



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 19 No. 2

Junio de 2016

ALGUNAS REFLEXIONES ACERCA DE LAS APORTACIONES PSICOLÓGICAS EN EL CONTROL Y REGULACION DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Juan Carlos García Rodríguez¹, María de Lourdes Rodríguez Campuzano²,
Antonia Rentería Rodríguez,³ Norma Yolanda Rodríguez Soriano⁴ y Jessica
Melchor Benitez⁵

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

RESUMEN

Desde el 2000, la diabetes es la principal causa de muerte en México, ocasionando el 17.2% de las muertes. Cada hora se diagnostican 38 nuevos casos de diabetes y cada dos horas mueren 5 personas a causa de complicaciones originadas por esta. La diabetes tiene una repercusión directa en la calidad de vida de los pacientes ya que es una enfermedad incapacitante por los daños micro y macro vasculares provocados a diferentes niveles del organismo y está asociada a otros problemas de salud en México como son la obesidad, la hipertensión y las enfermedades vasculares. El objetivo de este artículo es dar a conocer una revisión de las diferentes intervenciones conductuales y psicosociales enfocadas al control y regulación de la Diabetes Mellitus, analizando diversos marcos teóricos principalmente dentro de la Teoría Cognitiva y Conductual revisando sus aportaciones y limitaciones. Proponiéndose como alternativa el modelo

Trabajo financiado por el programa UNAM/DGAPA/PAPIIT IT300114

¹ Profesor de Asignatura "A" Definitivo. FES Iztacala. Correo electrónico: jcgarcia@psicologiaclinica.com.mx

² Profesor Titular "C" Definitiva. FES Iztacala. Correo electrónico: carmayu5@yahoo.com

³ Profesor Titular "A" Definitiva. FES Iztacala. Correo electrónico: antoniarenteriar@gmail.com

⁴ Profesor Titular "A" Definitiva. FES Iztacala. Correo electrónico: normayolanda@gmail.com

⁵ Egresada de la Licenciatura de Psicología. FES Iztacala. Correo electrónico: jemebe0402@hotmail.com

psicológico de la Salud de Ribes para mejorar la adherencia a la dieta en pacientes diabéticos tipo II.

Palabras clave: Diabetes Mellitus, control metabólico, Modelos Cognitivos, adherencia.

SOME REFLECTIONS ABOUT THE PSYCHOLOGICAL CONTRIBUTIONS IN CONTROL AND REGULATION OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS

ABSTRACT

Since 2000, diabetes is the main cause of death in Mexico, causing 17.2% of deaths. Each hour 38 new cases of diabetes are diagnosed and every two hours five persons die due to complications originated by this. Diabetes has a direct impact on the quality of life of patients and it is an incapacitating disease by micro and macro vascular damages caused by different levels of the organism. In Mexico, it is associated with other health problems such as obesity, hypertension and vascular diseases. The purpose of this article is to present a review of the different behavioral and psychosocial interventions focused on control and regulation of Diabetes Mellitus, analyzing various theoretical frameworks mainly within Cognitive and Behavioral Theory reviewing their contributions and limitations. Psychological Model of Biological health by Ribes is proposed in this paper as an alternative approach to adherence to diet in type II diabetic persons

Keywords: Diabetes mellitus, metabolic control, Cognitive Models, adherence.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, en México 71.2% de los adultos y 34.4% de los escolares (5-11 años) presentan sobrepeso u obesidad. En 2012, 9.2% de la población ya contaba con un diagnóstico médico previo de diabetes (6.4 millones), presentando un incremento de 2.2 puntos porcentuales respecto de la registrada en el año 2006, lo que significa que 1 de cada 10 adultos en México tiene diabetes.

Considerando las estimaciones hechas para México sobre el costo anual de la atención de la diabetes, que sitúa el costo de atención por parte de los proveedores en 707 dólares por persona por año; para 2012 se requieren 3,872 millones de dólares para el manejo de esta enfermedad, lo que representa un incremento de 13% con relación a la cifra estimada para 2011. Para contextualizar

esta cifra, este monto es superior a los 3,790 millones asignados al Seguro Popular en 2010.

Sanz (2009), menciona que la Diabetes Mellitus no es una entidad patológica, sino un conjunto de trastornos metabólicos cuya característica común es la hiperglucemia (aumento en los niveles de glucosa en la sangre), es la consecuencia de defectos en las células beta las cuales se encuentran en el páncreas y cuyo trabajo es producir la hormona insulina encargada de controlar los niveles de glucosa en la sangre. Cuando existe alguna alteración en las células beta, la insulina no es producida de forma correcta y los niveles de glucosa se elevan.

