

Importancia atribuida a factores disposicionales situacionales en el rompimiento de la dieta

María de Lourdes Rodríguez Campuzano^a
Antonia Rentería Rodríguez^a
Norma Yolanda Rodríguez Soriano^a
Juan Carlos García Rodríguez^a,

^aFacultad de Estudios Superiores Iztacala-UNAM §

Recibido: 07 de enero de 2016

Aceptado: 28 de marzo de 2016

Resumen

Se presentan dos estudios cuyo propósito fue evaluar el grado de importancia que los pacientes diabéticos atribuyen a algunos elementos de contexto para romper su dieta. Se usó un diseño pre-pos-test. En ambos estudios las muestras fueron intencionales voluntarias. El primero con 63 pacientes, el segundo con 102. El pre-test en ambos casos consistió en la aplicación de un instrumento desarrollado específicamente para evaluar la importancia atribuida a dichos factores. Se aplicó después el programa de intervención compuesto por dos técnicas, autocontrol y solución de problemas. En el pos-test aplicando el mismo instrumento, los datos indican que el programa tuvo efecto en la reducción de la importancia atribuida a esos factores. En ambos estudios se hallaron diferencias estadísticamente significativas. En el segundo estudio, los resultados indican que el programa tuvo un mayor efecto en hombres que en mujeres. Lo investigado aquí hace una pequeña contribución a este campo al estudiar factores que han sido subestimados y que los pacientes reportan como relevantes.

Palabras clave: Diabetes; Factores disposicionales; Adherencia a la dieta; Autocontrol; Solución de Problemas.

Abstract

Two studies to evaluate the effect of an intervention program on the importance degree diabetic patients assume situational factors are related to the breaking of their diets, are described on this paper. A Pre-test Post-test design was used. On both studies patients' samples were volunteers. The first study was applied to 63 patients while the second to 102. An instrument specifically designed to evaluate this variable was applied. Two behavioral techniques were applied as the intervention program Self-control training and Problem solving. Finally the same instrument applied in the first phase was applied for Post-test. Data showed that the program had an effect on the importance degree patients attribute to the sampled situational factors. Patients reported they were less important on Post-test. A statistical difference was found on both studies. Additionally, on the second study data showed that the program worked better on men than on women. This study makes a contribution to the field considering situational factors that have been underestimated on diet adherence research.

Key words: Diabetes; dispositional factors; Diet adherence; Self-control techniques; Problem solving.

§ **Correspondencia al autor**

E-mail: carmayu5@yahoo.com, antoniarenteriar@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Actualmente la diabetes mellitus (DM) se define como una afección metabólica, crónica degenerativa y no transmisible que impide la utilización normal de azúcares, proteínas y grasas, debido a que el páncreas no produce suficiente insulina, o no puede utilizar la insulina producida de un modo eficaz. Esta deficiencia ocasiona un aumento de glucosa en sangre que puede dañar gravemente los órganos corporales, sobre todo los vasos sanguíneos y los nervios.

La diabetes es una enfermedad que afecta actualmente a una gran población mexicana. En México durante 2011, 70 de cada 100 mil personas murieron por diabetes mellitus. Las defunciones por diabetes se concentran en la de tipo II. En 2011 representaron 62% en mujeres y 61% en varones. En este mismo año, la incidencia de diabetes (número de casos nuevos) en el país fue más alta en las mujeres (442.23 por cada 100 mil mujeres) que en los varones (326.81 casos por cada 100 mil hombres). De cada 100 hombres que fallecieron por diabetes 61 tenían tipo II, en tanto en las mujeres fueron 62 los casos (INEGI, 2013).

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2012, la diabetes se encuentra entre las primeras causas de muerte en México. Además, 6.4 millones de personas refirieron haber sido diagnosticadas con diabetes. Sólo con la información de la cantidad de individuos con diagnóstico de diabetes, se deduce que en los 12 años recientes, la frecuencia del mal creció 60 por ciento, pues pasó de 5.7 en 2000 a 9.1 en 2012.

La piedra angular del tratamiento del paciente diabético es su alimentación, de ahí que cualquier programa preventivo o de intervención debe considerar el seguimiento de una dieta saludable como el pilar del control metabólico. Por supuesto, existen otros comportamientos que conforman la adherencia terapéutica en esta enfermedad; sin embargo, el control metabólico se consigue fundamentalmente siguiendo una dieta saludable. Ahí es donde entra la dimensión psicológica de esta enfermedad. Alimentarse de una forma particular es comportamiento.

En la psicología de la salud existen diversas teorías psicológicas que han tratado de comprender y explicar la conducta y la experiencia humana en el proceso de salud-enfermedad. La aproximación cognitivo-conductual es predominante en esta área.

Compeán, Quintero, Reséndiz, Muñoz y Ángel (2010) afirman que la evidencia científica revela que las variables más estudiadas relacionadas al autocuidado del paciente diabético son: el apoyo familiar, conocimiento sobre la enfermedad, barreras al tratamiento, control glucémico y calidad de vida.

Existen actualmente teorías y modelos específicos, que comparten la aproximación cognitivo-conductual y que abordan sobre todo la adherencia terapéutica, según Ortiz y Ortiz (2007) las más significativas son las siguientes:

La Teoría Social Cognitiva, que está basada en el supuesto de que la gente aprende observando de sus semejantes. La Teoría de la Acción Razonada, propuesta por Martín Fishbein e Icek Ajzen, (Fishbein & Ajzen, 1975), que enfatiza concretamente que el mejor predictor de la conducta es la intención de llevarla a cabo. El Modelo de Creencias en Salud, en el que se postula que las creencias y actitudes son determinantes para realizar conductas saludables (Moreno & Róales, 2003). El Modelo Transteórico, propuesto por Prochaska, DiClemente, y Norcross en 1992, que postula como relevantes ciertas etapas de cambio y la autoeficacia (Moreno, García, Rodríguez, & Díaz-González, 2007). El Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales, en el que se asume que es necesario que el individuo cuente con habilidades especiales, y que tenga expectativas específicas de lo que espera como resultado (Márquez, Anguiano, Bacardí, & Jiménez, 2008).

