



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Validación de un instrumento para evaluar factores  
disposicionales relacionados con la adherencia a la dieta"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

PRESENTA (N):

Mariana Quijano Cuevas  
María Cristina Olvera Baeza

Directora:

Dra. María de Lourdes Rodríguez Campuzano

**Dictaminadores:**

Mtro. Luis Gonzaga Zarzosa Escobedo

Dra. Cynthia Zaira Vega Valero



Los Reyes Iztacala, Edo. De México 2018



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## Agradecimientos

Gracias.

No encuentro mejor manera de finalizar este largo proceso. La gratitud que siento para todos aquellos que han sido participes y compañeros en los momentos de trabajo, quizás no sea suficiente para recompensar mis enojos, dramas o demás malos momentos que algunos han tenido que pasar conmigo.

Gracias Marian por ser esa compañera y amiga con quién pasé momentos de logro y momentos tensos, de acuerdo y desacuerdo, de chismes y chistes, con quién muchas veces dije ¡ya casi, ya casi! y ahora por fin podemos decir ¡Lo hicimos! Felicidades.

Gracias a mi familia, no sólo por esta vez sino por todas aquellas veces en las que han creído en mí. A ti mamá que me has ensañado a ser una mujer fuerte, a confiar en que cuando me propongo algo lo voy a conseguir. A ti papá por tu paciencia y cariño, sin duda me has impulsado para tener grandes metas y a ti Pedro por ser ejemplo de perseverancia.

Gracias a mis tías, Irma y Lupe, por ADA, por sus consejos, por sus confidencias.

Gracias Nadia, Yes y Marian por esos cuatro años de carrera, por ser grandes psicólogas que se quieren comer el mundo.

Gracias a mi combo colombiano, me ayudaron a descubrir otra parte del mundo, de la psicología y del mí.

Gracias Fer y Astrid por años de amistad, decidir qué queremos de la vida no es fácil, pero estuvieron ahí.

Gracias Mayu, por tu paciencia y entrega para este trabajo. A Tony, Norma, Juan Carlos, Zarzosa y Zaira, y quizás todos aquellos maestros de mi vida que me han inspirado con su labor.

Gracias al programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIITIT300114).

Gracias a todos ustedes y a los que quizás olvido, porque familia, compañeros o amigos de cada uno he aprendido.

## Agradecimientos

El más grande y merecido agradecimiento a mi madre, Angela, atribuyo todo mi éxito a ti. Sin duda nada de esto hubiera sido posible sin tu gran apoyo. Gracias por los valores que me inculcaste, por los regaños recibidos, por animarme y nunca permitir que me rindiera. Esto es tan solo un pequeño pago de lo mucho que te debo. El mérito es tuyo.

A mi segunda casa, UNAM, es un orgullo pertenecer a esta gran casa de estudios. Jamás olvidaré el primer día en que puse un pie aquí.

A mis profesores, sin duda son parte de mi formación como profesional. Mayu, muchas gracias por la paciencia, por compartir tus conocimientos y por permitirme formar parte de tu grupo de investigación.

Luis Zarzosa, gracias por enseñarme que a la UNAM se viene a pensar. Gracias por la confianza depositada en Cris y en mí.

Zaira, gracias por el apoyo durante toda la carrera, a Gisel, porque gracias a ella te conocí. Sin duda aprendí de su profesionalismo.

A todos aquellos profesores que influyeron en mi formación académica y personal, atesoro cada una de sus enseñanzas.

A mi familia que ha estado presente en mi vida.

A mis amigos, que han sido parte fundamental de mi vida, gracias porque nunca se cansan de escucharme, apoyarme y aconsejarme. Xóchilt, Eduardo, Omar, por apoyarme en esos momentos de desesperación, por las risas compartidas y por el apoyo para seguir adelante. Por el estímulo para terminar la tesis.

Gracias a aquellas personas que se han cruzado en mi vida de manera esporádica, pero con una influencia tremenda para continuar.

A Nadia, Cris y Yes, porque no pude tener mejores compañeras de clase, de risas, de vida universitaria. Nadia, gracias porque con tu ejemplo me has demostrado que siempre se puede ser mejor, me ubicas y encaras con la realidad.

Cris, fue toda una experiencia ser tu compañera tesista, te agradezco las ideas compartidas, tu apoyo incondicional, tus explicaciones, por soportarme, por las risas nerviosas, por la desesperación de pensar que nunca nos titulábamos, por tus consejos, por solo escucharme, por ser una miga, por eso y más gracias. ¡Al fin, lo logramos!

Gracias al programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIITIT300114).

Después de un largo tiempo ha concluido este proceso, estoy segura de que es el comienzo de una trayectoria profesional. A quienes estuvieron presente durante esto y a todos los que me faltaron, mil gracias.