Existen diferentes tipos de manifestación de la enfermedad; sin embargo, la mayoría de los casos se encuentran en dos clases generales llamados Diabetes Mellitus tipo 1 y Diabetes Mellitus tipo 2. Tébar y Escobar (2009) los explican de la siguiente manera:

1. Diabetes Mellitus tipo 1. Representa aproximadamente el 10% de todos los casos de diabetes y suele ser hereditaria, se divide en dos subgrupos:

- a. - **Autoinmune:** Se caracteriza por una deficiencia total de insulina causada por la destrucción de las células β en el páncreas.

- b. **Idiopática:** El término hace referencia a la identificación de enfermedades únicas o de causa desconocida.

2. Diabetes Mellitus tipo 2. El páncreas no produce suficiente insulina para mantener los niveles de glucosa adecuados, debido a que el cuerpo no responde bien a la insulina y las células beta se ven afectadas. La diabetes mellitus tipo 2 puede desarrollarse por dos alteraciones metabólicas:

- a. Resistencia a la insulina: puede ser debido a que los receptores insulínicos no responden y/o son escasos en número. Como consecuencia de esto se produce la hiperglucemia, la

glucosa no es asimilada por las células y queda en la sangre sin ser aprovechada.

b. Descenso notable de la producción de insulina: debido a la disminución de la funcionalidad de las células beta causada normalmente por una fatiga de las mismas por una sobreproducción compensatoria de insulina.

Una vez desarrollada la enfermedad se destacan tres alteraciones fisiopatológicas: trastorno de la secreción de insulina, resistencia periférica a la insulina y producción excesiva de glucosa hepática, predominando una u otra según sea el caso.

Una dieta rica en grasa saturada es probablemente el principal determinante dietético en la DM2. También alimentos con índice glucémico alto son capaces de causar aumento de la glucosa plasmática importante, una mayor demanda de insulina y mayor riesgo de desarrollar diabetes (Contreras, 2004).

Otra de las principales variables asociadas con la diabetes es la edad, la prevalencia de DM2 aumenta con la edad siendo más frecuente en poblaciones mayores de 60 años. También se ha observado que la prevalencia de la DM2 aumenta en varios grupos étnicos, y que la característica más significativa en estos grupos es la ganancia de peso y la disminución de la actividad física.

El plan general de atención debe incluir, cuando menos, dieta (plan nutricional), medicamentos (hipoglucemiantes orales o insulina), ejercicio, instrucción del paciente, vigilancia por el paciente de la glucemia capilar y revisión periódica por el médico, tanto del control metabólico como de los hallazgos físicos y las pruebas de laboratorio, para detectar oportunamente las complicaciones específicas.

La dieta es la piedra angular del tratamiento. El objetivo es obtener y mantener el peso ideal del paciente, proporcionando el aporte calórico apropiado de acuerdo a la edad, diferencia del peso actual con el peso ideal y actividad física. Se debe considerar el tipo de trabajo, horario de los alimentos y la distribución calórica durante el día, así como el porcentaje de carbohidratos, proteínas y grasas.

El ejercicio es recomendable ya que incrementa la sensibilidad a la insulina y así mejora el control de la glucemia y el perfil de los lípidos. El ejercicio intenso mejora

la presión arterial, favorece la pérdida de peso, produce acondicionamiento cardíaco y da sensación de bienestar.

La adherencia terapéutica a la dieta y a la actividad física es un factor fundamental para el control de la diabetes, ya que permite disminuir la obesidad en el paciente, eliminar la dependencia al uso de medicamentos y mejorar su calidad de vida.

La Rosa, Martín y Bayarre (2007), definen la adherencia terapéutica como la medida en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida, coinciden con las indicaciones dadas por su médico, por otro lado Libertad y Grau (2004), refieren que la adherencia terapéutica es un fenómeno complejo que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza, en esencia, nos indican, que es un comportamiento humano modulado por comportamiento subjetivo y en esta dimensión debe ser comprendido, abordado e investigado.

De acuerdo a estos autores la conducta de cumplir con el tratamiento, está mediada, entre otras cosas, por el sistema de conocimientos y creencias que el paciente tenga acerca de su enfermedad, su motivación para recuperar la salud o por adaptarse adecuadamente a su condición de enfermo.