Para el caso de la diabetes mellitus, con base en los distintos modelos mencionados, se han llevado a cabo diferentes investigaciones en las que se estudian las variables que estos modelos proponen. También se han identificado otros factores que se han postulado como importantes para la adherencia o la falta de ella, entre otros, algunos trastornos emocionales, a los que se les atribuye una gran parte del peso explicativo de la falta de control glucémico (García, 2010). Bersh (2006), Fabián, García, y Cobo (2010) y Delgado, Hidalgo, y Villalobos (2011) mencionan que entre los factores que influyen para que el paciente no siga una dieta saludable están la presión fisiológica, el estrés, la ansiedad, los síntomas depresivos, o la relajación de la voluntad.

Egede y Osborn (2010), en función de modelo de información-motivación-habilidades conductuales, también consideran que la depresión dificulta la búsqueda de tratamiento o de apoyo social y sobre todo que interfiere con la adopción de conductas eficaces que propicien el cuidado personal.

Sparrow (2008) afirma que las técnicas mayormente utilizadas son relajación y respiración, desensibilización sistemática, técnicas operantes (reforzamiento, castigos positivos y negativos, extinción, moldeamiento), así como el entrenamiento en habilidades sociales, autocontrol y solución de problemas.

Si bien las investigaciones han aportado información valiosa en el entendimiento de la diabetes mellitus, se han dejado de lado factores que pueden ser relevantes para la falta de adherencia al tratamiento, específicamente a la dieta. En la literatura es difícil encontrar estudios que den cuenta de los factores que conforman el contexto situacional en el que la gente come, dichos factores, desde una perspectiva interconductual, tendrían una posible función disposicional; es decir, podrían hacer más probable o menos probable que la persona siguiera su dieta.

De los pocos estudios encontrados en la literatura que abordan algunos de estos factores disposicionales situacionales, se puede mencionar el de Schlundt, Rea, Kline, y Pichart (1994), que tuvo como objetivo desarrollar una taxonomía de situaciones cotidianas que crean obstáculos para la adhesión a la dieta en pacientes con diabetes. Los autores identificaron 12 tipos de situaciones problemáticas: las emociones negativas (ira, preocupación, tristeza, etc.), resistiendo la tentación (evitar el consumo de alimentos hipocalóricos), salir a comer (debido a la gran oferta de alimentos que se pueden consumir en la calle, comer fuera de casa se considera un obstáculo para adherirse a la dieta), sentirse privado (constante restricción de alimentos), la presión del tiempo (realizar las comidas en horas específicas), la tentación de la recaída (dejar de lado el plan nutricional y retomar viejos hábitos alimenticios), la planificación (organizar los alimentos en tiempo y forma), las prioridades en competencia, eventos sociales (apegarse a la dieta cuando se asiste por ejemplo a una fiesta), el apoyo familiar (percibir el acompañamiento y apoyo de la familia en la dieta), rechazo de algunos alimentos (negarse a alimentos considerados apetitosos pero nocivos, o incorporar frutas y verduras a la nueva dieta) y apoyo de amigos (sentir presión para consumir alimentos y/o bebidas no recomendables). Estos autores concluyen que esta taxonomía resultante proporciona un esquema para el análisis detallado de los obstáculos a la adherencia dietética. Consideran que la capacidad de un individuo para hacer frente a esta serie de obstáculos para la adherencia dietética debe ser evaluada, para que el tratamiento pueda ser individualizado.

De estos 12 tipos de situaciones problemáticas halladas en el estudio, desde una perspectiva interconductual, podría considerarse que algunas entrarían en la categoría de factores disposicionales, por ejemplo, lo que los autores denominan emociones negativas (*Propensiones*), salir a comer (*Lugar o Lugares*), la tentación de la recaída (*Tendencias*), eventos sociales (*Circunstancias sociales*), la planificación y rechazo de alimentos (*Competencias para llevar a cabo lo socialmente esperado*) y sentirse privado (que puede

referirse a una condición biológica, *propensión*) (Rodríguez, 2000).

Este estudio es uno de los pocos antecedentes encontrados en la literatura que le otorga importancia a los factores del contexto como parte de la explicación del apego o del desapego a una dieta.

Se encontró otro trabajo llevado a cabo por Okolie, Ehiemere, Ezenduka, y Ogbu (2010), quienes, a partir de un estudio, identificaron situaciones que se viven diariamente y que resultan ser un obstáculo para que los pacientes puedan llevar adecuadamente su dieta, como la no accesibilidad a la dieta prescrita, la frustración a la restricción, el limitado apoyo de la pareja, los sentimientos de privación, sentir que la tentación es inevitable, dificultad para seguir la dieta en reuniones sociales y la dificultad de aceptar y revelar a otros su condición como diabético.

