de orientadores, para fomentar un comportamiento efectivo en relación con el tratamiento prescrito.

En cuanto a la obesidad, el quehacer de los psicólogos se centra en la planeación de estrategias que focalicen el éxito en la pérdida de peso y adaptación a un estilo de vida más saludable, por ello, se concentra en cuatro puntos (Amigo y Fernández, 2013):

- a) Aceptar su imagen corporal. Aceptar su cuerpo con base en los cambios que irá teniendo según el avance del tratamiento
- b) Estimular la práctica clínica. A través de las técnicas de modificación de conducta, se espera que la persona comience a practicar ejercicio de manera regular, de manera que pueda quemar el exceso de grasa corporal
- c) Adherirse a un programa de alimentación personalizado y balanceado. Concentrar el cambio en la alimentación, pieza clave de salud y regulación del metabolismo. Centrar el trabajo en sesiones de psico-educación para los

pacientes, brindando herramientas para controlar y cambiar conductas según los requerimientos del médico y/o nutriólogo.

d) Implementar un nuevo estilo de vida. Otra pieza clave que, si se realiza en conjunto con los puntos anteriores, da como resultado el ajuste hacia nuevos estilos y formas de comportamiento en situaciones que involucren su salud.

La psicología entra en juego para diseñar, promover y desarrollar intervenciones que impliquen comportamientos adherentes hacia un tratamiento, en éste se involucran familiares y amigos que son aquellas personas que, directa o indirectamente promueven dichos cambios. En la adherencia a la dieta, por ejemplo, lo que se requiere es modificar conductas de ciertas prácticas alimentarias específicas que provocan enfermedades cardiovasculares, mismas que a su vez, se encuentran mediadas por situaciones que influyen directamente la manera de comer del individuo (Candelaria, García y Estrada, 2016).

En este documento, se habló de las teorías y modelos que, por parte de la psicología, se implementaron para dar apoyo tanto teórico como práctico para el fenómeno de la adherencia a la dieta. Se considera como un problema de salud puesto que pocas personas pueden seguir al pie de la letra, un régimen alimenticio, ya que los datos con respecto al avance de la obesidad son realmente alarmantes. Entre los más solicitados para dar solución a dicha problemática, son los siguientes: Teoría de Acción Razonada, Teoría de Autoeficacia, Modelo de Creencias de Salud, entre otras que, si bien es cierto que en su mayoría nacieron a partir de la revolución cognitiva, hay que mencionar que también tienen deficiencias en la práctica.

Para entender mejor la razón por la cual los modelos antes mencionados son tan solicitados, es importante esclarecer el funcionamiento de la psicología básica y la psicología aplicada. Por una parte, la psicología básica define un objeto de estudio y adopta paradigmas con la finalidad de dar cuenta del campo de relaciones correspondientes a su dominio empírico; por otro, la psicología aplicada se enfoca en la elaboración de procedimientos para cubrir una demanda social particular. En la actualidad, el campo aplicado está conformado por una serie de técnicas heterogéneas. Algunas de éstas se han configurado según los campos particulares

de intervención, otras se caracterizan por un enfoque teórico-tecnológico específico, y algunas otras por su énfasis en la solución de problemas al margen del fundamento teórico.

El estudiar un fenómeno tan multifacético como es la adherencia da pauta a que surjan teorías preocupadas por buscar soluciones y alternativas que se adapten; no obstante, resulta complicado identificar una consistencia teórica, metodológica y práctica dentro de dichos modelos. Hablando de las deficiencias que existen en los mismos, estos mostraban una explicación referente a las carencias que pueden tener personas de bajos recursos que impida el proceso de adherencia, sin embargo, no se menciona la existencia de otras variables que pueden influir para que el tratamiento resulte poco eficaz. En lo que respecta a los modelos cognitivos, sus limitaciones se orientan a la existencia de huecos teóricos y explicativos en los que ponderan: la voluntad, las “ganas” y la motivación para seguir una dieta, como aquello indispensable, sin explicar cómo o cuál es el procedimiento para llegar a dichas explicaciones. Por último, los modelos operantes, que si bien es cierto muestran una relación de contingencias efectiva, a pesar de encontrarse más ajustados que los anteriores, no consideran teóricamente la interrelación entre factores específicos y su influencia entre sí.