Libertad y Grau (2004), señalan que las conductas que reflejan problemas de adherencia al tratamiento son las siguientes: dificultades para comenzar el tratamiento, suspensión prematura, cumplimiento incompleto o deficiente de las indicaciones que se expresa en errores de omisión, de dosis, de tiempo, o de propósito (equivocación en el uso de uno u otro medicamento); ausencia a consultas e interconsultas, y rigidez de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento de la enfermedad; se destaca también la práctica de la automedicación.

Al ser la adherencia a la dieta un comportamiento, la psicología lo ha estudiado para el caso de la diabetes. A continuación se expondrán brevemente algunos de los aspectos tratados.

Peyrot y Rubin (2007), llevaron a cabo una revisión de las principales intervenciones conductuales y psicosociales vinculadas con la diabetes. Estos

autores afirman que las principales intervenciones conductuales y psicosociales enfocadas a la diabetes se han dividido en dos principales dominios:

a) Intervenciones de autocuidado, las cuales incluyen temas como la aceptación del régimen y la adherencia a éste.

b) Intervenciones emocionales, donde se aborda la relación que existe entre la diabetes y el estrés; y la diabetes y la depresión.

Estos dos dominios corresponden según los autores a los dos diferentes tipos de estrategias de afrontamiento que hay, las cuales son:

- Estrategias de Afrontamiento centradas en el problema, que incluyen estrategias para resolver y / o prevenir problemas.
- Estrategias de Afrontamiento centradas en las emociones, que incluyen estrategias para hacer frente a las emociones negativas producto de la enfermedad.

Las intervenciones de auto-cuidado se han basado en la utilización de estrategias de afrontamiento centradas en el problema y las emocionales utilizan estrategias de afrontamiento centradas en las emociones.

Los mismos autores reconocen que muchas de las estrategias utilizadas en estas intervenciones no tienen un fundamento teórico o académico suficiente, lo cual podría resultar desconcertante para aquellos que quisieran un marco teórico conceptual congruente.

La Tabla 1, es una propuesta hecha por Peyrot y Rubin (2007) que ilustra las principales teorías y modelos del cambio conductual, así como los conceptos e intervenciones de los que se sirven:

Categoría	Teoría	Término/Concepto	Intervención
Motivador	BMR	Necesidad	Información
	HBM	Susceptibilidad, severidad	
	CSM	Identificar señales	
Motivador	HBM	Consecuencias	Información
	CSM	Beneficios del tratamiento	Entrevista
	TPB	Control de creencias	Motivacional
Motivador	OLT	Control conductual percibido	Contrato Conductual
Inhibidor	BMR	Incentivos/recompensas	Solución de problemas, cambios en el medioambiente
	HBM	Factores de Bloqueo Barreras para la acción	

Facilitadores	BMR	Factores Facilitadores	Entrenamiento en solución de problemas, monitoreo
Motivadores	SCT, TTM	Auto-eficacia	Información
Inhibidor	TTM	Toma de decisiones (costos y beneficios)	Entrevista
Intenciones	BMR,TPB, TRA	Intenciones	Motivacional
	SRT	Metas	
	TTM	Disposición	Logro de metas
Factores	BMR	Factores de precipitación	Cambios en el medio ambiente, Auto-monitoreo y Contrato conductual
Desencadenantes	HBM	Señales de acción	

* Abreviaciones en Ingles

BMR: Modelo Conductual Revisado	CSM: Modelo del Sentido Común
HBM: Modelo de las creencias en salud	OLT: Teoría del condicionamiento operante
TPB: Teoría de la conducta planeada	TRA: Teoría de la acción razonada
TTM: Teoría Social Cognitiva	SRT: Teoría de la autorregulación

Tabla 1. Teorías/Modelos de Cambio Conductual, conceptos e intervenciones.

Con respecto a la tabla 1, los autores explican que las intervenciones no son específicas a determinadas teorías; así que mientras que la mayoría de las intervenciones conductuales podrían ser descritas como "basadas en la teoría," la eficacia de una intervención no necesariamente aporta pruebas de una teoría sobre otra.

Además de las teorías anteriores, Peyrot y Rubin (*op. cit.*) mencionan que hay otros marcos teóricos como el del "empoderamiento" o "enfoque centrado en el paciente", el cual sugiere que el paciente se encuentra en el centro del proceso de cambio conductual, por lo que debe tener un autocuidado de su enfermedad y motivación interna para el cambio.