Considerando lo anterior, el trabajo que aquí se presenta parte de que existe la necesidad de identificar los diversos factores que interfieren con la adherencia a la dieta y que los resultados que arrojen las investigaciones, van a permitir comprender mejor las conductas de adherencia, así como desarrollar programas de prevención e intervención más eficaces. El contexto situacional en el que la gente come prácticamente no se ha estudiado. Por esta razón y compartiendo el interés de muchos autores en los aspectos psicológicos relacionados con la salud, aquí se presenta un trabajo que forma parte de una línea de investigación para evaluar diversos factores y variables relacionadas con estas conductas. La aproximación que lo sustenta es interconductual (Kantor, 1967; Ribes & López, 1985). De manera muy particular la guía de esta línea de investigación es el Modelo Psicológico de la Salud Biológica propuesto por Ribes (1990).

En otros trabajos se ha descrito el Modelo Psicológico de la Salud Biológica (Rodríguez, 2003; Rodríguez, 2005; Rodríguez, 2006; Rodríguez & García, 2011; Rodríguez, Ortega & Nava, 2009; Rodríguez, Robles, Moreno & Díaz-González, 2000), así como las ventajas que representa, por lo que no se va a explicar aquí, baste decir que este modelo plantea un proceso psicológico de dos fases. La primera es propiamente el proceso psicológico, que se origina en la historia individual, y que va afectando factores tales como la historia de competencias o capacidades de las personas, así como variables de tipo biológico. La segunda, es la fase de resultantes, que identifica los factores psicológicos que se ven afectados por el proceso, tales como las conductas instrumentales de riesgo y prevención, que, a su vez, afectan variables no psicológicas como la vulnerabilidad biológica. El resultante final es el estado de salud o enfermedad de una persona. Los diferentes factores psicológicos planteados en las dos fases se analizan con la metodología de Análisis Contingencial (Ribes, Díaz-González, Rodríguez & Landa, 1986; Rodríguez, 2011). Esta metodología se compone de 4 dimensiones y en la primera de ellas, *Sistema Microcontingencial*, se incluye como categoría analítica la de *Situaciones*. Dicha categoría permite identificar el contexto en el que la persona se relaciona con objetos, circunstancias, personas, o eventos del ambiente. Ejemplificando este rubro con la adherencia a la dieta del paciente diabético, se tomarían en cuenta: la circunstancia social en que el paciente come, los lugares en los que lo hace, el tipo de alimentación culturalmente establecido para esa persona, sus gustos y preferencias en cuanto a comer se refiere, sus estados de ánimo, condiciones biológicas o conmociones emocionales en relación a su ingesta alimenticia, así como sus hábitos o prácticas alimentarias. Estos factores pueden tener una función disposicional, esto es, pueden hacer más probable que la persona rompa la dieta, o menos probable que lo haga.

El Análisis contingencial permite dar cuenta de elementos que prácticamente no han sido estudiados en este campo y que vale la pena estudiar para entender mejor la adherencia a la dieta. En este trabajo se presentan dos estudios cuyos objetivos fueron, en el primero de ellos, evaluar el efecto de la aplicación de técnicas de autocontrol y solución

de problemas en la importancia que los pacientes refieren para diversos factores disposicionales en el rompimiento de su dieta; y en el segundo, se agregó a este objetivo la evaluación de posibles diferencias de género sobre la misma variable. Ambos estudios encaminados a evaluar los factores mencionados en pacientes diabéticos.

MÉTODO

Participantes

Se trabajó con una muestra intencional voluntaria de 63 participantes. De estos, el 20% fueron hombres y el 80% fueron mujeres, con una edad mínima de 34 años y máxima de 86 años, siendo el promedio de edad de 60.32 años. La escolaridad promedio fue de secundaria. El 90% de los pacientes tomaba algún medicamento para el control de su enfermedad, sobre todo en los episodios de hiperglucemia. En cuanto al tiempo en que habían sido diagnosticados con diabetes tipo 2, el 55% fueron pacientes con diagnóstico mayor a 5 años, el 25% pacientes con diagnóstico de 2 a 3 años, y el 20% menor a 1 año. Esta muestra fue captada en diversos Centros de salud pública del D.F. y zona metropolitana de México, a través de invitaciones a participar hechas por médicos, por trabajadores sociales y por los propios investigadores.

Diseño

El estudio fue pre-test post-test (Landeró y González, 2011).

Instrumentos

Se utilizó el Cuestionario de Factores Importantes para Romper la Dieta (Rodríguez, Díaz-González & García, 2013), elaborado con este propósito. Este instrumento originalmente se le dio a tres jueces expertos junto con una encuesta para evaluar su validez de constructo, y los resultados fueron positivos. Después se aplicó a una muestra intencional voluntaria de 156 pacientes diabéticos, independiente de la del presente trabajo, para llevar a cabo pruebas de confiabilidad. El instrumento arrojó un $\alpha = .935$ y cada uno de los factores evaluados arrojó puntajes α mayores a .625. El instrumento se divide en dos partes. La primera parte corresponde a los datos sociodemográficos (*Nombre, edad, sexo, ocupación, nivel de escolaridad, cuándo le diagnosticaron diabetes*). La segunda parte incluye las instrucciones para responder el cuestionario, posteriormente el instrumento se compone de 31 reactivos que se responden en una escala tipo Likert, que va desde *Nunca he vivido una situación semejante* a *Muy importante*. Estos 31 reactivos abarcan 7 distintos factores disposicionales. Los primeros 6 reactivos corresponden al factor Circunstancia Social: *Estar solo (a). Estar trabajando. Estar en una reunión. Estar en una fiesta familiar. Estar en una fiesta de amigos. Estar con mi pareja*. Los siguientes 7 corresponden al factor Lugar: *Estar en la cocina de mi casa. Estar en mi lugar de trabajo. Estar en mi cuarto. Estar en la calle. Estar en un lugar en el que se vende comida. Estar en casa ajena. Estar en un medio de transporte*. Dos reactivos son los que componen el factor Conducta Socialmente Esperada: *Que otros estén comiendo enfrente de mí. Que me ofrezcan comida*. Los siguientes 2 pertenecen al factor Objetos o Acontecimientos Físicos: *Que haya alimentos ricos para comer a mi disposición. Que esté viendo la tele*. El factor de Inclinaciones se compone de 5 reactivos: *Que la comida que hay me guste mucho. Que tenga mucha hambre. Que no haya comido en muchas horas. Que esté bebiendo bebidas alcohólicas o que haya bebido. Que tenga antojo de algún alimento*. El factor de Propensiones se compone de 6 reactivos: *Que esté nervioso. Que esté deprimido. Que esté triste. Que esté enojado. Que esté aburrido. Que esté preocupado*. Los últimos 3 reactivos corresponden al factor de Tendencias: *Que estoy acostumbrado a comer mucho. Que estoy acostumbrado a comer lo que me gusta. Que estoy acostumbrado a comer a toda hora*.