Lo anterior, es por parte de fundamentos teóricos. En lo que concierne a los instrumentos y escalas que se han creado, estos evalúan tres aspectos generales: conciencia de la enfermedad, actitud hacia los fármacos y tolerabilidad, los cuales se mencionan a continuación (Reyes et al., 2016):

- a) Cuestionario de No Adhesión de Medicamentos del Equipo Quialiads (CAM-Q). Evalúa toma de medicamentos, comportamiento ante la medicación y resultados
- b) Cuestionario de Adherencia a la Medicación Simplificado. Mide el nivel de adherencia ante los medicamentos

- c) Cuestionario MGB (Martín Bayare Grau). Cuestionario tipo Likert que evalúa tres áreas: cumplimiento del tratamiento, implicación personal y relación transaccional
- d) Test de Morisky–Green-Levine. Mediante respuestas dicotómicas, evalúa los problemas o dificultades para adherirse a una dieta
- e) Test de Batalla. Evalúa el grado de conocimiento que tiene una persona respecto a su tratamiento, pues considera que entre más se conozca sobre el padecimiento es más probable que siga las instrucciones del médico.
- f) Escala de Miller para la medición de Adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades cardiovasculares. Evalúa en pacientes con dichas enfermedades el seguimiento de la dieta, limitación del consumo del tabaco, realizar actividades prescritas, ingesta de medicamentos y control de estrés.

Ahora bien, los instrumentos anteriores sirven para evaluar la adherencia terapéutica. Sólo existe en México la validación de dos instrumentos que evalúan la adherencia al tratamiento en pacientes crónicos y adherencia a la dieta en pacientes diabéticos.

- a) Escala de Adherencia Terapéutica (EAT) (Soria, Vega y Nava, 2009). Evalúa tres factores fundamentales; control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos, seguimiento médico conductual y autoeficacia
- b) Instrumento para Evaluar factores disposicionales (Rodríguez, Díaz-González y García, 2013). Desde el modelo interconductual se evaluó la adherencia a la dieta en pacientes con diabetes tipo 2.

Por la relevancia social que tiene estudiar el problema de la obesidad en México, es indispensable elegir algunas propuestas teóricas y metodológicas que tengan congruencia entre lo que dicen que miden y el cómo lo miden. Ante esta situación, se optó por rescatar el análisis contingencial creado desde la perspectiva interconductual debido a que permite analizar el conjunto de factores vinculados a la adherencia a la dieta, y los componentes que se despliegan de los mismos.

Existe una amplia gama de factores que influyen dentro del proceso de salud-enfermedad. Por una parte, se encuentran los factores biológicos del individuo, aquellos congénitos o desarrollados, que generan un cierto grado de vulnerabilidad en el organismo; por otra parte, existen los factores medioambientales, vinculados en algunos casos a la condición biológica del organismo por ser los propiciadores de la misma; por último, los factores meramente psicológicos del individuo que se encuentran representados por las competencias funcionales ante la enfermedad o un posible contagio, la historia interactiva del individuo o las conductas instrumentales de prevención o de riesgo.

Estos factores psicológicos refieren a comportamientos modificables que, en el área de salud, en particular en el área de la adherencia a la dieta, pueden ser modificables para lograr un adecuado seguimiento de las instrucciones prescritas por el médico. Si bien analizar a la adherencia a la dieta desde la perspectiva interconductual mencionada permite obtener una visión amplia del funcionamiento de esta, es importante aclarar que es necesario considerar y analizar cada uno de los factores que se involucran dentro de este proceso, como si fuera el mismo proceso de salud-enfermedad: factores biológicos, factores medioambientales y culturales, y los factores biológicos.

La revisión de estos elementos, así como su análisis y evaluación, permite que el psicólogo de la salud realice un adecuado plan a llevar a cabo con el paciente. Este plan podrá orientarse a la intervención en el área de las personas significativas para el individuo, sus morfologías de conducta, los efectos y situaciones que influyen, permitiéndole identificar el procedimiento adecuado para ayudar al paciente en el proceso de adherencia a la dieta. Por ello, la elaboración de un instrumento que considere estos factores resulta una herramienta útil que permite un acercamiento funcional al comportamiento del individuo y de las interacciones que presenta con su medio.

Hablando únicamente del instrumento, su elaboración y su proceso se explican mediante dos tipos de análisis: el estadístico, referente a la conformación de este, y las virtudes que puede tener para aplicarse en el ámbito clínico.