A continuación se hará una breve revisión teórica de las diferentes intervenciones enfocadas al control de la diabetes, partiendo como eje de análisis de los diversos marcos teóricos señalados por Peyrot y Rubin.

Moreno y Roales (2003), explican que el modelo de creencias en salud tuvo su origen en la década de los cincuenta, siendo desde su aparición uno de los marcos teóricos más usados en la psicología de la salud, este modelo considera que los comportamientos vinculados a la salud, son el resultado del conjunto de creencias y valoraciones internas que el sujeto aporta a una situación determinada. Los componentes básicos de este modelo se derivan de las siguientes hipótesis:

a) El valor que un sujeto atribuye a una determinada meta.

b) La estimación que ese sujeto hace de la probabilidad de que una acción dada llegue a conseguir esa meta.

Dado lo anterior, la susceptibilidad percibida, la severidad percibida, los beneficios perdidos y las barreras percibidas, serían las dimensiones de que consta el modelo de creencias de salud. Además de las dimensiones anteriores, el modelo señala la necesidad de considerar ciertos estímulos como imprescindibles para desencadenar el proceso de toma de decisiones, estímulos que han recibido el nombre de claves para la acción. En el ámbito de la salud estas claves pueden ser internas (síntomas físicos, percepciones corporales, entre otras) o externas (recomendaciones de los medios de comunicación, de los médicos, o consejos de amigos), la intensidad necesaria de cada una de estas claves para desencadenar la conducta varía de persona en persona.

De este modo, se puede predecir la ocurrencia de una conducta de salud (o preventiva de la enfermedad) cuando el sujeto en cuestión se percibe como susceptible a un problema de salud que le amenaza, que valora como grave y respecto al cual considera que la acción que puede emprender será beneficiosa y no demasiado costosa.

El modelo de creencias de salud se ha empleado para explorar las razones por las que se presentan dificultades para controlar la diabetes y evitar complicaciones evaluándose la susceptibilidad y severidad percibida, las barreras que imposibilitan la acción, los beneficios percibidos, las señales para la acción, y la efectividad de las fuentes de apoyo social (Montiel y Domínguez, 2011); también se ha estudiado de forma específica la adherencia a la dieta a través de las cuatro

dimensiones del modelo de creencias de salud que son: a) susceptibilidad percibida; b) severidad percibida; c) beneficios atribuidos al tratamiento médico; d) barreras para enfrentar la enfermedad; encontrándose que las dimensiones del modelo de creencias de la salud con más peso en la modificación conductual y metabólico de los pacientes son los beneficios percibidos y las barreras percibidas, en el primer caso mientras más beneficios se atribuye al tratamiento que asegura ese control y mientras menos barreras se perciben para asegurar la ejecución del tratamiento, mayor es la probabilidad de que el paciente esté compensado metabólicamente.

Un modelo cognitivo vinculado directamente al modelo de las creencias de salud, es el modelo transteórico que fue propuesto por Prochaska, DiClemente y Norcross (1992), y que surgió a partir de la observación de lo que ocurre con los procesos de cambio en la psicoterapia cognitiva. El modelo se plantea como un esquema explicativo general del cambio. Se basa en la premisa de que las personas pasan por una serie de etapas en su intento por cambiar una conducta. Estas etapas pueden ser tanto dinámicas como estables, es decir, pueden durar por un tiempo considerable, pero siempre está la posibilidad de cambio. Las cinco etapas que se dan en el proceso de cambio de conducta según esta teoría son: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento

El modelo postula como dos grandes factores que influyen en el cambio conductual: el balance decisional y la auto-eficacia. El balance decisional se refiere a la estimación de beneficios y costos de una conducta y sería un elemento muy importante en la toma de decisiones y por lo tanto en el cambio de la conducta. El otro elemento crítico en el cambio conductual, también presente en otros modelos, sería la autoeficacia, la cual involucra un juicio acerca de las propias habilidades para ejecutar una conducta requerida con el propósito de lograr ciertos resultados. El Modelo Transteórico se ha empleado para evaluar el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos y cómo se vinculan a éste las actividades de autocuidado, el nivel de motivación al cambio, el nivel de conocimientos, la responsabilidad familiar y el nivel de aflicción (Rodríguez y García, 2014). De acuerdo con Wharton y Adams (2007) este modelo ha sido

aplicado a la conducta de adherencia a la dieta siendo empleado principalmente para que los diabéticos incrementen su consumo de frutas y vegetales.