Variables

Variable dependiente: Importancia referida para factores disposicionales específicos en el rompimiento de la dieta recomendada.

Variable independiente: Aplicación de un programa de intervención con dos técnicas conductuales expresamente usadas para entrenar a los pacientes en el manejo de factores disposicionales: autocontrol y solución de problemas.

Procedimiento

Una vez que se aprobaba la aplicación del programa en los centros de salud, se invitaba a los pacientes diabéticos, con carteles, con trípticos, o a través de médicos y trabajadores sociales; a participar en un programa psicológico para apegarse a una dieta saludable.

En cada centro se formaron grupos independientes de pacientes diabéticos y a cada uno de ellos se les aplicó el programa en tiempos distintos.

Pre-test: A los pacientes se les explicaron los objetivos del programa, se solicitó su consentimiento, se ofreció confidencialidad y en esta fase se les aplicó el Instrumento para evaluar la importancia de factores disposicionales en el rompimiento de su dieta. Se explicó la forma de llenar el instrumento y los investigadores estuvieron presentes todo el tiempo para resolver dudas. Esta fase se llevó a cabo en una sola sesión de aproximadamente dos horas.

Fase experimental: En esta fase se creó un club de diabetes. Los propios pacientes nombraron a sus representantes y en esta modalidad, que implica una participación activa por parte de ellos, se les entrenó en el manejo de técnicas de autocontrol, así como de solución de problemas. Cada técnica se entrenó en tres o tres y media sesiones. Para ello, se emplearon videos diseñados o elegidos con fines didácticos y presentaciones Power Point para brindar información relevante. Se discutían, en la modalidad de club, los problemas de cada participante, relativos al manejo de cada uno de los factores disposicionales evaluados. Posteriormente se hacían algunas dinámicas que implicaban el modelamiento, por parte de los investigadores, del manejo de cada técnica y la práctica y retroalimentación de los participantes. Se dejaban tareas relacionadas con la aplicación de cada técnica.

Post-test: Por último, en la tercera fase se aplicó nuevamente el instrumento siguiendo el mismo procedimiento del pre-test.

La duración del estudio fue de aproximadamente dos meses con sesiones semanales de dos horas cada una.

Resultados

Para el análisis de resultados se utilizó el Paquete Estadístico SPSS versión 20. Dado que el objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de las técnicas de autocontrol y solución de problemas en la importancia referida para factores disposicionales que influyen en el rompimiento de la dieta, se aplicó la prueba *t* de student para muestras dependientes, con la finalidad de evaluar posibles diferencias entre el pre-test y el post-test.

Cabe señalar que, dada la lógica de construcción del instrumento y la variable medida, a mayor importancia reportada para los diversos factores disposicionales situacionales, se asume que existen menores habilidades de autocontrol y de solución de problemas; y viceversa.

En un primer momento se obtuvieron algunos estadísticos. Se obtuvieron como datos relevantes para el pre-test (\bar{X} =98.55, DS=23.66) y para el post-test (\bar{X} =80.65, DS=71.95). Se apreciaron diferencias entre los puntajes promedio, de modo que para saber si hubo alguna diferencia estadísticamente significativa entre estos valores, se aplicó una

prueba *t* de Student. Se encontró dicha diferencia ($t = 5.95, p < .001, d = 97.42$), que sugiere un efecto importante de la intervención.

Una vez encontrada esta diferencia, se obtuvieron las medias para cada uno de los 7 factores muestreados.

