



Enseñanza e Investigación en Psicología

ISSN: 0185-1594

rbulle@uv.mx

Consejo Nacional para la Enseñanza en
Investigación en Psicología A.C.
México

Rodríguez Campuzano, María de Lourdes; Díaz-González Anaya, Eugenio; García Rodríguez, Juan Carlos

UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR FACTORES DISPOSICIONALES RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA A LA DIETA EN PACIENTES DIABÉTICOS

Enseñanza e Investigación en Psicología, vol. 18, núm. 2, julio-diciembre, 2013, pp. 263-276

Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología A.C.

Xalapa, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29228336004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR FACTORES DISPOSICIONALES RELACIONADOS CON LA ADHERENCIA A LA DIETA EN PACIENTES DIABÉTICOS¹

**An instrument to evaluate dispositional factors related
to diet adherence in diabetic patients**

**María de Lourdes Rodríguez Campuzano,
Eugenio Díaz-González Anaya y Juan Carlos García Rodríguez
*Universidad Nacional Autónoma de México*²**

RESUMEN

En el presente estudio se describe la lógica conceptual con la que se elaboró un instrumento para evaluar la importancia atribuida a distintos factores psicológicos en el rompimiento de la dieta hecha por pacientes con diabetes mellitus tipo II. Su creación responde al propósito de encontrar factores disposicionales que interfieren con el apego al régimen en tales pacientes. La adherencia a la dieta es un comportamiento medular para evitar las complicaciones de esta enfermedad y controlar así los niveles de glucosa en sangre. A pesar de que se han implementado programas para educar a los pacientes respecto a su forma de comer, no se han obtenido los resultados esperados. En este trabajo se parte de una aproximación interconductual, específicamente el modelo psicológico de la salud, lo que permite, entre otras cosas, entender la importancia de variables de tipo disposicional como facilitadoras de comportamientos de riesgo, o bien como factores que interfieren con los comportamientos saludables o preventivos. La identificación de estos factores en relación con el seguimiento de un plan de alimentación permitirá diseñar mejores programas, en tanto que será posible entrenar habilidades pertinentes a la alteración de dichos factores, trascendiendo la mera labor informativa para incorporar el conocimiento en la forma de un saber hacer.

Indicadores: Diabetes Mellitus tipo II; Adherencia a la dieta; Modelo psicológico de la salud biológica; Análisis contingencial; Factores disposicionales.

¹ Proyecto financiado por PAPIIT clave IT 302911.

² Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Av. De los Barrios s/n, Col. Los Reyes Iztacala, 54090 Tlalnepantla, Edo. de México, México, tel. (55)56-23-11-99, correo electrónico: carmayu5@yahoo.com. Artículo recibido el 1 de agosto y aceptado el 23 de octubre de 2012.

ABSTRACT

Adherence to diet is a critical behavior to avoid complications in diabetes mellitus, such as control sugar blood levels. In spite of efforts to teach patients how to eat and take care of their disease, results are not satisfactory and adherence to diet is still a problem. The present paper describes the conceptual framework to design an instrument to evaluate the importance that type 2 diabetes mellitus patients give to different dispositional factors for poor diet adherence is described in the present paper. The instrument was developed to assess psychological factors that play an important role in breaking the prescribed diet. The study is based on an inter-behavioral model, especially on the Psychological Model of Biological health proposed by Ribes. From this standpoint it is important consider dispositional variables that make risk behaviors easier and interfere with preventive ones. The identification and understanding of these diet-related factors would lead to the development of improved interventions through incorporating special skills to deal with them. Health education programs should be more than a mere informative task and should involve knowledge that patients actually incorporate into a day by day "know how".

Keywords: Type 2 Diabetes; Diet adherence; Psychological model of biological health; Contingential analysis; Dispositional factors.