Otro de los modelos cognitivos utilizados en la psicología de la salud es la Teoría de Acción Planeada (Ajzen, 1985), que fue desarrollada a partir de la Teoría de Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1975). Ambos modelos postulan que el inmediato precursor de la conducta es la intención. La intención desde el punto de vista de la Teoría de la Acción Razonada está conformada por la actitud (creencias acerca de la enfermedad y la evaluación de la misma) y por la norma subjetiva (percepción de las creencias que los otros poseen acerca de la conducta saludable que la persona debe realizar y la motivación personal para cumplir dichas expectativas). Estos dos componentes de la intención explican la conducta cuando está motivada por procesos volitivos y se enmarcarían en el modelo predictivo de este modelo.

Posteriormente, la consideración de que no todas las conductas se hallan bajo el control de procesos volitivos, conjuntamente con la inestabilidad predictiva del modelo, condujo a la inclusión de una nueva variable predictiva, la percepción de control. Esta variable, a diferencia de las anteriores, puede influir directamente en la realización de la acción además de intervenir a través de la intención. Los antecedentes que explican esta variable son las creencias acerca de la habilidad de ejecución, es decir, la confianza que el individuo posee acerca de sus capacidades, conocimientos, destrezas, entre otras y las creencias acerca de la facilidad o dificultad para realizar una acción. Ambos tipos de creencias se ciñen a la conducta y a la situación en la cual ha de ser realizada, pudiendo impedir o facilitar su ejecución. Retoma el hecho de que los seres humanos somos esencialmente racionales, y ello nos permite hacer uso de la información disponible para el ejercicio de las acciones o conductas emprendidas. La intención de llevar a cabo una conducta es el determinante inmediato de una acción y ésta a su vez, opera en función de la actitud hacia la conducta y de la norma subjetiva (Reyes y Hernández, 2011).

La Teoría de la Acción Planeada ha sido empleada en la predicción de comer alimentos saludables en pacientes con diabetes tipo 2 en donde se ha encontrado

que el control del comportamiento percibido ha predicho el consumo de alimentos bajos en grasas saturadas; Así como la intención del comportamiento y las relaciones de control de comportamiento conductual percibido, lo que sugiere un papel importante para la planificación como una construcción post-intencional determinar opciones de alimentación saludables (White, Terry, Troup, Rempel y Norman, 2010)

Respecto a la teoría social cognitiva Schunk (2008), nos menciona que este modelo destaca la idea de que buena parte del aprendizaje humano se da en el medio social. Al observar a los otros, la gente adquiere conocimientos, reglas, habilidades, estrategias, creencias y actitudes, de manera que aprende acerca de la utilidad y conveniencia de diversos comportamientos, fijándose en modelos (otras personas) y en las consecuencias de su proceder. Uno de los conceptos fundamentales de la teoría es la *autoeficacia percibida*, la cual refiere a las opiniones que tiene la persona de sus propias habilidades y comportamientos para llegar a un fin, puede tratarse de alguna tarea específica, el trato con otras personas, entre otros. Ortiz y Ortiz (2007), mencionan que cualquier cambio de conducta se fundamenta sobre la creencia de que una persona puede alcanzar exitosamente la conducta deseada. Empleando este modelo se ha estudiado cómo las relaciones de la autoeficacia y el apoyo social percibido mejoran la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos, encontrándose que ambos factores tienen una relación con la adherencia al tratamiento (Canales y Barran, 2014)

Del sincretismo de las teorías cognitivas y conductuales surge el modelo cognitivo conductual, que basándose en un marco conceptual ecléctico retoma elementos tanto de la psicología conductual, como de la psicología cognitiva, siendo éste uno de los marcos teóricos predominantes actualmente.

El modelo Cognitivo Conductual, surge de la inconformidad de algunos psicólogos conductuales, que veían ciertas limitaciones en el modelo del condicionamiento operante para explicar la complejidad del comportamiento humano, por lo que decidieron incorporar elementos de la psicología cognitiva para poder explicar, a su juicio, algunos de los aspectos del comportamiento humano; es así que surgen

algunas técnicas como la detención del pensamiento, la re-estructuración cognitiva o el aprendizaje vicario.