## Resumen

La diabetes es una enfermedad crónico-degenerativa en la que los niveles de glucosa (azúcar) de la sangre están muy altos, debido a una deficiencia en el páncreas en secretar insulina. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 reporta que hay cerca de 6.5 millones de personas que refieren haber sido diagnosticadas con diabetes, lo cual la ha llevado a ser una de las principales causas de muerte en México.

A partir de la psicología de la salud, existen diversos programas para intervenir en el control de la diabetes. Rodríguez, Díaz-González y García (2013), han diseñado un instrumento para evaluar la importancia atribuida a ciertos factores disposicionales que probabilizan el rompimiento o la adherencia a la dieta en personas con diabetes. Identificados los factores disposicionales críticos, es posible tener un panorama claro sobre algunas habilidades pertinentes de entrenar para lograr la adherencia, todo con el fin de aportar para el diseño de mejores programas de intervención, sin olvidar, claro, que los factores disposicionales aquí expuestos son solo una pequeña parte del vasto número de factores involucrados en la adherencia.

Por tanto, el objetivo de este trabajo es validar el instrumento creado por Rodríguez y García (2013) "Cuestionario de Factores Importantes para Romper la Dieta".

El instrumento fue aplicado a 129 participantes con diabetes mellitus tipo 2. El análisis estadístico se realizó en el programa SPSS versión 20. Se llevó a cabo un análisis de confiabilidad (Alpha de Cronbach) y un análisis factorial ANOVA.

Los resultados demostraron que el instrumento es válido para evaluar la importancia atribuida a ciertos factores disposicionales que hacen más o menos probables el rompimiento de la dieta.

El desarrollo de la investigación fue expuesto en seis capítulos, comenzando con una breve explicación de la diabetes como problema de salud, dando paso a la base teórica en la cual se fundamenta este trabajo, posteriormente, se describe el procedimiento estadístico y los resultados obtenidos.

Se considera de vital importancia la validación de dicho instrumento, puesto que es una aproximación para realizar detecciones oportunas y confiables de factores que interfieren en la adherencia, para posteriormente hacer programas de intervención más eficaces que consideren los datos arrojados por el instrumento.

## ÍNDICE

Diabetes como problema de salud en México.....	6
Factores de riesgo.....	7
Tratamientos.....	9
Psicología de la Salud.....	11
Antecedentes.....	12
Modelos de la Salud.....	15
Modelo de la acción razonada.....	15
Modelo de creencias de la salud.....	16
Modelo de autoeficacia.....	16
Modelo transteórico.....	18
Modelo Psicológico de la Salud Biológica.....	20
Proceso psicológico de la salud.....	22
La historia interactiva del individuo.....	22
Las competencias funcionales presentes.....	23
La modulación de los estados.....	24
Resultantes.....	25
Vulnerabilidad biológica.....	25
Las conductas instrumentales y la salud.....	25
La patología biológica y comportamientos asociados.....	27
La prevención.....	28
Aplicaciones del modelo psicológico de la salud biológica.....	29
Factores disposicionales.....	32

Análisis contingencial.....	32
Sistema microcontingencial.....	33
Análisis de factores disposicionales mediante el análisis contingencial.....	36
Factores disposicionales y adherencia a la dieta.....	39
Adherencia a la dieta.....	39
Factores situacionales relacionados con la adherencia.....	41
Validación del "Cuestionario de Factores Importantes para Romper la Dieta".....	47
Método.....	47
Participantes.....	47
Variables.....	48
Instrumento.....	48
Procedimiento del estudio.....	50
Procedimiento de validación.....	51
Resultados.....	51
Discusión.....	59
Referencias.....	63

## Capítulo 1. Diabetes como problema de salud en México.

El término diabetes mellitus define alteraciones metabólicas de múltiples etiologías caracterizadas por hiperglucemia crónica y trastornos en el metabolismo de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas, resultado de defectos en la secreción de insulina, en la acción de la misma o en ambas (OMS, 1999; citado en Gasteiz, 2008).

La diabetes es una enfermedad crónica que afecta la calidad de vida de la persona que la padece. Moreno y Limón (2009) mencionan que es un desorden que altera la producción y utilización de la insulina en el organismo. El tipo más frecuente (90%) es la llamada diabetes mellitus no insulino dependiente o tipo 2 (DM2). Las personas con este tipo de diabetes pueden tener niveles de insulina bajos, altos o normales, aunque con frecuencia también se producen elevados niveles de insulinemia (insulina en la sangre) (Galarza, 2008). Se caracteriza por un aumento de la glucosa en sangre y alteraciones del metabolismo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas que están relacionadas con deficiencias absolutas o relativas de la acción o secreción de la insulina, esto quiere decir que en la DM2 se presenta en el organismo una resistencia a la insulina (Galarza, 2008).