La prevalencia de la obesidad y la diabetes tipo 2 (DM2 en lo sucesivo) asociada a aquella se incrementa día con día. Tal aumento está vinculado con los cambios en la dieta y con el sedentarismo (Eisenmann y Bartee, 2002; Nielsen, Siega-Riz y Popkin, 2002). Se estima que una de cada tres personas nacidas en el año 2000 y uno de cada dos afroamericanos, indoamericanos, hispano-mexicanos y asiático-americanos desarrollará DM2 en el transcurso de su vida (Narayan, Boyle, Thompson, Sorensen y Williamson, 2003).

Hay un gran número de variables asociadas con la DM2, siendo la obesidad una de las principales, particularmente la central –también llamada *androide*–, que está más correlacionada con tal riesgo que la periférica. La obesidad central causa una resistencia periférica a la insulina y puede disminuir la sensibilidad de las células β a la glucosa.

En un estudio, Vázquez, Gómez y Fernández (2006) encontraron que el sobrepeso y la obesidad se identifican como factores asociados de forma directa con la DM2, ya que entre los pacientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) fue dos veces más frecuente en las personas obesas que en las de peso normal, y cuatro veces más en aquellas con obesidad abdominal.

La obesidad se ha convertido en un problema de salud, que en el caso de la DM2 es uno de los factores de riesgo más importantes. Geoffrey, Pickup y William (2002) afirman que la obesidad es el mayor reto en el tratamiento de la DM2 ya que muchas de las complicaciones y de las condiciones asociadas a ella –incluyendo la dislipidemia, la hipertensión, la cardiopatía coronaria y los accidentes vasculares– pueden considerarse complicaciones asociadas tanto a la obesidad como a la propia DM2; incluso problemas tales como las úlceras del pie tienen menor probabilidad de resolverse si el paciente es obeso. De ello se desprende que una dieta saludable es la piedra angular del tratamiento.

La importancia de la dieta en la DM2 radica no solamente en la disminución de la obesidad en estos pacientes; de hecho, una dieta adecuada permite un control metabólico de la enfermedad, lo que hace que se incremente notablemente la calidad de vida de los pacientes y disminuya la dependencia al consumo de medicamentos para el control de la enfermedad.

Geoffrey y cols. (2002) señalan que la pérdida de peso con dietas convencionales con una reducción de 500-800 Kcal, o una pérdida ponderal mayor utilizando, por ejemplo, dietas con muy pocas calorías, son efectivas para mejorar el control glucémico en los pacientes, aunque estas intervenciones son difíciles de mantener en el largo plazo puesto que la mayoría de dichos pacientes recuperan el peso perdido en doce meses; esto es, hay un grave problema de adherencia a la dieta recomendada para el control de la enfermedad.

La psicología de la salud ha intervenido ya exitosamente en el problema de la adherencia a la dieta en tales pacientes. Por ejemplo, Penick, Fillion, Fox y Stunkard (1971) llevaron a cabo un estudio en el que compararon la terapia en modificación de conducta en grupo con la psicoterapia tradicional (charlas informativas sobre los riesgos de la obesidad e instrucción dietética). Su estudio fue hecho con dos grupos de 16 participantes cada uno. Un grupo recibió un tratamiento basado en la terapia de modificación de conducta y el otro en psicoterapia tradicional. En el programa de modificación de conducta se emplearon técnicas específicas para ayudar a los pacientes a disminuir la velocidad con la que comían, a tomar conciencia de los diversos componentes de la alimentación y al proceso requerido para obtener el control de estos componentes. Los ejercicios incluyeron el conteo de cada uno de los bocados durante una comida y la colocación de los cubiertos en la mesa después de cada tercer bocado hasta que se masticara y deglutiera

todo el alimento. Todos estos comportamientos estuvieron apoyados por un programa de reforzamiento positivo que utilizaba un sistema de puntos. Los resultados mostraron que las técnicas de modificación de conducta fueron más eficaces en el tratamiento de la obesidad que la psicoterapia tradicional, pues 13% del grupo de modificación de conducta perdió más de 40 libras, y otro 53% perdió más de 20; dentro del grupo control, solo 24% perdió mas de 20 libras.