En cuanto a la primera parte, el instrumento alcanzó un nivel de confiabilidad aceptable con un Alfa igual a .862, mientras que en el proceso de validación se obtuvo .723 en la medida KMO, integrando un instrumento tipo Likert con 18 ítems, los cuales se agruparon según las medidas estadísticas que adicionalmente, compartían semejanzas con la teoría interconductual.

La estructura del instrumento según los factores finales fue la siguiente (Anexo 1):

1. Factor *Situaciones*: Conformado por siete reactivos que evalúan las situaciones que hacen más probable el seguimiento o no de una dieta
2. Factor *Regulador de propensiones e inclinaciones*: Conformado por cuatro reactivos que hacen alusión a la influencia que tienen las personas significativas dentro de la interacción de adherencia a la dieta
3. Factor *Valoración y prescripción de contingencias*: Conformado por cuatro reactivos. En este factor se mencionan las consideraciones que realiza el individuo respecto al seguimiento de su dieta y que se encuentran enmarcadas por las contingencias presentes.
4. Factor *Morfologías de conducta de otros*: Conformado por tres reactivos que hacen alusión a los efectos que causan en el individuo el comportamiento de otras personas y que impide el seguimiento de su dieta.

Al constar con 18 ítems y con alta confiabilidad e índice de validez, se asume que evaluará de forma concreta los aspectos importantes de la adherencia a la dieta, sin olvidar que será de fácil aplicación.

La relevancia práctica del instrumento es que puede ser aplicado dentro del sistema de salud como una herramienta de apoyo para el personal encargado de intervenir y dar seguimiento a los pacientes diagnosticados con obesidad. Su funcionalidad permite determinar algunas de las áreas que presentan mayor riesgo para una adecuada adherencia a la dieta. Una vez aplicado el cuestionario, los resultados que arroje servirán para que el psicólogo, o profesional de la salud, pueda plantear un segmento del tipo de intervención necesaria para cada paciente.

En el caso de los usuarios que muestren respuestas negativas en el factor asociado con las situaciones deberían recibir una intervención centrada en el desarrollo de comportamientos preventivos que lo eximan de interactuar con dichos eventos, lugares, momentos o locaciones en las que desempeña un comportamiento de no adherencia a la dieta. Por ejemplo, la elaboración de apoyos gráficos que contengan las opciones de comida que se apeguen a su dieta, mismos que puede consultar en cada salida que realice.

Por otra parte, deficiencias en el factor asociado con los reguladores de propensiones e inclinaciones daría como resultado una intervención centrada en las habilidades que el paciente debe desarrollar para poder continuar con su dieta independientemente de lo que piensen las personas significativas de su entorno. Por ejemplo, aprender a argumentar cuáles son las causas y motivaciones que lo han llevado a adherirse a un plan nutricional, los beneficios que tiene para su salud, etc.

Un puntaje negativo asociado al factor de valoración y prescripción de contingencias indicaría una falta de correspondencia entre las acciones del paciente y lo establecido por su médico. En este sentido, la intervención del profesional de la salud debería considerar tanto las habilidades que del usuario como el conocimiento que tiene sobre su enfermedad. Un plan de intervención completo contendría sesiones en las cuales pueda identificar las consecuencias de no adherirse a una dieta, los alimentos que se necesitan para poder llevarla a cabo y una lista de preparaciones que le faciliten el seguimiento de su dieta.

Por último, si se observa que el usuario muestra respuestas negativas en el factor asociado con las morfologías de conducta de otros, la intervención se debería centrar en el desarrollo de habilidades sociales de los pacientes. En este sentido, el plan de acción estaría compuesto por estrategias que le permitan responder de forma asertiva o negarse consumir ciertos alimentos que se encuentren fuera de su dieta.

Considerando lo anterior, es importante recalcar que el instrumento debe constituir un apoyo para la práctica del profesional de la salud y siempre debe estar

acompañado de una evaluación exhaustiva de todos los componentes que enmarcan al comportamiento de adherencia a la dieta.