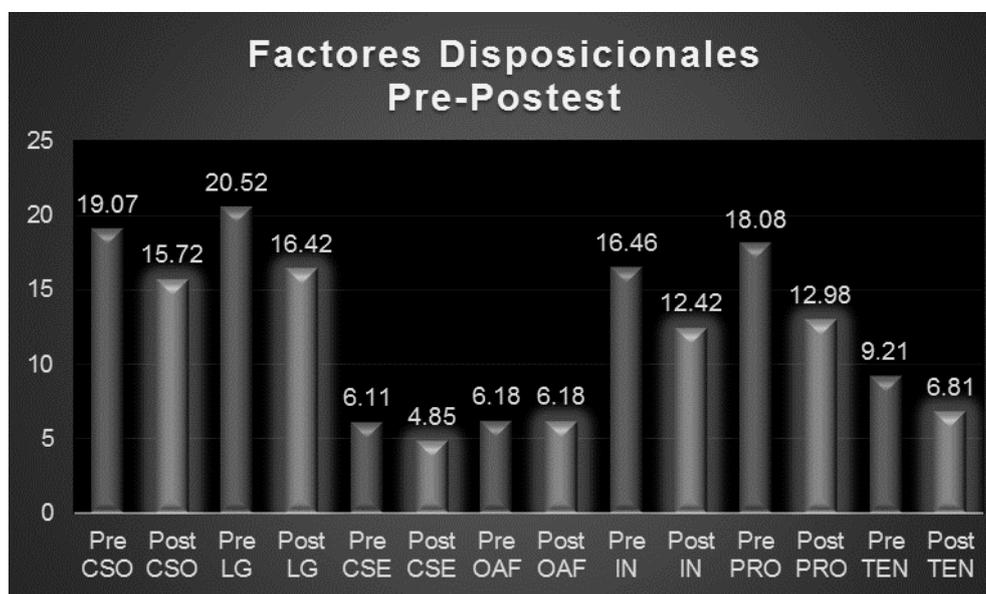


Figura 1. Puntajes promedio obtenidos en el pre-test y en el post-test del primer estudio para cada factor disposicional

Se grafican valores de pre-test y post-test para cada factor y se anotan con las siguientes siglas: CSO: Circunstancia social, LG: Lugar, CSE: Conducta Socialmente Esperada, OAF: Objetos o Acontecimientos Físicos, IN: Inclinationes, PRO: Propensiones y TEN: Tendencias

En la Figura 1 se aprecian visualmente las diferencias en las medias obtenidas en las dos fases. Se observa que los factores que evaluaron con mayor importancia, es decir, como los mayores obstáculos para seguir su dieta son *Lugar, Circunstancia Social y Propensiones*.

Tabla 1
Diferencias significativas pre-test post-test por factor disposicional en el primer estudio

	Media pre-test	Media post-test	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Circunstancia Social	19.07	15.72	4.80	<.001	.04
Lugar	20.52	16.42	4.98	<.001	20.39
Conducta Socialmente esperada	6.11	4.85	3.87	<.001	6.01
Inclinaciones	16.46	12.42	7.16	<.001	16.33
Propensiones	18.08	12.98	5.82	<.001	6.38
Tendencias	9.21	6.81	6.37	<.001	9.08

La tabla 1 presenta las diferencias estadísticamente significativas encontradas para seis de los siete factores disposicionales evaluados, obtenidas mediante una prueba *t*. Se presenta también el tamaño del efecto post-intervención para cada uno de ellos. Se puede observar que el mayor efecto encontrado en relación con la fase de intervención fue para el *Lugar*, seguido del factor *Inclinaciones*.

El estudio reportado permitió a los investigadores hacer algunas consideraciones con respecto a las experiencias obtenidas con la población participante, así como al respecto de los resultados obtenidos; de ahí que se pensó en la necesidad de llevar a cabo un segundo estudio. Se llevaron a cabo algunos cambios en las estrategias de aplicación de las técnicas empleadas, que consistieron básicamente en agregar material didáctico de apoyo, y en hacer este material más sencillo y atractivo. Así, se hizo un segundo estudio con el mismo objetivo que el anterior, es decir, evaluar el grado de importancia atribuida a ciertos factores disposicionales en el rompimiento de la dieta en pacientes con Diabetes tipo II. El programa se evaluó con una muestra distinta a la del primer estudio. Esta vez se agregó el objetivo de evaluar posibles diferencias de género.

MÉTODO

Participantes

La muestra empleada fue intencional voluntaria de 102 participantes, de entre 37 y 84 años de edad, con una edad promedio de 55,41 años. Con un total de 95 mujeres y 18 hombres. El promedio de escolaridad de la muestra fue de primaria. Respecto al tiempo de diagnóstico con diabetes tipo II, el 50% de los participantes tenía un diagnóstico mayor de 10 años, el 25% de 1 a 10 años y el otro 25% menos de 6 meses. El 70% de ellos tomaba algún medicamento para su enfermedad.

Diseño: Pre-test post-test (Landro y González, 2011).

VARIABLES e INSTRUMENTOS

Se definieron las mismas variables que para el estudio anterior, considerando como variable de comparación el género. El instrumento utilizado fue el ya descrito para el primer estudio.

Procedimiento

El procedimiento aplicado fue también el descrito para el primer estudio.

Resultados

La Tabla 2 muestra los principales estadísticos descriptivos de la muestra.

Se aplicó una prueba *t* de Student para muestras independientes. Se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa ($t=10.69$; $p < .001$, $d = 96.78$) entre los puntajes obtenidos en el pre-test y los obtenidos en el post-test, que permiten pensar que el programa aplicado tuvo un gran efecto en la variable dependiente. La tabla 3 muestra los principales estadísticos descriptivos considerando la variable género.

Tabla 2

Descriptivos de la variable importancia atribuida a factores situacionales en el rompimiento de la dieta pre-test post-test en el segundo estudio

	MEDIA	DESV. TÍP.
PRE-TEST		
Hombre	98.94	10.58
Mujer	100.49	14.67
POST-TEST		
Hombre	58.56	10.91
Mujer	76.66	21.68

Tabla 3

Descriptivos generales de la importancia atribuida a factores situacionales por género en el segundo estudio

	PRE-TEST	POST-TEST
Media	100.24	73.82
Mediana	98.00	68.00
Moda	86.00	55.00
Desv. Típ.	14.07	21.38

Se aplicó nuevamente una prueba t considerando los dos momentos de la evaluación. En un primer momento se compararon los puntajes obtenidos en el pre-test entre hombres y mujeres, y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. En un segundo momento, se aplicó otra prueba t para explorar diferencias de género en los puntajes obtenidos para el post-test. Se halló una diferencia estadísticamente significativa ($t = 3.253$ $p < .001$, $d = 93.57$), que indica un efecto diferencial del programa de intervención, que fue mayor para los hombres.