Partiendo también del marco conductual, Dahms, Molitch, Bray y cols. (1978) llevaron a cabo un estudio en el cual compararon los efectos del mazindol, el dietilpropion y un placebo con una terapia conductual en la reducción de peso en pacientes obesos. En el programa de modificación de conducta, el núcleo de las sesiones consistió en enseñarles los fundamentos de las técnicas de modificación de conducta, incluidos el análisis y registro de cada uno de los alimentos consumidos, el asesoramiento sobre los cambios en los hábitos alimenticios y diversas técnicas de ejercicio. Se hizo especial hincapié en la disminución de la ingesta alimenticia durante ciertos estados emocionales y en la eliminación de señales ambientales que los estimularan a comer. Los autores no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos, por lo que concluyeron que las técnicas de modificación de conducta resultan ser una mejor opción debido a que requiere poco tiempo para su aplicación, son menos costosas y evitan los efectos secundarios de los medicamentos anorexígenos.

Revisando la bibliografía que existe al respecto, se puede notar que diversos profesionales dedican gran parte de su atención y esfuerzo al problema de la adherencia a la dieta. Cada vez hay más programas multidisciplinarios que atienden a los pacientes diabéticos, y sus programas de educación para la salud incluyen el uso de técnicas psicológicas para lograr cambios en el estilo de vida y alimentación del diabético; sin embargo, como ellos mismos reconocen, estos son objetivos difíciles de alcanzar (cf. Padilla, Aráuz y Roselló, 1997).

Diferentes estudios orientados a cambiar los hábitos alimenticios tienen resultados poco satisfactorios, en tanto que los programas empleados no afectan de la misma manera a los pacientes. Como se señalaba antes, hay autores que reportan cierto grado de éxito que no se mantiene en el largo plazo, otros han encontrado que sus programas de intervención son efectivos para algunos pacientes y no para otros, y también se ha encontrado que la aplicación de técnicas conductuales no arroja resultados diferentes a los de otro tipo de intervenciones. Por esta

razón, en este trabajo se considera, por un lado, que algunas de estas intervenciones únicamente son informativas y no entrenan al paciente en las conductas necesarias para obtener un adecuado control de la dieta y, por otro, que no es frecuente encontrar investigaciones destinadas a identificar los factores psicológicos que pueden estar involucrados en la adherencia o no a la dieta en pacientes diabéticos (Padilla y cols., 1997), de modo que la mayoría de los estudios y programas que pretenden incidir en este aspecto incluyen variables o factores que, desde un marco terapéutico específico o de acuerdo a la propia experiencia, son relevantes a este propósito, pero no descansan en los resultados de investigaciones hechas al efecto.

Así, algunos programas de intervención han considerado, por ejemplo, que uno de los elementos que puede incidir desfavorablemente en el apego a la dieta tiene que ver con lo que se denomina “estados emocionales negativos” (Berrocal, Luciano, Zaldívar y Esteve, 2003; Dahms y cols., 1978), y con base en esta premisa instruyen a los pacientes a poner atención y seguir las recomendaciones nutricionales al hallarse en tales estados. Otros programas, desarrollados desde un marco teórico cognitivo-conductual, han intervenido, por ejemplo, sobre ciertos comportamientos que, según se considera, afectan la adherencia, como los trastornos de ansiedad, la baja autoestima, el poco o nulo autocontrol o ciertos pensamientos distorsionados (Casado, Camuñas, Navlet, Sánchez y Vidal, 1997), por lo que incluyen técnicas para su modificación. También se ha planteado que no solamente la ansiedad, sino también la depresión afecta el grado de adherencia de un paciente a su dieta, y que las cogniciones, creencias o pensamientos que tienen las personas sobre su enfermedad son las que provocan tales estados (Riveros, Cortázar, Alcázar y Sánchez, 2005). Tal premisa ha llevado a incluir técnicas de reestructuración cognitiva para conseguir el apego a la dieta, aunque hay que señalar que algunas investigaciones basadas en los modelos de creencias en salud y autoeficacia no han hallado relación alguna entre dichos factores y la adherencia a la dieta (Cerkoney y Hart, 1980), mientras que otras han hallado que la autoeficacia, al igual que el conocimiento sobre la enfermedad, son variables que están asociadas a esa adherencia (Salvador, 2004).