VI. Referencias

- Amigo, I. y Fernández C. (2013). El papel del psicólogo clínico en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad. *Papeles del Psicólogo*, 34(1), 49-56.
- Barbany, M. y Foz, M. (2002). Obesidad: concepto, clasificación y diagnóstico. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25(1). Recuperado de: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5466/4524>
- Barquera, S., Campos, I., Rojas, R. y Rivera. J. (2010). Obesidad en México: epidemiología y políticas de salud para su control y prevención. *Gaceta Médica de México*, 146(6), 397-407. Recuperado de: https://www.anmm.org.mx/GMM/2010/n6/38_vol_146_n6.pdf
- Barrera, A. y Rodríguez, A. (2013). Escenario actual de la obesidad en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(3), 292-299. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=41704>
- Cabrera, G. (2004). Teorías y modelos de salud pública del siglo XX. *Colombia Médica*, 35(3). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/283/28300308.pdf>
- Candelaria, M., García, I. y Estrada, B. (2016). Adherencia al tratamiento nutricional: intervención basada en entrevista motivacional y terapia breve centrada en soluciones. *Revista Mexicana de Trastornos Alimenticios*, 7(1). Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232016000100032
- Cardozo, I., y Rondón, B. (2014). La salud desde una perspectiva psicológica. *Revista Electrónica de Iztacala*. 17(3).
- Córdova, J., Barriguete, J., Lara, A., Rosas, M., Hernández, M., De León, M. y Aguilar, C. (2008). Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Pública de México*,

- 50(5), 419-427. Recuperado de:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000500015
- Cobo, C., Fabián, M. y Moreno, M. (2006). El papel del ejercicio en el tratamiento de la obesidad. *Medigraphic*, 13(4). Recuperado de:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/medsur/ms-2006/ms064a.pdf>
- Duelo, M., Escribano, E. y Muñoz, F. (2009). Obesidad. *Pediatría de Atención Primaria*, 11(16), 239-257.
- Encarnación, L. (2016). La participación de la sociedad civil en la educación, prevención y control de la obesidad y la diabetes. *Conocimiento UANL* 132(6), 17-20. Recuperado de revistaconocimiento.uanl.mx/
- Formiguera, X. y Cantón, A. (2004). Obesity: epidemiology and clinical aspects. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 18(6), 1125-1146. doi: 10.1016/j.bpg.2004.06.030
- García-Galbis, M., Cortés, E., Rizo, M., & Gutiérrez, A. (2015). The variability in adherence to dietary treatment and quality of weight loss: overweight and obesity. *Nutrición Hospitalaria*, 31(5). Doi: <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.31.5.8648>
- Gómez, L. (2011). Las enfermedades cardiovasculares: un problema de salud pública y un reto global. *Biomédica Revista del Instituto Nacional de Salud*, 31(4). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84322449001>
- Guimarães, S., Sahade, V., Nunes, M., & Adan, F. (2013). Adherence to nutritional therapy in obese adolescents; a review. *Nutricional Hospitalaria*, 28(4). Doi: <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2013.28.4.6481>
- Griera, J. y Contreras, J. (2012). ¿Existe el obeso sano? *Endocrinología y nutrición*, 61(1), 47-51.

- Instituto Nacional de Salud Pública. (2013). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Recuperado de: <https://ensanut.insp.mx/>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016*. Recuperado de: <https://ensanut.insp.mx/>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2013). *Guía de Práctica clínica. Intervención dietética en pacientes con obesidad*. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/684GER.pdf>
- Instituto Mexicano para la Competitividad. (2015). *Kilos de más, pesos de menos: Los costos de la obesidad en México*. Recuperado de: https://imco.org.mx/banner_es/kilos-de-mas-pesos-de-menos-obesidad-en-mexico/
- Jiménez, M., García, E. y Martín, D. (2003). *Emoción y motivación. La adaptación humana*. España: Madrid. Centro de Estudios Ramón Arce
- Juárez, F. (2011). El concepto de salud: una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 70-79.
- Korbman, R. (2010). Obesidad en adultos, aspectos médicos, sociales y psicológicos. *Anales médicos*, 55(3), 142-146. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2010/bc103f.pdf>
- Kuri, P. (2016). La estrategia nacional para el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes: A tres años de su implementación. *Conocimiento UANL* 132(6), 7-10. Recuperado de: http://revistaconocimiento.uanl.mx/?page_id=39
- Ledón, L. (2011). Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(4), 488-499. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21421364013>