Posteriormente se llevó a cabo un análisis por cada factor disposicional considerando el género.

En la tabla 4 se presentan los valores de las medias pre-test y post-test para hombre y mujer obtenidas para cada uno de los 7 grupos de factores disposicionales evaluados. Se llevaron a cabo pruebas t para muestras independientes para cada uno de los factores en el post-test con el propósito de saber si la intervención había impactado diferencialmente de acuerdo al género, así como el tamaño de su efecto (d). Se encontraron diferencias significativas en el post-test para hombres y mujeres en cinco de los factores evaluados, en los que no se hallaron fue en el factor *Inclinaciones* y en *Propensiones*, lo que sugiere que el tratamiento impactó de la misma manera en ambos géneros para estos factores. Con respecto a aquéllos en donde se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el post-test, el mayor efecto encontrado fue para el

factor *Circunstancia Social*.

Tabla 4

Diferencias significativas pre-test post-test para cada factor disposicional en el segundo estudio

	Pre-test		Post-test		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	Media hombres	Media mujeres	Media hombres	Media mujeres			
Circunstancia Social	15.13	18.56	13.50	17.46	-2.03	<.05	3.71
Lugar Conducta	15.60	18.78	12.80	18.13	-2.25	<.05	0.10
Socialmente esperada	4.92	5.93	3.83	5.77	-2.45	<.005	0.07
Objetos o acontecimientos físicos	5.00	5.36	3.15	5.90	-3.32	<.05	0.02
Inclinaciones	17.36	16.80	13.16	15.62	-1.17	>.01	0.17
Propensiones	14.21	15.67	11.16	14.92	-1.40	>.01	29.81
Tendencia	7.93	9.17	5.50	8.31	-2.49	<.05	0.01

DISCUSIÓN

Al analizar los resultados y con relación a los objetivos planteados, lo primero que se puede notar es que para las muestras de los dos estudios se encontraron diferencias entre los puntajes iniciales y los finales, lo cual sugiere un efecto del programa aplicado, en términos de un mayor control, por parte de los participantes, de estos factores de contexto que interferían con el seguimiento de su dieta.

En el primer estudio se encontró que el factor disposicional al que se le atribuye mayor importancia para romper la dieta es el *Lugar* en el que se encontraban: la cocina de su casa, o la calle, entre otros; como el segundo factor en grado de importancia, indicaron que era importante la *Circunstancia Social*, es decir, estar en una fiesta, o en una reunión o con su pareja; en tercer lugar marcaron *Propensiones*, esto es, que estuvieran nerviosos, deprimidos, tristes, enojados, aburridos o preocupados.

En relación con el objetivo adicional del segundo estudio, explorar posibles diferencias de género, se encontró que los participantes reportaron mayor importancia para tres factores disposicionales, aunque con diferencias en el grado de importancia. Los hombres reportaron, en primer lugar, el factor *Inclinaciones*, esto es su gusto o preferencia por ciertos alimentos; mientras que las mujeres indicaron el *Lugar*; como el segundo factor en grado de importancia los hombres indicaron el *Lugar* mientras que las mujeres la *Circunstancia Social*; a este factor los hombres lo puntuaron en tercer lugar y en ese

orden de importancia las mujeres evaluaron el factor *Inclinaciones*. En términos generales ambos géneros coinciden en atribuir importancia a estos factores de contexto como obstáculos para comer saludable y hay que agregar que el factor de *Inclinaciones* aquí aparece entre los tres primeros, mientras que en el primer estudio es el factor *Propensiones* es el que ocupa este lugar.

Se evaluó también si hubo alguna diferencia significativa entre hombres y mujeres en cuanto al efecto de la intervención y los resultados llevan a pensar en que las técnicas empleadas tuvieron efectos diferenciales en esta muestra, siendo mayores para los hombres, es decir, se obtuvieron mejores resultados con ellos. Ahora, considerando estas diferencias para cada factor, los resultados indican que, a excepción de los factores *Inclinaciones*, *Propensiones* y *Tendencias*; hubo efectos diferenciales de la intervención en el resto de los factores, siendo más notable para el factor *Circunstancia Social*. Estos resultados sugieren que los hombres, como efecto de la intervención, adquirieron mayores habilidades para controlar la función disposicional de este factor.

Vale la pena resaltar que se requieren habilidades específicas para modificar la función disposicional de los factores de contexto. En este estudio las técnicas de autocontrol y solución de problemas permitieron entrenar un conjunto de habilidades para modificar la función probabilística de elementos importantes a la hora de comer, en esta muestra de participantes.

Como se comentó, los estudios descritos forman parte de una línea de investigación que pretende contribuir a la comprensión de diversos factores y variables relacionados con la adherencia a la dieta en pacientes diabéticos. Cabe señalar, por un lado, que este comportamiento no es el único a modificar para evitar complicaciones de la enfermedad; sin embargo, sí es el más importante. En segundo lugar, el hecho de partir de un modelo teórico específico, así como del uso de la metodología de Análisis Contingencial es lo que permitió considerar a las situaciones en que los pacientes comen, como un elemento digno de explorar. La literatura prácticamente no se ha ocupado de identificar factores de contexto, se mencionó antes que solamente se hallaron dos investigaciones relacionadas, la primera se llevó a cabo en 1994 por Schlundt, Rea, Kline y Pichart y la segunda en 2010 por Okolie, Ehiemere, Ezenduka, y Ogbu; lo que confirma la idea de que se han marginado algunos elementos del ambiente que pueden ser relevantes a la hora de planear el entrenamiento de diversas habilidades para seguir un plan alimentario.