La diabetes tipo 2 es un problema de salud pública creciente y una de las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012) reporta que hay cerca de 6.5 millones de personas que refieren haber sido diagnosticadas con diabetes, esto quiere decir que 9.2% de los adultos en México han recibido ya un diagnóstico de diabetes. Y a pesar de ser una enfermedad controlable en tanto se modifiquen estilos de vida; en particular en la dieta y actividad física, se ha convertido en una de las principales causas de muerte en México. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2013) contabiliza aproximadamente 89 mil defunciones debido a la diabetes en el 2013, sólo por debajo del número de defunciones por enfermedades del corazón.

La diabetes se está convirtiendo en la epidemia del siglo XXI. Estadísticas demuestran que de 1995 a 2013 el número de personas que viven con diabetes se ha triplicado. De acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes, los países con mayor número de diabéticos son: China; India; Estados Unidos; Brasil; Rusia y México, en ese orden, (Hernández-Ávila, Gutiérrez & Reynoso-Noverón, 2013)

En todo el mundo la prevalencia de la diabetes va en aumento. Se estima que para

2025 habrá 300 millones de diabéticos en el mundo, el doble de los que había en 2001. Sin embargo, para nuestro país la situación es aún más alarmante, el índice se eleva un 2.7% mientras que en el mundo es del 2%, lo que indica que en 30 años la cifra se triplicará. Actualmente, 10% de los adultos mexicanos tienen diabetes y la frecuencia en niños comienza a aumentar (Lifshitz, 2008). Debido a lo anterior la diabetes se convierte en la principal causa de muerte en nuestro país.

Se ha considerado que la diabetes tipo 2 es una de las principales condiciones para desarrollar enfermedades, discapacidad y muerte en México y en el mundo, es considerado un problema de salud pública y un reto para su prevención, detección y control. Por tratarse de una enfermedad crónico-degenerativa requiere atención permanente (Moreno-Altamirano, et al. 2015).

### 1.1 Factores de riesgo

Existen varios factores que propician un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. La tabla 1 muestra algunos de estos factores y los clasifica en dos tipos, modificables y no modificables.

Tabla 1.

#### Factores de riesgo

Factores NO modificables	Factores modificables
Raza	Actividad física
Historia familiar	Tipo de dieta
Edad	Tabaquismo
Sexo	Síndrome metabólico
Diabetes gestacional	Hipertensión arterial
Síndrome de ovario poliquístico	
Insuficiencia cardiaca	

A continuación, se hará una breve reseña de cada factor y relación con la enfermedad.

#### Historia familiar

La diabetes mellitus tipo 2 se acompaña de una gran predisposición genética. Aquellos individuos con un padre diabético tienen un 40% de posibilidad de desarrollar la enfermedad,

si ambos padres son diabéticos el riesgo se eleva en un 70%.

#### Raza

Existen ciertos grupos étnicos que están más propensos a desarrollar DM2. Moreno y Limón (2009) comentan que las diferencias encontradas en la prevalencia de la diabetes entre los grupos étnicos de diversos países, orienta a pensar que existe alguna característica genética de mayor o menor riesgo. El estudio Nurses' Health Study (citado en Galarza, 2008) concluye que el riesgo de desarrollar diabetes era menor en caucásicos que en el resto de las etnias estudiadas (raza negra, asiáticos e hispanos).

#### Edad y sexo

Conforme aumenta la edad, el riesgo de desarrollar diabetes también se incrementa. Sin embargo, en los últimos años la aparición de ésta se ha presentado en jóvenes y niños. Y por lo que se refiere al sexo de las personas la prevalencia es principalmente en mujeres.

#### Sobrepeso y obesidad

La Organización Mundial de Salud (OMS, 2016) define el sobrepeso y la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede perjudicar la salud. El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de relación entre peso y talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en adultos. Un IMC elevado es un importante factor de riesgo para el desarrollo de diabetes. La obesidad es considerada, de hecho, el factor principal de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2 al atribuírsele 61% de la prevalencia. Tener un índice de masa corporal (IMC)  $> 23$  en las mujeres y  $> 25$  en los varones, además de obesidad abdominal, aumenta 42.2 veces el riesgo de diabetes.

De acuerdo a Sánchez-Castillo, Pichardo-Ontiveros y López (2004), en la actualidad más de 60% de nuestra población padece sobrepeso y obesidad, por lo que no es extrañar que las enfermedades cardiovasculares y la diabetes tipo 2 sean hoy en día las primeras causas de mortalidad en el país.

El factor obesidad es resultado del estilo de vida de una persona, por lo que se considera modificable, tanto antes de diagnosticar la enfermedad, es decir, preventivo; como posteriormente a un diagnóstico, como estrategia de tratamiento.

#### Sedentarismo o falta de actividad física

Este es otro de los factores de riesgo que son modificables. La inactividad física es un factor

predicador independiente de DM2 tanto en hombres como en mujeres, por lo que las personas activas tienen menor probabilidad de desarrollar diabetes (Palacio, Durán & Obregón, 2012).