En este contexto, 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 las investigaciones al respecto serían un buen sustento de los programas de intervención. Por esta razón, y

compartiendo el interés de muchos autores en los aspectos psicológicos relacionados con la salud, el presente trabajo se fundamenta en una perspectiva psicológica distinta: la teoría interconductual de Kantor (1967), la taxonomía funcional desarrollada por Ribes y López (1985) y, de manera muy particular, el llamado modelo psicológico de la salud biológica propuesto por Ribes (1990). En consecuencia, se describe la lógica conceptual para elaborar un primer instrumento de evaluación para identificar algunos factores psicológicos que favorecen el rompimiento de la dieta. Conviene explicar que este instrumento no ha sido aplicado y que, por tanto, no se han evaluado sus características psicométricas.

Para elaborar el instrumento, tanto el modelo psicológico de la salud biológica (Ribes, 1990), como el análisis contingencial (Ribes, Díaz-González, Rodríguez y Landa, 1986), derivados de la aproximación interconductual, fueron considerados como las herramientas analíticas y metodológicas básicas.

En otros trabajos se ha descrito el primero de esos modelos (Rodríguez, 2003, 2005, 2006; Rodríguez, Ortega y Nava, 2009; Rodríguez, Robles, Moreno y Díaz-González, 2000), por lo que no se explicará en este trabajo; baste decir que en él se considera que la salud tiene una dimensión psicológica: el comportamiento. Tal modelo plantea dos fases, la primera de las cuales es la relativa al proceso psicológico de la salud que se origina en la historia individual y que afecta a factores psicológicos tales como la historia de competencias o capacidades de las personas, así como a otras variables de tipo biológico. Dicho proceso conduce a una fase de resultantes en la que también se identifican algunos factores psicológicos, como las conductas instrumentales de riesgo y prevención, que, a su vez, afectan a variables no psicológicas, como la vulnerabilidad biológica, siendo el eslabón final el estado de salud o enfermedad de una persona.

De este modelo, se consideraron como centrales para la construcción del instrumento dos categorías: la de *competencias funcionales presentes* y la de *conductas instrumentales de riesgo y prevención*. La primera categoría se ubica en la fase del proceso psicológico de la salud y alude a las capacidades adquiridas por las personas para relacionarse de manera efectiva con situaciones que implican *logro*, esto es, con aquellas en las que hay una demanda específica a satisfacer, un resultado a producir o un problema por resolver. La segunda categoría se encuentra en la fase de resultantes del proceso y se refiere a la manifestación

práctica o actualización de las competencias funcionales presentes y a actos concretos vinculados con la salud y que pueden tener efectos inmediatos o demorados en el organismo; tales acciones pueden designar acciones preventivas o bien acciones de riesgo. Los conceptos mencionados permiten ubicar la adherencia a la dieta como una conducta instrumental preventiva, y al desapego o no adherencia como una conducta instrumental de riesgo con efectos que pueden ser inmediatos (aumento en el nivel de glucosa en la sangre) y demorados (complicaciones de la DM2). Tales conductas instrumentales, como manifestación o actualización de competencias para el cuidado de la salud, pueden estar afectadas por la información que la persona posee con relación a su salud, por experiencias tales como haberse sentido mal después de haber incurrido en una práctica de riesgo, o por habilidades específicas, como identificar situaciones de peligro o emitir conductas incompatibles en dichas situaciones, por ejemplo. Así, un paciente diabético que tiene apego a su dieta puede emitir esta conducta preventiva al estar regulado por la información que tiene respecto a las consecuencias de la obesidad.