En la literatura se ha estudiado lo que, en la metodología de análisis contingencial, se identifica como *Propensiones*; esto es, estados de ánimo o conmociones emocionales. Varios autores han encontrado una relación entre la falta de adherencia y depresión, estrés o ansiedad (Bersh, 2006; Ortiz, 2006; Zavala & Whetsell, 2007; Egede & Osborn, 2010; Okolie, *et. al.*, 2010). Incluso se ha llegado a considerar que diversas emociones explican la falta de adherencia; sin embargo, en los estudios que aquí se reportan, los pacientes que conformaron las dos muestras, efectivamente le daban importancia a estos estados de ánimo o condiciones emocionales; aunque no los señalaban como los factores disposicionales más importantes. De hecho, la mayoría de los pacientes identificó que estar nervioso provocaba que comiera más de lo que debían, pero lo mismo pasaba cuando estaban aburridos. El no tener una actividad o una ocupación en algún momento les abría el apetito, lo que los incitaba a comer desproporcionadamente o a comer alimentos que no debían en ese momento; sin embargo, los resultados sugieren que las técnicas conductuales de autocontrol y solución de problemas, lograron un efecto positivo en la importancia atribuida a estos factores, aquí llamados propensiones. Cabe hacer notar que, aunque no es el factor que ocupa el primer lugar en importancia, sí fue en el que se incidió de manera más notable.

Ahora, sin marginar la importancia de las propensiones como facilitadoras de un comer poco saludable, uno de los factores que se halló muy importante en los dos estudios, tanto para hombres como para mujeres, fue el *Lugar* en el que se encontraban. Cabe comentar que en México la oferta de comida es grande y variada, de modo que estar en la calle, por ejemplo, implica encontrar frecuentemente comida poco saludable y atractiva, lo que puede contribuir a la explicación de este hallazgo. Otro factor reportado como muy importante, fue la *Circunstancia Social*, es decir, estar en reuniones, en fiestas, o con la pareja; y hay que comentar que en este país las relaciones sociales están muy vinculadas a comer. Ofrecer comida es una forma de halagar al otro. Las reuniones, las fiestas, los encuentros con otros; se planean alrededor de la comida. De ahí la importancia de contar con habilidades de autocontrol y de solución de problemas.

En términos generales, los resultados confirman lo dicho por Moreno y Róales (2003) cuando señalan que se le da mucho peso a lo que se ha considerado, en los diversos modelos de salud, como variables cognitivas, restando importancia a los aspectos ambientales e individuales. Se ha adjudicado a emociones tales como depresión, estrés e ira; una sobrevaloración para dar explicación a la falta de adherencia a una dieta y al consumo desmedido de alimentos.

El que una persona con diabetes consuma más alimento del recomendado, o el que se alimente de cosas perjudiciales para su salud en general, debe explicarse considerando un conjunto de elementos en la relación persona/comida. En este estudio, se consideraron factores disposicionales situacionales, tomando en cuenta que tampoco ofrecen una explicación de la adherencia a la dieta o de la falta de ella; pero asumiendo que pueden jugar un papel que ha sido subestimado. En ese sentido los estudios pretenden incidir en este tema y hacer una modesta aportación al campo, al lograr identificar, para las muestras de estos estudios, factores situacionales específicos, que hacían más probable que rompieran su dieta.

Por otro lado, las técnicas de autocontrol y solución de problemas se seleccionaron considerando que los pacientes debían adquirir habilidades para identificar y alterar factores del contexto, tanto personales como del ambiente, que interferían con su plan alimentario.

No se pueden dejar de mencionar las limitaciones de esta investigación. Las muestras de participantes con las que se trabajó fueron de tipo intencional voluntaria, por lo que no es posible generalizar los resultados obtenidos aquí a otras poblaciones. Cabe comentar que no resulta fácil contar con grupos de participantes con diabetes, lo cual es parte importante de la problemática de salud que se tiene en este país. No hay una cultura de cuidado de la salud. Otra limitación fue no haber logrado hacer un seguimiento, lo que de alguna manera tuvo que ver con la poca disponibilidad de espacio ofrecido en los diferentes centros de salud para llevar a cabo esta fase. Sería importante contar con un mayor apoyo institucional para tener una evaluación de lo que ocurre con estas intervenciones en el transcurso del tiempo. No se puede dejar de mencionar que el diseño que se empleó en este estudio fue Pre-test Post-test que no es propiamente experimental; sin embargo, a su favor está el hecho de que permite aproximarse a diversos fenómenos de una manera práctica. Convendría en estudios posteriores tener un mayor control de variables en términos generales. Ahora, a pesar de las limitaciones descritas, los estudios aportan información en la que vale la pena profundizar y continuar evaluando. Es pertinente mencionar, que al margen de la significancia estadística, los pacientes reportaron sus logros dentro del taller y la manera en la que fueron empleando, de manera efectiva, las estrategias entrenadas.

CONCLUSIONES

En este estudio se pudo evaluar que los comportamientos de adherencia o de no adherencia a una dieta saludable son mucho más complejos y se deben analizar con base en un conjunto de factores, para poderlos comprender de forma integral y en un mediano plazo intervenir de manera exitosa en su control.

La diabetes mellitus tipo 2 debería ser abordada de forma multidisciplinaria, considerando desde lo médico hasta lo psicológico, esta visión integral puede ayudar a la comprensión de los comportamientos de adherencia y en cierto plazo contribuir con la demora o evitación de complicaciones de la enfermedad, y por qué no, en un nivel de prevención primaria podría hacerse una gran aportación al problema de salud que esta enfermedad representa, con sus consecuentes ventajas en términos sociales, familiares y económicos. El modelo psicológico de la salud biológica, y su metodología, permiten profundizar y abrir preguntas que generen respuestas eficientes que permitan ampliar lo ya conocido, o generar planteamientos de otro orden.