#### Dieta

La alta ingesta de calorías, la sobrecarga de carbohidratos y de grasas saturadas predisponen a la diabetes. En nuestro país es común el consumo de carbohidratos como: frituras, harinas, carnes grasosas, lácteos y escasa ingestión de fibras, frutas y vegetales.

Los factores presentados son algunos de los indicadores que se utilizan para armar el historial clínico del paciente y junto con las pruebas de glucosa llegar a un diagnóstico. Sin embargo, también pueden considerarse al momento de plantear nuevas estrategias preventivas. Por eso, es importante tener presente que la diabetes se asocia con factores de carácter cultural y social, que, sumados a los factores biológicos, además de los genéticos, los familiares, el envejecimiento y la distribución de grasa corporal, podrían explicar su comportamiento epidémico (Moreno & Limón, 2009).

Una vez identificados estos factores que probabilizan el desarrollo de la diabetes, se pasará a conocer algunos de los tratamientos más comunes para controlar la diabetes.

#### 1.2 Tratamientos

Como ya se mencionó, la diabetes requiere de atención permanente, por lo que una vez que se cuenta con el diagnóstico, los cuidados que tendrá el paciente deberán ser permanentes. Los tratamientos para la diabetes se clasifican en dos principalmente: los farmacológicos y los no farmacológicos (Gil-Velázquez, Sil-Acosta, Domínguez-Sánchez, Torres-Arreola & Medina-Chávez, 2013).

Los tratamientos farmacológicos consisten en administrar medicamentos para disminuir la glucosa (por ejemplo, metformina) o para promover el correcto funcionamiento o secreción de insulina (por ejemplo, dosis de insulina).

Por su parte los tratamientos no farmacológicos incluyen la modificación del estilo de vida, tratamiento médico nutricional y la actividad física. Esto implica modificaciones en la alimentación, el ejercicio y la inclusión de terapias conductuales, con lo que se pretende favorecer la disminución del peso y el control glucémico.

Un mal control en personas con diabetes puede incidir en complicaciones clínicas, estas complicaciones no sólo tienen un efecto en la calidad de vida de la persona, también tienen un impacto económico en las naciones. Este costo está relacionado principalmente con

las complicaciones agudas y crónicas, que son causa de hospitalización, incapacidades para el trabajo, menor productividad laboral y muerte prematura. Es por esto que una vez más, se debe considerar la diabetes como un problema de salud pública.

A pesar del oscuro panorama que parece enfrentar este problema, existe cada vez mayor interés por ofrecer tratamientos que permitan un menor impacto de la enfermedad, esto significa reducir la incidencia de la enfermedad y anticiparse a su aparición con medidas preventivas. Existen evidencias de que cambios en el estilo de vida pueden ser más efectivos cuando son implementados con anticipación. Regla, Molena-Fernandes, Soares, Silva y Nakamura, (2008) comentan que una reducción de factores de riesgo modificables (como el peso, la alimentación y la actividad física) disminuye el riesgo de desarrollar la diabetes, incluso en personas cuya genética sea propensa. Por eso los tratamientos, ya sean preventivos o de control, que puedan ofrecer las áreas relacionadas al cuidado de la salud, tendrán una gran relevancia. Por tanto, los aportes en tratamientos que pueda hacer la psicología de la salud deberán ser analizados a detalle, de tal forma que en el siguiente capítulo se harán algunas anotaciones respecto a esta área de la psicología, pretendiendo conocer las dimensiones de alcance que se pueden tener desde esta disciplina.

## Capítulo 2. Psicología de la Salud

La intervención de la psicología en el área de la salud ha sido variante desde sus comienzos. En primera instancia, es prudente decir que en esta área el modelo biomédico fue el precursor, limitándose a una cuestión de reacciones físicas y químicas. Se atiende la enfermedad considerando sólo los aspectos físicos y no se presta atención a otros aspectos.

El criterio fundamental del diagnóstico es la presencia de anormalidades bioquímicas, además ignora la influencia de determinadas situaciones vitales en la salud de las personas. La enfermedad no sólo está mediada por la susceptibilidad biológica del organismo, sino también por otros eventos ambientales (Amigo, 2012).

Con el tiempo el modelo biopsicosocial (MBPS) ha ido reemplazando al modelo biomédico, incluye variables psicológicas y sociales en su etiología, da importancia a la habilidad del médico para comprender las determinantes psicosociales y culturales de los síntomas y considera la influencia de las situaciones vitales en la salud, que destaca la relación médico-paciente. (Grau & Hernández, 2005).

De acuerdo con Amigo (2012) el MBPS establece que la salud y la enfermedad son: el producto de una combinación de factores, incluyendo las características biológicas (p. ej., la predisposición genética), los factores conductuales (p.ej., estilo de vida, creencias acerca de la salud, estrés), y condiciones sociales (p.ej., influencias culturales, relaciones familiares y apoyo social).