Las conductas instrumentales se analizan tomando en consideración varios elementos, de ahí que algunas categorías específicas del análisis contingencial se consideren claves para el análisis. Dicha metodología contiene cuatro dimensiones para el estudio del comportamiento humano individual, aunque solamente se tomaron categorías pertenecientes a la dimensión *microcontingencial* en virtud de que este sistema permite hacer un análisis funcional del conjunto de factores que comprende la conducta de interés (la adherencia a la dieta).

El análisis microcontingencial de un comportamiento como el de adherencia a una dieta debe partir de la identificación de cuatro categorías: morfologías de conducta, situaciones, conducta de otras personas y efectos.

La primera, *morfologías de conducta*, alude a la forma del comportamiento, en este caso qué es lo que come una persona, cuánto come, cómo come (p. ej. rápida o lentamente). La segunda de ellas es la que concierne directamente a la construcción del instrumento y se refiere a un conjunto de factores de tipo disposicional que dan contexto al comportamiento de interés. Los factores de tipo disposicional no designan variables como ocurrencias, sino factores que tienen una función probabilística, es decir, que hacen más probable o facilitan el comportamiento de estudio, o bien que hacen menos probable o interfieren con un com-

portamiento deseable. En este caso, parece importante empezar por estudiar aquellos factores dispositionales que pueden interferir con el seguimiento de la dieta.

La categoría de *situaciones* del sistema microcontingencial considera como posibles factores dispositionales la circunstancia social, el lugar o lugares, los objetos o acontecimientos físicos, la conducta socialmente esperada, la capacidad en el ejercicio de la conducta socialmente esperada, las propensiones e inclinaciones y las tendencias. La tercera, *conducta de otras personas*, es la que permite identificar la función que tiene el comportamiento de otros significativos en el comportamiento de la persona que se está analizando.

Por último, la cuarta, *efectos*, conlleva el análisis de las consecuencias del comportamiento en cuestión (tipo, número, latencia, entre otros) (Ribes y cols., 1986).

El análisis microcontingencial permite estudiar el comportamiento desde una perspectiva funcional. Sin embargo, con la intención de generar un conocimiento que haga más eficientes los programas de intervención para la población bajo estudio, se considera pertinente empezar una línea de investigación identificando, en primera instancia, la importancia atribuida por los pacientes a los factores situacionales de naturaleza disposicional.

DISEÑO

Como se mencionó líneas atrás, se tomó en cuenta la categoría de situaciones del sistema microcontingencial para construir el instrumento. De esta manera, los reactivos se elaboraron considerando los posibles factores situacionales que podrían hacer más probable que los pacientes diabéticos rompieran su dieta.

En la primera parte del instrumento se incluyen reactivos que especifican datos demográficos (edad, sexo ocupación, nivel de escolaridad y fecha de diagnóstico de la enfermedad). La segunda parte comprende 31 reactivos para evaluar la importancia que le atribuyen los pacientes a distintos factores dispositionales de tipo situacional en el rompimiento de su dieta. Para responder a los reactivos de esta parte, se incluyen cinco opciones de respuesta que van de “Nunca he vivido ninguna situación semejante” a “Muy importante”.

De acuerdo a la mencionada categoría del sistema microcontingencial, se elaboraron seis reactivos para la categoría de *circunstancia social*, siete para la de *lugar*, dos para *conducta socialmente esperada*, dos para *objetos o acontecimientos físicos*, cinco corresponden a la categoría de *inclinaciones*, seis a las de *propensiones y* tres a la de *tendencias*. Todas ellas aluden a factores disposicionales, algunos del ambiente y otros de la propia persona. Del ambiente se identifican *circunstancia social*, *lugar*, *conducta socialmente esperada* y *objetos o acontecimientos físicos*. De la propia persona, *inclinaciones*, *propensiones y tendencias*.