Es por ello que la adherencia a la dieta se trata a través de la aplicación de reforzadores y castigos que incrementan la tasa de respuesta al consumo de determinados alimentos y a la par se trata de cambiar determinadas emociones que influyen en habilidades de autocuidado como lo pueden ser la depresión y el estrés a través de técnicas como la relajación o la terapia racional emotiva conductual de Ellis (Hermanns et. al., 2015).

Otras técnicas aplicadas enfocadas a la adherencia a la dieta son: psicoeducación, modelamiento y moldeamiento, autocontrol, modelo de solución de problemas y entrenamiento en asertividad (García y Sánchez, 2013)

Sin el ánimo de ser exhaustivos, hasta aquí se han revisado varios de los enfoques predominantes que se han empleado en psicología de la salud para el control de la diabetes, por lo que a continuación se procederá a realizar algunas reflexiones acerca de las desventajas que desde nuestro punto de vista tiene el proceder de las intervenciones anteriormente revisadas.

REFLEXIONES SOBRE LAS PRINCIPALES INTERVENCIONES PSICOLOGICAS ACTUALES

Un primer punto de reflexión es que muchas de las intervenciones conductuales actuales carecen de un marco teórico conceptual único que permita evaluar y comprender, desde una sola perspectiva, los factores que influyen en los comportamientos relacionados con la obesidad y la diabetes. Prevalciendo un enfoque ecléctico y pragmático que sólo permite explicar el fenómeno en cuestión, que no se relaciona con un cuerpo de conocimientos que dé cuenta del comportamiento humano más allá del campo de la salud.

Desde nuestro punto de vista, la psicología es ante todo una ciencia y como tal debe de contar con un objeto de estudio que no se yuxtapone con el de otra disciplina y que sea capaz de poder identificar la dimensión psicológica de los distintos problemas que se presentan en el campo aplicado, siendo capaz de dar cuenta de la conducta de los organismos en general y como ciencia aplicada de la

conducta de los seres humanos en lo particular. Este conocimiento, generado por la psicología como disciplina, puede ser retomado posteriormente para ayudar a resolver diferentes problemáticas sociales que le son encomendadas como profesión, entre ellas las relacionadas con los procesos de salud y enfermedad. Sin embargo, un error que frecuentemente se comete es creer que los avances científicos se pueden extrapolar de forma directa al campo aplicado y solucionar los problemas psicológicos presentes en nuestra sociedad

La finalidad de la ciencia es entender y explicar la realidad, su forma de proceder es la abstracción del conocimiento, mientras que la tecnología tiene su sustento en el conocimiento científico. Pero ésta busca transformar la realidad, para dar respuesta a problemáticas sociales; su forma de proceder es el conocimiento concreto. Es importante señalar que el conocimiento científico no se puede extrapolar directamente al campo aplicado y convertirse en tecnología, se requiere de un adecuado proceso de adaptación y de modelos de interfase (una interfase es el medio que permite comunicar dos modelos o dimensiones entre sí) que permitan identificar con claridad la dimensión psicológica de los problemas en los diferentes campos de inserción profesional. Siendo importante señalar que de acuerdo con Rodríguez (2003) la tecnología desarrollada en psicología tiene dos vertientes: a) una pragmática, que se ha generado buscando satisfacer demandas sociales, desvinculada completamente del conocimiento científico o creando mini modelos de intervención que sólo cobran sentido para el problema específico que tratan y; b) una científica, que aplica el conocimiento derivado de la ciencia, el problema de esto radica en que ambas coexisten bajo un mismo nombre que la identifica como profesión.

No atender lo anterior ha llevado a la psicología a realizar análisis reduccionistas de fenómenos complejos. Lo anterior se ve reflejado en teorías como las del modelo de creencias de salud transteórico y de la acción razonada los cuales sólo tienen validez dentro de procesos de salud y enfermedad. Ya que como señalan Peyrot y Rubin (2007), muchas de las estrategias utilizadas en estas intervenciones no tienen un fundamento teórico suficiente.

Los autores de estos modelos teóricos nunca se propusieron realizar un análisis conceptual acerca del fenómeno de la adherencia, limitándose a una descripción de las relaciones que existen entre cognición y comportamiento, siendo que sus aportes se centran en una serie de pasos, procedimientos o técnicas estandarizadas que se aplican por igual para enfermedades crónicas, adicciones o tratamientos oncológicos. Sin atender aquellos factores psicológicos pertinentes para cada enfermedad, dando por hecho que el comportamiento es el mismo en todas las situaciones.