Financiación

Este trabajo fue financiado por el programa DGAPA/UNAM/PAPIIT IT300114

REFERENCIAS

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2): 122 - 147.
- Bersh, S. (2006). La obesidad. Aspectos Psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(4): 537 - 546.
- Compeán, L., Quintero, L. M., Reséndiz, E., Muñoz, A., & Ángel, B. (2010). Conductas de autocuidado y marcadores bioquímicos en adultos con diabetes tipo 2. *Facultad de Enfermería C.U.U.A.T.*, 204 (20). Recuperado de <http://www.turevista.uat.edu.mx/Volumen%204%20numero%203/adultos-res.htm>
- Delgado, L., Hidalgo, G. & Villalobos, F. (2011). Efectos de un programa cognitivo comportamental sobre los niveles de estrés y glucemia en pacientes con DM T II. *Revista Universidad y Salud*, 14 (2): 31-42.
- Egede, L. E. & Osborn, C. Y. (2010). Health literacy, diabetes self-care, and glycemic control in adults with type 2 diabetes. *Diabetes Technology and therapeutics*, 12 (11), 913 – 919. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3000637/>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. 2012
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, M. A: Addison-Wesley.
- Fabián, S., García, S. & Cobo, A. (2010). Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su asociación con el tipo de tratamiento, complicaciones de la diabetes y comorbilidades. *Medicina Interna Mexicana*, 26, (2), 100-108.
- García, J. A. (2010). *Propuesta de taller para mejorar la adherencia a la dieta en pacientes con diabetes tipo 2*. Tesis de Licenciatura no publicada, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, 2013.
- Kantor, J. R. (1967). *Principles of Psychology*. Estados Unidos: Principia Press.
- Landero, L. & González, M. (2011). *Estadística con SPSS y metodología de la*

- investigación*. México: Trillas
- Márquez, B., Anguiano, A., Bacardí, M., & Jiménez, A. (2008). Revisión de ensayos clínicos controlados mediante cambios en el comportamiento para el tratamiento de la obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 23 (1): 1-5.
- Moreno, D., García, G., Rodríguez, M. L., & Díaz-González, E. (2007). Reflexiones críticas a los modelos psicológicos de la salud orientados al VIH/SIDA desde la perspectiva interconductual. En: S. Robles., & D. Moreno (coordinadoras). *Psicología y Salud sexual*. México: FESI.
- Moreno, E., & Róales, J. (2003). El modelo de creencias de salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa: hacia un análisis funcional de las creencias de salud. *International Journal of Psychology and Psychology Therapy*, 3 (1): 91-109.
- Ortíz, P. M. (2006). Estrés, estilo de afrontamiento y adherencia al tratamiento de adolescentes diabéticos tipo 1. *Terapia Psicológica*, 24 (2): 139 - 147. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78524203>
- Okolie, U., Ehiemere, I., Ezenduka, P., & Ogbu, S. (2010). Contributory factors to diabetes dietary regimen non adherence in adults with diabetes. *World Academy of Science, Engineering and Technology*, 45. Recuperado el 10 de enero de 2013, desde: <http://waset.org/author/okolie-uchenna>
- Ortiz, P. M., & Ortiz, P. E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista médica de Chile*, 135(5): 647-652. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000500014&lng=es&tlng=es.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y Salud: Un análisis conceptual*. México: Trillas.
- Ribes, E., Díaz-González, E. Rodríguez, M. & Landa, P. (1986). El Análisis Contingencial: una alternativa a las aproximaciones terapéuticas del comportamiento. *Cuadernos de Psicología*, 8: 27-52.
- Rodríguez, M. L. (2003). Construcción de un instrumento para evaluar competencias en situaciones no vinculadas con estrés. *Revista Psicología y Salud*, 13(2): 175-187
- Rodríguez, M. L. (2005). Elaboración y validación de un Instrumento para evaluar competencias conductuales y su relación con la salud. *Psicología Conductual*, 13(2): 255-273.
- Rodríguez, M. L. (2006). Evaluación de competencias conductuales y su relación con la salud. *Revista Chilena de Psicología Clínica*, 1(1):12-28.
- Rodríguez, M. L. (2011). *Análisis Contingencial*. México: Fes Iztacala, UNAM.
- Rodríguez, M. L., Díaz-González, E., & García, J. C. (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.
- Rodríguez, M. L. & García, J. C. (2011). El Modelo Psicológico de la salud y la diabetes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14 (2): 210-222.
- Rodríguez, M. L., Ortega, G., & Nava, C. (2009). Competencias efectivas y reacciones de estrés en participantes sanos y con enfermedades crónicas *Psicología y Salud*, 19(2): 177-188.
- Rodríguez, M. L., Robles, S., Moreno, D., & Díaz-González, E. (2000). El SIDA desde el Modelo Psicológico de la Salud Biológica. *Psicología y Salud*, 10 (2): 149-161.
- Schlundt, D., Pichert, J., Rea, M. R., Puryear, W., Penha, M., & Kline, S. S. (1994). Situational obstacles to adherence for adolescents with diabetes. *U.S. National*

- Library of Medicine*, 20(3): 207-211. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7851234>
- Sparrow, C. (2008). Respuestas a algunas objeciones y críticas a la terapia cognitivo-conductual. *Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú*, 4: 57-65.
- Zavala, M., & Whetsell, M. (2007). La fortaleza de los pacientes con enfermedad crónica. *Revista de la Universidad de La Sabana*, 7 (2): 174-188