La subcategoría de *circunstancia social* denota precisamente la circunstancia en la que una persona emite un comportamiento específico, en este caso el de romper la dieta y comer de manera poco saludable. Las circunstancias sociales que podrían ser relevantes para este comportamiento pueden estar relacionadas con estar solo o acompañado, o estar en alguna reunión, entre otros. La subcategoría de *lugar* o *lugares* considera la posible influencia del sitio en el que se emite el comportamiento de interés. La *conducta socialmente esperada* refiere las prácticas habituales del o los grupos de personas significativas respecto a algún comportamiento; así, por ejemplo, algunos reactivos que ilustran este rubro consideran las prácticas alimentarias de otras personas. En *objetos o acontecimientos físicos* se toma en cuenta la disponibilidad de comida, así como la influencia de objetos (el televisor). Reactivos que corresponden a *inclinaciones y propensiones* muestrean diversos factores, tales como privación de alimento, gustos por alimentos poco saludables o diversos estados de ánimo. Por último, se incluyen reactivos que muestrean diversas *tendencias*, básicamente malos hábitos alimenticios.

A continuación se proporcionan algunos ejemplos.

0 = Nunca he vivido una situación semejante; 1= Nada importante;
2 = Poco importante; 3 = Importante; 4 = Muy importante.
Qué tan importante es o ha sido para que rompas la dieta...

El reactivo 3 corresponde a la categoría de situaciones, específicamente a la subcategoría de *circunstancia social*, la cual puede fungir como un factor disposicional para facilitar la emisión de prácticas alimentarias de riesgo. El reactivo ilustra una situación en donde el contacto social puede estar relacionado con una forma particular de comer. Las opciones de respuesta permiten saber si el participante ha estado en una situación de esta naturaleza (0), así como la importancia que le atribuye a este tipo de circunstancia en el rompimiento de su dieta. El partici-

pante selecciona una sola de estas opciones, lo que hace posible identificar la influencia de un elemento particular de la situación en su comportamiento.

3. CSO3.	Estar en una reunión	0	1	2	3	4
-----------------	----------------------	----------	----------	----------	----------	----------

El reactivo 11 pertenece a la subcategoría de lugar o lugares. Como en el reactivo anterior, este factor puede tener una función disposicional para algunos participantes en tanto que puede hacer más probable que rompan la dieta. En este caso, se identifica la función de algún lugar en el que se venda comida mediante la importancia que el participante refiere para este.

11. LG5	Estar en un lugar en el que se vende comida	0	1	2	3	4
----------------	---	----------	----------	----------	----------	----------

El reactivo 16 ilustra uno de los reactivos que se incluyen para la subcategoría de objetos o acontecimientos físicos. Aquí se toma en cuenta la posible función disposicional de la disponibilidad de comida. Algunos objetos o acontecimientos físicos del ambiente pueden tener una función disposicional en diversos tipos de comportamientos. Para el caso que nos ocupa, la disponibilidad de comida entra en esta subcategoría situacional, y se consideró importante evaluar esta posible función en el rompimiento de la dieta.

16. OAF1	Que haya cosas ricas de comer a mi disposición	0	1	2	3	4
-----------------	--	----------	----------	----------	----------	----------

El reactivo 18, como los anteriores, corresponde a la categoría de situaciones, aunque en este caso ilustra la subcategoría de inclinaciones. Esta subcategoría es de tipo disposicional e incluye los gustos y preferencias. Para el caso de interés, este es un factor que puede ser muy importante en el rompimiento de la dieta por parte de los diabéticos.

18. IN 1.	Que la comida que hay me guste mucho	0	1	2	3	4
------------------	--------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------

El reactivo 26 también corresponde a la categoría de situaciones, específicamente a la subcategoría de propensiones. Ilustra una situación en la que se enfatiza el papel de las condiciones emocionales en el comporta-

miento de comer. Como en los reactivos anteriores, el participante selecciona un inciso que se ajuste más a su forma habitual de responder.