En el caso del modelo de creencias de salud, las cuatro dimensiones que se emplean son: susceptibilidad percibida, severidad percibida, beneficios atribuidos al tratamiento médico y barreras para enfrentar la enfermedad.

En el modelo transteórico las cinco etapas que se dan en el proceso de cambio de conducta son: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

En la Teoría de Acción Planeada, se postula que el precursor de la conducta es la intención que está conformada por la actitud (creencias acerca de la enfermedad y la evaluación de la misma) y por la norma subjetiva (percepción de las creencias que los otros poseen acerca de la conducta saludable que la persona debe realizar y la motivación personal para cumplir dichas expectativas).

En el modelo cognitivo conductual, la adherencia a la dieta se trata a través de la aplicación de técnicas estandarizadas como la relajación o la terapia racional emotiva conductual, el modelamiento y moldeamiento, autocontrol, modelo de solución de problemas y entrenamiento en asertividad. Aquí el criterio de efectividad es la alteración del comportamiento valorado como problema y no las causas que lo originan: Por ejemplo, si una persona esta ansiosa y come, se aplica la técnica de relajación para controlar su ansiedad, siendo que el problema principal radica en entender las causas por las cuáles se ponen ansioso y al modificar estas el paciente dejara de comer bajo ese estado emocional.

En la teoría social cognitiva se adquieren conocimientos, reglas, habilidades, estrategias, creencias y actitudes, de manera que aprende acerca de la utilidad y conveniencia de diversos comportamientos fijándose en modelos (otras personas)

y en las consecuencias de su proceder adquiriendo con ello una autoeficacia percibida.

En estos enfoques se privilegia el dar soluciones a los diversos problemas de salud, sin cuestionarse si lo que se está haciendo tiene un sustento en la psicología como disciplina científica, autores como Zarzosa (1991), señalan que la psicología debería ser ante todo un sistema conceptual coherente, analítico y sistemático; y no un modelo en el que las teorías pueden quedar de lado para favorecer el empleo de técnicas y metodologías que muchas veces son ajenas a la propia disciplina pero que en opinión de quien las emplea resultan accesibles y efectivas.

Como lo señala este autor, al carecer de criterios que delimiten qué es lo psicológico, se suele adoptar una premisa la cual es: “a mayor cantidad y variedad de técnicas psicológicas, mayor probabilidad existe de resolver el problema; pues de entre todo lo que se hace, algo dará resultado” (p. 112). Esta premisa sustituye el criterio de pertinencia por el de abundancia, puesto que puede haber mucha información acerca de cómo mejorar la adherencia a la dieta pero que no sea capaz de explicar por qué toda las intervenciones muestran resultados significativos cuando epistemológicamente son incompatibles entre sí.

El desarrollo de estos modelos en psicología de la salud se debe a que se responde a las demandas sociales que le son impuestas a la psicología sin reflexionar acerca de la congruencia teórica de su quehacer; y en su búsqueda de dar resultados de manera inmediata se hace un uso indiscriminado de teorías de origen diverso carentes de un objeto de estudio propio de la disciplina. Por lo que acaba por imponerse el sentido común como la herramienta de intervención por excelencia para resolver diversos problemas de supuesto carácter psicológico (Zarzosa, 1991).

Las investigaciones que se realizan se enfocan en la solución de problemas específicos acumulándose resultados con un alto nivel de especificidad, pero sin poder vincular los resultados con aspectos más generales que den cuenta del fenómeno de la adherencia a la dieta; como señala Rodríguez (2003), se vive un momento de métodos y resultados sin teoría, pensando en muchos casos que el

empleo de métodos estadísticos valida la científicidad de los resultados; ya que muchos de los modelos revisados se han trasladado al ámbito de la investigación amparados por el empleo indiscriminado de métodos indirectos para el estudio de lo psicológico.

A modo de conclusión podemos decir que antes de abordar un problema como el presentado aquí, se debería de partir de un marco teórico de referencia que dé cuenta de la psicología como una ciencia en general y no sólo de un fenómeno en lo particular. Se debe entender que la psicología es ante todo una ciencia con un objeto de estudio definido, que es el comportamiento de los organismos en general y que como ciencia aplicada puede dar cuenta del comportamiento humano en procesos de salud y enfermedad, como lo es la adherencia a la dieta en pacientes con diabetes tipo 2. Aclarando que en ambos casos la forma de proceder es la abstracción de este conocimiento y por lo tanto éste no puede ser extrapolado de forma directa al campo aplicado, ya que para esto se requiere de un adecuado proceso de adaptación y de modelos de interfase (un ejemplo de esto es el modelo psicológico de la salud biológica propuesto por Ribes en 1990), que permitan identificar con claridad la dimensión psicológica en este campo y poder desarrollar a través de la identificación de estas categorías la tecnología que permita a las personas cumplir con su dieta,