- Liria, R. (2012). Consecuencias de la obesidad en el niño y el adolescente: un problema que requiere atención. *Revista Peruana de Salud Pública*, 29(3), 357-360. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36325041010>
- Lobo, F. (2007). Políticas públicas para la promoción de la alimentación saludable y la prevención de la obesidad. *Revista Española de Salud Pública*, 81(5). Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272007000500001&script=sci_arttext&tlng=en
- Londoño, C., Valencia, S. y Vinaccia, S. (2006). El papel del psicólogo en la salud pública. *Psicología y Salud*, 16(2), 199-205.
- López, M. y Rodríguez, M. (2008). Epidemiología y genética del sobrepeso y la obesidad. Perspectiva de México en el contexto mundial. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 65(6). Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600003
- Lugli, Z. (2017). Control de la conducta en personas con diferentes índices de masa corporal. *Pensamiento Psicológico*, 16(1), 83-94. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S165789612018000100007&script=sci_arttext&tlng=es
- Malo, M., Castillo, M. y Pajita, D. (2017). La obesidad en el mundo. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(2), 173-178. Recuperado de: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/13213/12344>
- Martín, L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana de Salud Pública*. 29(3), 275-281. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000300012

- Martín, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana Salud Pública*, 30(4). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662004000400008&script=sci_arttext&lng=pt
- Morales, F., Abarca, A., Huici, C. y Fernández, J. (1985). *Psicología Social y aplicada*. Madrid: España. Bilbao: Descleé.
- Moreno, M. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica de las Condes*, 23(2). Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-definicion-clasificacion-obesidad-S0716864012702882>
- Olivari, C., y Urra, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y Enfermería*, 13(1). Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v13n1/art02.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (s.f.). *Temas de Salud: Enfermedades crónicas*. Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura*. Recuperado de: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas*. Recuperado de: https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_916_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Nota descriptiva no.311*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Nota descriptiva: Obesidad y Sobrepeso*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (2016). *Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe*. Disponible en: <http://www.fao.org/americas/publicaciones-audio-video/panorama/2016/es/>
- Ortego, M., López S. y Álvarez, M. (2014). *Adherencia al tratamiento*. Recuperado de:
https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1420/course/section/1836/tema_14.pdf
- Osornio, G. (2019). *Factores psicológicos que influyen en la adherencia a la dieta en pacientes con diabetes mellitus tipo 2* [Tesis de licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala]. UNAM. Dirección General de Bibliotecas
- Palmeros, C., Hurtado, J. y Torres, B. (2016). La obesidad en México. Programas en marcha. *Anales de la Real Academia de Farmacia*, 28(1), 55-63. Recuperado de
<https://www.analesranf.com/index.php/aranf/article/view/1768/1736>
- Perea, R. (2004). Educación para la salud. Reto de nuestro tiempo. *Educación XXI*, (4). doi:10.5944/educxx1.4.0.361
- PFIZER. (s/n). *Tercer Foro. La Adherencia a la dieta: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida*. Recuperado de:
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pfizer-adherencia-01.pdf>
- Quijano, M., y Olvera, C. (2018). *Validación de un instrumento para evaluar factores disposicionales relacionados a la adherencia a la dieta*. [Tesis de licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala]. UNAM. Dirección General de Bibliotecas.
- Ramos, E. (2015). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vasculat*, 16(2). Recuperado de:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000200006

- Reyes, E., Trejo, R., Arguijo, S., Jiménez, A., Castillo, A., Hernández, A. y Mazzoni, L. (2016). Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. *Revista Médica de Honduras*, 24(3). Recuperado de: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2016/pdf/Vol84-3-4-2016-14.pdf>
- Ribes, E., Díaz, E., Rodríguez, M., Landa, P. (1986). El análisis contingencial: una alternativa a las aproximaciones terapéuticas del comportamiento. *Cuadernos de Psicología*, 8(1), 27-52.
- Ribes, E. (2008). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. México: Trillas
- Rodríguez, M., y García, J. (2011). El modelo psicológico de la salud y la diabetes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(2), 210-222. <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2011/epi112l.pdf>
- Rodríguez, M. (2015). *Análisis contingencial. Un sistema psicológico interconductual para el campo aplicado*. México: UNAM
- Rodríguez, M., Díaz-González, E. y García, J. (2013). Descripción de un instrumento para evaluar factores disposicionales relacionados con la adherencia a la dieta en pacientes diabéticos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 18(2), 263-276. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29228336004>
- Rodríguez, M., García, J., y Rentería, A. (2013). Adherencia a la dieta en pacientes diabéticos: efectos de una intervención. *Suma Psicológica*, 10(1). Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/summa/v10n1/a09.pdf>
- Rosenstock, I. (1960). Historical origins of the health belief model. *Health Educational Monographs*, 2, 354-358.