26. P4	Que esté enojado	0	1	2	3	4
--------	------------------	---	---	---	---	---

CONSIDERACIONES FINALES

El modelo psicológico de la salud biológica y la metodología del análisis contingencial, con base en los cuales se fundamenta este trabajo, constituyen actualmente una propuesta con capacidad para generar preguntas de investigación y orientar así los esfuerzos hacia el desarrollo de programas de prevención de comportamientos de riesgo para la salud. Con esta perspectiva teórica, se espera que las investigaciones arrojen resultados que generen información efectiva acerca de aquellos factores que influyen en lo individual para que una persona lleve a cabo prácticas preventivas o de riesgo para su salud. Un propósito a largo plazo es el de esclarecer el papel de diversos factores involucrados en las prácticas alimenticias, así como su peso explicativo.

Como se señaló antes, bajo la perspectiva interconductual se han llevado a cabo propuestas conceptuales (Rodríguez, 2008, 2010; Rodríguez y García, 2011), así como diversos estudios en áreas específicas de la salud (Moreno, García, Rodríguez y cols., 2007; Peralta y Rodríguez, 2007; Rodríguez y Díaz-González, 2011). Los resultados obtenidos han ayudado a entender la función de algunos factores en cierto tipo de prácticas de riesgo para la salud. En esta ocasión, con la presente perspectiva se incursiona en un problema de salud cuyas repercusiones individuales, familiares y sociales son considerables. Dadas las aportaciones del modelo psicológico de la salud biológica en problemas como el VIH/sida o las enfermedades crónicas, se decidió nuevamente construir un instrumento específico para el problema de la DM2. Se espera que las categorías representadas en dicho instrumento hagan posible tener un mayor acercamiento al papel de los factores situacionales disposicionales más relevantes en el rompimiento de la dieta, y con ello vislumbrar algunas de las habilidades y competencias que debieran entrenarse en los programas de educación para el paciente diabético.

Con base en las cualidades psicométricas de otros instrumentos creados bajo esta perspectiva (Rodríguez, 2005), se cuidó que cada reactivo aislara la influencia de otro tipo de variables y evaluara específi-

camente el factor disposicional a considerar, de modo que si este instrumento resulta confiable y válido, seguramente aportará un valioso conocimiento para el diseño de estrategias de intervención más eficaces. La aproximación empleada permite tomar en consideración las diferencias individuales que pueden ser integradas en los citados programas de intervención.

Para finalizar, hay que mencionar que las conductas vinculadas a la salud, a pesar de constituir un fenómeno complejo, pueden abordarse desde un solo modelo teórico que explique la participación funcionalmente diferenciada de los factores pertinentes a cada individuo.

REFERENCIAS

- Berrocal, C., Luciano, M.C., Zaldivar, F. y Esteve, R. (2003). Validez del modelo conductual en su explicación de problemáticas relacionadas con el peso corporal. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(2), 265-282.
- Casado, I., Camuñas, N., Navlet, R., Sánchez, B. y Vidal, J. (1997). Intervención cognitivo-conductual en pacientes obesos: implantación de un programa de cambios en hábitos de alimentación. *Revista Electrónica de Psicología*, 1(1). Disponible en línea: http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol1num1/art_2.htm.
- Cerkoney, K. y Hart, L. (1980). The relationship between the health belief model and compliance of persons with diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 3(5), 594-598.
- Dahms, W., Molitch, M., Bray, G., Green, F., Atkinson, R. y Hamilton, K. (1978). Treatment of obesity: cost-benefit assessment of behavioral therapy, placebo, and two anorectic drugs. *American Journal of Clinical Nutrition*, 31(2), 774-778.
- Eisenmann, J.C. y Bartee, R.T. (2002). Physical activity, TV viewing, and weight in U.S. youth: 1999 Youth Risk Behavior Survey. *Obesity Research*, 10, 379-385.
- Geoffrey, G., Pickup, J. y William, G. (2002). *Diabetes: aspectos difíciles y controvertidos*. Madrid: Medicina STM Editores.
- Kantor, J.R. (1967). *Principles of psychology*. Chicago, IL: Principia Press.
- Moreno, D., García, G., Rodríguez, M.L., Díaz-González, E., Robles, S., Frías, B., Rodríguez, M. y Barroso, R. (2007). Evaluación de competencias funcionales en pacientes seropositivos: un estudio piloto. *Psicología y Salud*, 17(2), 165-178.
- Narayan, K.M., Boyle, J.P., Thompson, T.J., Sorensen, S.W. y Williamson, D.F. (2003, October). Lifetime risk for diabetes mellitus in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 290, 1884-1890.
- Nielsen, S., Siega-Riz, A.M. y Popkin, B.M. (2002). Trends in energy intake in U.S. between 1977 and 1996: Similar shifts seen across age groups. *Obesity Research*, 10, 370-378.