El modelo sostiene que la salud es algo que se alcanza cuando el individuo tiene cubiertas sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales y no son algo concebido como un don. El MBPS incluye factores biológicos, psicológicos y sociales que son determinantes para el concepto de salud- enfermedad. Lo que indica que la salud y la enfermedad tienen una causación múltiple, y que múltiples, son sus efectos. (Amigo, 2012).

A pesar de que el MBPS ha servido para dar un giro y reformar la biomedicina, se necesita una reconstrucción más sólida con teorías coherentes que expliquen cómo influyen estos factores psicosociales en la salud y la enfermedad. Por esto, han surgido diversas definiciones de psicología de la salud, que intentan determinar la dimensión psicológica en la salud-enfermedad.

### 2.1 Antecedentes

En 1978 The American Psychological Association (APA) crea la división 38 a la que se

denominó Health Psychology, cuyo objetivo básico consiste en fomentar y difundir la contribución profesional de los psicólogos a un mejor conocimiento de la salud y la enfermedad (Luzoro, 1992). A partir de entonces han sido varios los intentos por definir la dimensión psicológica de la salud-enfermedad. La tabla 2, retomada de Piña y Rivera (2006) enlista algunas definiciones respecto a esta área.

Tabla 2.

Definiciones sobre psicología de la salud.

Autor (es)	Definición
Stone (1979)	La psicología de la salud es una especialidad de la psicología que comprende la aplicación de los conceptos y métodos psicológicos a cualquier problema surgido en el sistema de salud, ya sea que se hable de los niveles de atención a la salud, de salud pública, de educación y planificación de la salud, o bien de otros componentes del sistema, añadiendo que la práctica tradicional de la psicología clínica vendría a constituirse en una de sus subdivisiones.
Matarazzo (1980)	Agregado de las contribuciones profesionales, científicas y educativas de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y el diagnóstico de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas.
Torres y Beltrán (1986)	Por psicología de la salud debe entenderse una actividad profesional encaminada a estudiar e influir sobre aquellos aspectos de la esfera psicológica (actitudes, concepciones, conductas, valores, hábitos, etcétera) que facilitan la vinculación estrecha entre el equipo de salud y la población, en un esfuerzo conjunto para identificar y dar solución a los problemas de salud que aquejan a la segunda.

- 
- Bloom (1988) La psicología de la salud tiene que ver con el estudio científico de la conducta, las ideas, actitudes y creencias relacionadas con la salud y la enfermedad.
- Holtzman, Evans, Kennedy e Iscoe (1988) La psicología de la salud se interesa en la relación biopsicosocial de la mente y el cuerpo en un medio sociocultural determinado, así como en el desarrollo de nuevas tecnologías del comportamiento para la promoción y el mantenimiento de la salud.
- Rodríguez y Palacios (1989) La psicología de la salud es un área que permite la aplicación de los alcances metodológicos de otras áreas de la psicología y con esto una incidencia en la conducta particular de los individuos y de sus comunidades, para el cuidado, mantenimiento y promoción de la salud como un estilo de vida, planteando una alternativa diferente de la organización del comportamiento individual y colectivo al respecto.
- Carrobes (1993) Especialidad de la psicología que se centra en los problemas de la salud, sean físicos o médicos, con el objeto de prevenir su ocurrencia o de procurar su rehabilitación, siempre con base en los conocimientos, principios y la metodología científica, añadiendo que el comportamiento constituye uno de los determinantes principales, tanto de la salud como de muchas enfermedades.
- Morales (1997) Por psicología de la salud debería entenderse a la rama aplicada de la psicología dedicada al estudio de los componentes de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención a la salud, poniendo especial énfasis en la identificación de los procesos psicológicos que participan en la determinación de la salud, en el riesgo de enfermar, en la condición y en la
-

---

recuperación de la salud, fundamentalmente.

---

Como se puede observar son varios los intentos por definir la labor de la psicología de la salud, a este cuadro se podrían sumar algunas otras definiciones, presentadas en la tabla 3, las cuales pueden considerarse más recientes, pero que tienen en común presentar opciones a las demandas sociales.

Tabla 3.

Definiciones actuales de psicología de la salud.

Autor (es)	Definición
Reynoso y Seligson (2005)	Es un campo que tiene relación con el desarrollo y conocimiento de las ciencias de la conducta, el cual es de vital importancia para la comprensión de la salud y la enfermedad física y su aplicación, es decir, la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
Grau y Hernández (2005).	La psicología de la Salud ha emergido como un campo que debe aportar a la solución de muchos de los problemas de la salud pública contemporánea. El surgimiento de esta rama no surge por el simple hecho de aportar conocimientos teóricos a la formación de profesionales, sino como resultados de demandas sociales
Marks, et. al. (2008)	El objetivo de la psicología de la salud es promover y mantener el bienestar de los individuos, comunidades y poblaciones. Se ocupa de las interfaces conductuales y de la experiencia entre el individuo, el sistema de cuidado de salud y la sociedad

Precisamente, la demanda social, es uno de los factores que propicia que esta área pueda surgir, algunos autores (Según Báyes 1985 citado en Luzoro, 1992, Reynoso & Seligson, 2005,) proponen que otros factores para el crecimiento de esta rama pueden ser: La insuficiencia del modelo biomédico para explicar las conductas de salud y enfermedad. La importancia que se le dio a la calidad de vida y a la prevención de la enfermedad.