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. En: J., Khul y J., Beckmann. **Action control from cognition to behavior** (pp. 10-39). Estados Unidos: Verlag.
- Canales, S. y Barra, E. (2014). Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II. **Psicología y Salud**, 24(2), 167-163.
- Contreras, C. (2004). **Diabetes Mellitus**. Chile: Ed. Mediterráneo Ltda.
de: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1501033>

- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). ***Belief, attitude, intention and behavior***. Estados Unidos: Addison-Wesley Reading.
- Garcia, R. y Sanchez, J. (2013). Efectos de la entrevista motivacional en el tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. ***Psicología y Salud***, **23**(2), 183-193.
- Gutiérrez, J., Rivera, J., Shamah, T., Villalpando, S., Franco, A., Cuevas, L., Romero, M. y Hernández, M. (2012). ***Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012***. Resultados Nacionales. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Hermanns, N., Schmitt, A., Gahr, A., Herder, C., Nowotny, B., Roden, M., Ohmann, C., Kruse, J., Haak, T. Y Kulzer B. (2015). The effect of a Diabetes-Specific Cognitive Behavioral Treatment Program (DIAMOS) for patients with diabetes and subclinical depression: results of a randomized controlled trial. ***Diabetes Care***, **38**(4), 551-560.
- La Rosa, Y., Martín, L. y Bayarre, H. (2007). Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. ***Revista Cubana de Medicina General e Integral***, **23** (1), 21-63.
- Libertad, A. y Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. ***Psicología y Salud***, **9** (1), 48-56.
- Montiel, M. y Domínguez, M. (2011). Aproximación cualitativa al tratamiento en adultos mayores con DMT2. ***Revista Latinoamericana de Medicina Conductual***, **1** (2), 7-18.
- Moreno, E. y Roales, J. (2003). El modelo de creencias de salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa: hacia un análisis funcional de las creencias de salud. ***International Journal of Psychology and Psychology Therapy***, **3** (1), 91-109.
- Ortiz, M., y Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. ***Revista médica de Chile***. **135** (5), 647-652.
- Peyrot, M. y Rubin, R. (2007). Behavioral and Psychosocial Interventions in Diabetes: A conceptual review. ***Diabetes Care***, **30** (10), 2433 - 2440.
- Prochaska, J., DiClemente, C. y Norcross, J. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. ***American Psychologist***, **47** (9), 1102-1114.
- Ribes, E. (1990 /2008). ***Psicología y Salud: Un análisis conceptual***. México: Trillas.

- Reyes, K. y Hernandez, M. (2011). Analisis critico de los estudios que exploran la autoeficacia y bienestar vinculados al comportamiento saludable. **Journal of Behavior, Health y Social Issues**, **3**(2), 5-24.
- Rodríguez, M.L. (2003). La inserción del psicólogo en el campo aplicado. **Psicología y Ciencia Social**, **5**(1), 11-19.
- Rodríguez, A. y García, L. (2014). El Modelo Transteórico y adherencia terapéutica en adolescentes con Diabetes Mellitus Tipo I. **Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología**, **7**(1), 49-58.
- Schunk H. D. (2008). **Teoría del aprendizaje**. México: Pearson Education
- Sanz, S. I. (2009). Diabetes mellitus: Su implicación en la patología oral y periodontal. **Avances en Odontoestomatología**, **25** (5), p. 249-263
- Tébar, M., y Escobar, J. (2009). **La Diabetes en la Práctica Clínica**. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.
- Wharton, C. y Adams, T. (2007). The transtheoretical model as applied to dietary behaviour and outcomes. **Nutrition Research Reviews**, **20**(1), 46-73.
- White, K., Terry, D., Troup, C., Rempel, L. y Norman, P. (2010). Predicting the consumption of foods low in saturated fats among people diagnosed with Type 2 diabetes and cardiovascular disease. The role of planning in the theory of planned behaviour. **Appetite**, **55**(2), 348-354.
- Zarzosa, L. (1991). Problemas del eclecticismo: un caso. **Revista Mexicana de Psicología**, **8**(1-2), 109-115.