- Rothman, A., Gillespie, A., y Johnson, W. (2009). Decision making in eating behavior: interacting perspectives from the individual, family and environment: an introduction. *Annals of Behavioral Medicine*, 38(1). doi: 10.1007/s12160-009-9128-1
- Salas, I., Gattas, V., Ceballos, X. y Burrows, R. (2010). Tratamiento integral de la obesidad infantil: efecto de una intervención psicológica. *Revista Médica de Chile*, 138(10). doi: 10.4067/S0034-98872010001100002
- Servicio de Endocrinología de Barcelona. (2000). Tratamiento farmacológico de la obesidad. *Endocrinología y Nutrición*, 47(1). Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-tratamiento-farmacologico-obesidad-9266>
- Soria, R., Vega, C. y Nava, C. (2009). Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Alternativas en Psicología*, 14(20). Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2009000100008
- Soto, F., Lacoste, J., Papenfuss, R. y Gutiérrez, A. (1997). El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del SIDA. *Revista Española de Salud Pública*. 71(4). Recuperado de: http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n4/esp_sida.pdf
- Stone, G. (1988). Psicología de la salud: una definición amplia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20(1), 15-26.
- Varela, G. (Coord.). (2013). Obesidad y sedentarismo en el siglo XXI: ¿qué se puede y se debe hacer? *Nutrición Hospitalaria*, 28(5), 1-12. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013001100001&lng=es&tlng=en

Zubirán, R. (2016). Manejo integral del paciente con obesidad y diabetes. *Conocimiento UANL* 132(6), 27-36. Recuperado de revistaconocimiento.uanl.mx/

Consentimiento informado

El presente cuadernillo incluye un cuestionario, el cual fue elaborado por psicólogos de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Este cuestionario forma parte de una investigación sobre la adherencia a la dieta. Su principal propósito es determinar bajo qué situaciones y contextos son los que hacen más probable que una persona se adhiera o no a la dieta indicada por el médico. Es de suma importancia, que colabore en la investigación al contestar todo el cuestionario, puesto que usted es considerado como una parte representativa de la población que tiene prescrita una dieta.

El tiempo estimado para contestar el cuestionario no le llevará más de 20 minutos, los datos y las respuestas que usted brinde serán anónimas y de acceso único para los investigadores. Le pedimos que lea las instrucciones cuidadosamente y conteste este cuestionario con la mayor sinceridad posible, por último, le recordamos que no hay respuestas correctas ni incorrectas.

Estoy de acuerdo en participar en este estudio y tengo claro que los datos que se recaben en este cuadernillo serán utilizados únicamente por los investigadores con la finalidad de contribuir a la investigación sobre la adherencia a la dieta.

Firma

ANEXO 1

Instrumento de Evaluación de Adherencia a la Dieta

Consentimiento informado

El presente cuadernillo incluye un cuestionario, el cual fue elaborado por psicólogos de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Este cuestionario forma parte de una investigación sobre la adherencia a la dieta. Su principal propósito es determinar bajo qué situaciones y contextos son los que hacen más probable que una persona se adhiera o no a la dieta indicada por el médico. Es de suma importancia, que colabore en la investigación al contestar todo el cuestionario, puesto que usted es considerado como una parte representativa de la población que tiene prescrita una dieta.

El tiempo estimado para contestar el cuestionario no le llevará más de 20 minutos, los datos y las respuestas que usted brinde serán anónimas y de acceso único para los investigadores. Le pedimos que lea las instrucciones cuidadosamente y conteste este cuestionario con la mayor sinceridad posible, por último, le recordamos que no hay respuestas correctas ni incorrectas.

Estoy de acuerdo en participar en este estudio y tengo claro que los datos que se recaben en este cuadernillo serán utilizados únicamente por los investigadores con la finalidad de contribuir a la investigación sobre la adherencia a la dieta.

Firma

Psicóloga Xanat Bautista Calette

Psicólogo Pavel Servin Serrano

Datos de identificación

Nombre:

Edad: _____

Sexo: () Hombre () Mujer

Estado civil: () Soltero
 () Casado
 () Divorciado/Separado
 () Viudo
 () Otro _____

Personas con quienes vive:

¿Tiene algún padecimiento? (SÍ) (NO)

¿Cuál? _____

¿Sigue algún tipo de dieta? (SÍ) (NO)

¿Cuál? _____

En el último año, ¿cuántos intentos ha realizado por seguir la dieta indicada por el médico al pie de la letra?