El importante cambio a finales del siglo XX de las enfermedades infecciosas, las enfermedades crónico-degenerativas como principales causas de mortandad, lo que dio la pauta para enfocarse en los estilos de vida saludables.

El rápido aumento de los costos sanitarios.

Ineficacia de la actual tecnología médica para hacer frente a las enfermedades y trastornos propios de nuestros tiempos.

El incremento en el número y gravedad de las denominadas enfermedades iatrogénicas.

El creciente interés de los ciudadanos por asumir un papel activo y responsable en el control de los factores que afectan en sus vidas.

A partir de la aparición del modelo biopsicosocial surgen diferentes modelos en la psicología de la salud, que aporten soluciones a las demandas relacionadas con la salud. Como ya se ha comentado el MBPS considera múltiples factores que intervienen en el proceso salud-enfermedad. Así que los modelos alternativos tienen como característica la inclusión de estas variables.

## 2.2 Modelos de la Salud

Actualmente podemos encontrar varios modelos centrados en los aspectos cognitivos como determinantes del comportamiento social. Ejemplos de ellos son:

La teoría de la acción razonada o del comportamiento planificado

El modelo de creencias de salud

El modelo de la motivación protectora o la teoría de la autoeficacia (Guillamón, 2014).

Modelo transteórico (Ortiz & Ortiz, 2007)

### 2.2.1 Modelo de acción razonada

En el modelo de la acción razonada el sujeto es visto como un ser racional capaz de tomar decisiones y que se comporta en función de la valoración de su comportamiento y de las expectativas que tiene para alcanzar resultados.

Este modelo está basado en dos aspectos la actitud, que es el conjunto de creencias, valores y expectativas que tiene la persona al respecto de su comportamiento. Después se asocia con la norma subjetiva que se refiere a las opiniones, creencias y valores de los otros. Ambos factores dan como resultado la intención y finalmente se produce un comportamiento. Es decir, propone como mejor predictor de la conducta, la intención de llevarla a cabo (Ortiz & Ortiz, 2007).

### 2.2.2 Modelo de Creencias de la Salud

El modelo de Creencias de Salud (MCS) fue originalmente desarrollado en los años 50 por un grupo de especialistas en psicología social del departamento de salud pública norteamericano, tratando de encontrar una explicación a la falta de programas de detección y prevención de enfermedades (Soto, Lacoste, Papenfuss & Gutiérrez, 1997).

El MCS está basado en la teoría cognitiva-conductual. Se construyó en la valoración subjetiva de una determinada expectativa. En lo que a la salud se refiere, la valoración subjetiva es el deseo de evitar la enfermedad y la expectativa es la que una acción es capaz de mejorar o prevenir el proceso.

Para Soto, et. al. (1997) hay tres premisas en las cuales descansa el MCS:

La creencia o percepción, de que un problema es importante o suficientemente grave para tenerlo en consideración.

La creencia de que uno es vulnerable a ese problema.

La creencia de que una acción producirá un beneficio.

### 2.2.3 Modelo de autoeficacia

La teoría social cognitiva desarrollada por Bandura (1997, citado en Palacios, 2010) considera que un elemento importante es la autoeficacia, se distinguen dos tipos de expectativas, las expectativas de resultado y las expectativas de eficacia (autoeficacia). Bandura (1997, citado en Palacios, 2010) define la autoeficacia como la capacidad o convicción personal que tiene el sujeto de poder ejecutar exitosamente la conducta requerida para actuar o producir un resultado en una situación, actividad o dominio.

Así, una persona puede creer que dejando de utilizar estupefacientes le llevará a conseguir unos determinados objetivos (expectativas de resultados), pero no lo hace porque duda de su habilidad para realizarlo (expectativas de autoeficacia) (Ríos, 2011).

Palacios y Bustos (2012) menciona que “la autoeficacia percibida afecta los propios niveles de motivación y ejecución del individuo, a través de su capacidad de afrontar los cambios”. Es decir, que, si el individuo tiene la expectativa de cambiar algún hábito, lo va a lograr por el simple hecho de estar motivado.