- Padilla, G., Aráuz, A. y Roselló, M. (1997). Metodología para evaluar la adherencia a la dieta en diabetes mellitus no insulino-dependiente. *Revista Costarricense de Ciencias Médicas*, 18(4), 15-28.
- Penick, S., Filion, R., Fox, S. y Stunkard, A. (1971). Behavior modification in the treatment of obesity. *Psychosomatic Medicine*, 33(1), 49-56.
- Peralta C., E. y Rodríguez M., L. (2007). Relación de uso de condón con factores disposicionales y mediacionales en adolescentes. *Psicología y Salud*, 17(2), 179-189.
- Ribes, E. (1990 /2008). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. México: Trillas.
- Ribes, E., Díaz-González, E., Rodríguez, M. y Landa, P. (1986). El análisis contingencial: una alternativa a las aproximaciones terapéuticas del comportamiento. *Cuadernos de Psicología*, 8, 27-52.
- Ribes, E. y López, F. (1985). *Teoría de la conducta: Un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas.
- Riveros, A., Cortázar, J., Alcázar, L. y Sánchez, J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 5(3), 445-462.
- Rodríguez C., M.L. (2003). Construcción de un instrumento para evaluar competencias en situaciones no vinculadas con estrés. *Psicología y Salud*, 13(2), 175-187
- Rodríguez C., 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 C., M.L. (2006). Evaluación de competencias conductuales y su relación con la salud. *Revista Chilena de Psicología Clínica*, 1(1), 12-28.
- Rodríguez C., M.L. (2008). Emociones y salud. *Psicología Científica.com*, 10(5). Disponible en línea: http://www.psicologiacientifica.com/emociones-y-salud/?Id_Articulo=319&Pag=3.
- Rodríguez C., M.L. (2010). Estrés: una propuesta naturalista. *Summa Psicológica*, 7(1), 51-62.
- Rodríguez C., M.L. y Díaz-González, E. (2011). Relación entre la consistencia en el uso de condón y factores disposicionales en estudiantes de bachillerato. *Psicología y Salud*, 21(1), 17-24.
- Rodríguez C., M.L. y García, J.C. (2011). El modelo psicológico de la salud y la diabetes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(2), 210-222.
- Rodríguez C., M.L., Ortega, G. y Nava, C. (2009). Competencias efectivas y reacciones de estrés en participantes sanos y con enfermedades crónicas *Psicología y Salud*, 19(2), 177-188.
- Rodríguez C., M.L., Robles, S., Moreno, D. y Díaz-González, E. (2000). El sida desde el modelo psicológico de la salud biológica. *Psicología y Salud*, 10(2), 149-161.

Salvador O., M. (2004). Psychological and social factors related to treatment adherence in type 1 diabetic adolescents. *Psyche*, 13(1), 21-31.

Vázquez, J., Gómez, H. y Fernández, S. (2006). Diabetes mellitus en población adulta del IMSS. *Revista del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 44(1), 303-308.