No tengo problemas para seguir la dieta ()

Sólo lo he intentado una vez ()

Lo he intentado dos o tres veces ()

Lo he intentado tres o cinco veces ()

Ya he perdido la cuenta ()

Instrucciones: A continuación, se presentan una serie de afirmaciones de las cuales interesa conocer con qué frecuencia le suceden. Después de haber leído cada afirmación, subraye la respuesta que considere se ajusta a lo que normalmente le ocurre.

SCSE1. Sigo la dieta prescrita por el médico porque conozco las consecuencias que esto trae a mi salud				
Siempre	Casi siempre	Regularmente	Casi Nunca	Nunca
SCSE2. Modero mi forma de comer considerando los alimentos indicados en mi dieta				
Siempre	Casi siempre	Regularmente	Casi Nunca	Nunca
PM1. El médico me indica con precisión cuáles son las consecuencias específicas de que rompa la dieta				
Siempre	Casi siempre	Regularmente	Casi Nunca	Nunca
PRPI1. Cuando sigo mi dieta, las personas cercanas a mí me hacen comentarios del tipo: "Te ves más delgado", "Te ves mejor", "La dieta te ha servido"				
Siempre	Casi siempre	Regularmente	Casi Nunca	Nunca
PRPI2. Las personas cercanas a mí me felicitan o me dan ánimos cuando sigo mi dieta				
Siempre	Casi siempre	Regularmente	Casi Nunca	Nunca
MCP1. Suelo romper la dieta o hacer excepciones en la misma				
Siempre	Casi siempre	Regularmente	Casi Nunca	Nunca
MCO1. En las ocasiones en las que salgo con mis conocidos, ellos desapruaban o me reprochan por no ingerir el mismo tipo de comida que ellos				
Siempre	Casi siempre	Regularmente	Casi Nunca	Nunca
MCO2. Mis familiares me dicen que apegarme a la dieta es algo exagerado y que no hay problema si estoy haciendo excepciones				
Siempre	Casi siempre	Regularmente	Casi Nunca	Nunca
MCO3. Mis conocidos me invitan a comer cosas que no se encuentran en mi dieta				
Siempre	Casi siempre	Regularmente	Casi Nunca	Nunca
MCO4. Las personas cercanas a mí me reprochan o critican cuando no acepto comer lo que ellos me sugieren				
Siempre	Casi siempre	Regularmente	Casi Nunca	Nunca
SCS1. Rompo la dieta cuando, estando con mis amigos, se presentan circunstancias propicias para consumir alimentos fuera de la misma				
Siempre	Casi siempre	Regularmente	Casi Nunca	Nunca
SCS2. Cuando estoy en un evento o celebración y hay alimentos fuera de mi dieta, tiendo a no seguirla				
Siempre	Casi siempre	Regularmente	Casi Nunca	Nunca
SCS3. Rompo la dieta cuando estoy con una persona muy cercana afectivamente, y están disponibles alimentos perjudiciales a mi padecimiento o dieta				
Siempre	Casi siempre	Regularmente	Casi Nunca	Nunca
SCS4. Rompo mi dieta cuando estoy en situaciones de trabajo, de tareas o quehaceres obligatorios				
Siempre	Casi siempre	Regularmente	Casi Nunca	Nunca

SL1. Rompo mi dieta al encontrarme cerca de pequeños locales de comida que se antoja				
Siempre	Casi siempre	Regularmente	Casi Nunca	Nunca
SL2. Si voy al cine u otro espectáculo, tiendo a romper mi dieta comprando e ingiriendo alimentos que no estén incluidos en esta				
Siempre	Casi siempre	Regularmente	Casi Nunca	Nunca
SCIASE1. Si algún conocido me invita a comer a un restaurante, siento que debo aceptar, aunque tengo presente que puedo romper mi dieta				
Siempre	Casi siempre	Regularmente	Casi Nunca	Nunca
SCIASE2. Me cuesta trabajo planear el tipo de comidas que están indicadas en mi dieta				
Siempre	Casi siempre	Regularmente	Casi Nunca	Nunca