De acuerdo con este modelo, un cambio de conducta requiere que las personas tengan un alto sentido de autoeficacia, que estén convencidas de que pueden realizar ese cambio de conducta deseado, no importa las circunstancias u obstáculos que interfieran en el

cumplimiento de ese cambio. Así que, las creencias que tenga una persona sobre la conducta de salud la llevarán a tener mucha o poca iniciativa para enfrentar sus problemas de salud. Por ejemplo, la investigación realizada por Ortiz y Ortiz (2005) cuyo objetivo fue determinar si los factores psicológicos, demográficos y de comportamiento se asocian a la adherencia al tratamiento, en una muestra de adolescentes diabéticos tipo 1. La muestra estuvo formada por 61 adolescentes de entre 12 y 18 años diagnosticados con diabetes tipo 1. Se administraron test y cuestionarios psicológicos y se efectuó un examen de hemoglobina. En este estudio las variables psicológicas conocimiento sobre la diabetes y su tratamiento y la percepción de autoeficacia se asociaron de modo significativo. Por tanto, era de esperarse que aquellos adolescentes que tenían mayor conocimiento de su enfermedad y mayor sentido de autoeficacia presentaran mayor adherencia al tratamiento. Los hallazgos de esta investigación demuestran que 50% de adolescentes diabéticos, se adhieren al tratamiento. De los factores psicológicos que les permite predecir mejor la adherencia al tratamiento es la variable conocimiento. Aquellos con mayor conocimiento presentaron mejor adherencia al tratamiento. Por otra parte, la autoeficacia estuvo relacionada con la adherencia al tratamiento. Estos autores comentan que

“es posible pensar que un adolescente diabético cuyo sentido de autoeficacia es elevado, podría ser capaz de motivarse y comprender conductas saludables para mantener su estado de bienestar. Por otra parte, un adolescente exitoso en su control de la diabetes podría experimentar una fuerte sensación de dominio sobre su salud y autocuidado. Se ha informado que el sentir dominio sobre un área específica, constituye una de las principales fuentes de autoeficacia”. (p.311)

Como se nota esta investigación realza la motivación del adolescente como predictor de la adherencia a la dieta, pero deja de considerar otros factores implicados en esta conducta.

#### 2.2.4 Modelo transteórico.

Ortiz y Ortiz (2007) describen este modelo como una propuesta de cinco etapas de cambio para explicar la adquisición de conductas saludables o la reducción de conductas de riesgo, las cuales son:

- 1) Precontemplación: el individuo no tiene intención para cambiar en el corto plazo, usualmente medido en los próximos 6 meses.
- 2) Contemplación: el sujeto no está preparado para tomar acciones en el presente, pero podría

intentarlo en el corto plazo de aquí a 6 meses.

3) Preparación: el individuo está considerando activamente cambiar su conducta en el futuro inmediato, dentro del próximo mes.

4) Acción: el sujeto ha hecho un cambio en el pasado reciente, pero este cambio no está bien establecido.

5) Mantenimiento: se ha cambiado la conducta por más de 6 meses y se está activamente involucrado para sostenerla.

Como bien se puede observar, dichos modelos involucran discursos mentalistas, ponderando las intenciones, motivaciones y cogniciones que las personas pueden tener respecto a su enfermedad, quizás producto de una carencia de respaldo teórico, pues como se sabe, algunos son producto de investigaciones empíricas (Ortiz & Ortiz, 2007). Ante dichas deficiencias se han obtenido concepciones plurales, y no siempre bien delimitadas, respecto de la salud y la naturaleza de las dimensiones psicológicas que le son pertinentes (Ribes, 1990).

Por ello resulta necesario un enfoque que modifique las estrategias de solución y prevención, así como la consideración de los factores medioambientales y psicosociales involucrados en el proceso salud-enfermedad. Lo anterior lleva a la propuesta hecha por Piña y Rivera (2006), quien menciona que el papel del psicólogo en el campo de la salud debe darse en términos profesionales como desprofesionalización: el psicólogo, a partir del conocimiento generado por y desde la disciplina básica, transfiere el conocimiento a otros profesionales practicantes de alguna interdisciplina particular: medicina, promoción de salud, enfermería, trabajo social, etcétera, de un lado, o a los usuarios de los servicios, por el otro, con el objeto de que sean ambos quienes hagan uso de dicho conocimiento.

Esta propuesta puede ser más clara si se estudia el Modelo Psicológico de la Salud Biológica (Ribes, 1990), entendiendo los factores que forman parte del proceso de salud y que será explicado en el siguiente capítulo.

### Capítulo 3. Modelo psicológico de la salud biológica

Los modelos descritos en el capítulo anterior muestran de manera general el modo de abordar la psicología de la salud. Tales intervenciones hacen referencia a conceptos dualistas (mente-cuerpo) o “internos”, los cuales indican que el comportamiento de un individuo está asociado a acontecimientos o procesos mentales. De ahí, surgen las llamadas enfermedades mentales o psicosomáticas.

Como se ha notado, es necesario un modelo capaz de integrar los factores implicados en la salud del individuo. Se deben tomar en cuenta las condiciones biológicas, culturales y sociales del individuo, considerarlo de forma integral con su herencia genética y experiencia ubicada en un contexto específico.

Aunque no concierne a este trabajo describir el modelo interconductual se hace una breve reseña de sus premisas.

La teoría interconductual es propuesta por Kantor alrededor de 1959 y define a la psicología como el estudio de la interacción de organismos con objetos, eventos y otros organismos, así como sus cualidades y relaciones específicas; genera teoremas y constructos para la teoría y ley psicológicas; establece los sistemas y subsistemas psicológicos; para finalmente descubrir cómo se inserta la psicología dentro de la constelación científica (Vargas, 2006).

Ribes y López (1985) afirman que la psicología tiene como objeto de estudio la interconducta, la cual se describe como la interacción ontogénica de los organismos con ciertos elementos de su ambiente y es construida en la historia individual.

Kantor se centró en el desarrollo de la metateoría interconductual, de esta manera rompe con las ideas tradicionales que reducen la concepción de la psicología a elementos dualistas y mecanicistas y acerca la psicología a las ciencias duras.

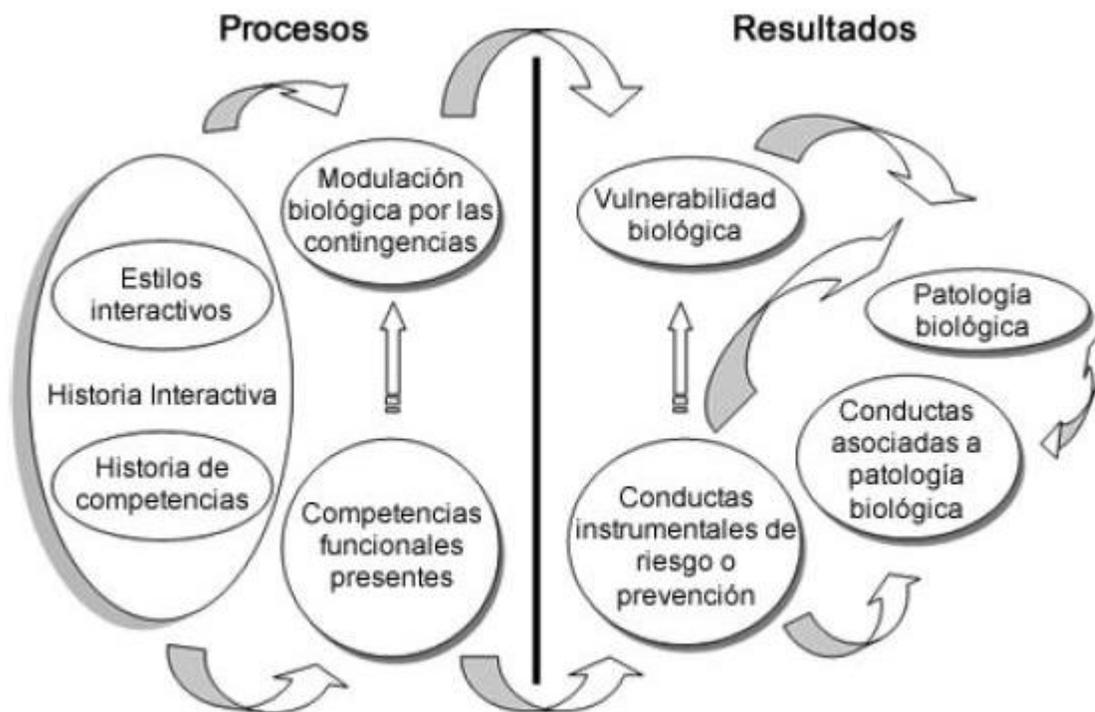
De acuerdo con el interconductismo para poder conocer la conducta de un organismo se deben identificar las condiciones históricas, situacionales y paramétricas de los factores que participan en la interacción. Para poder lograrlo se ha segmentado esta misma en un campo de interacción que está compuesto por la función estímulo-respuesta, los factores disposicionales y el medio de contacto. Más adelante se hará una descripción más detallada de estos factores los cuales son base del presente tema.

Esta teoría hace un marcado contraste con las “otras psicologías” y se demuestra que lo psicológico no se puede reducir a lo biológico o a lo social, sino que se requiere de múltiples

condiciones para que se dé su ocurrencia. Aunque el conocimiento aportado por esta teoría esclarece el camino sobre qué ha de hacerse al estudiar la conducta, se requiere de una metodología que oriente el quehacer del psicólogo en el campo de la salud. Por ello en 1990, Ribes postula el Modelo Psicológico de la Salud Biológica, el cual permite identificar los componentes que intervienen en el proceso salud-enfermedad. De acuerdo a Rodríguez y García (2011) este modelo sirve como guía para la acción e intervención, prácticas en la prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades, así como para esclarecer la relación de los diversos elementos psicológicos participantes en ellas.

El modelo cuenta con dos categorías descriptivas. La primera hace referencia a los procesos psicológicos que vinculan condiciones del organismo con acciones del individuo enmarcadas en un medio sociocultural. La segunda son los resultantes o consecuencias de dichos procesos.

Figura 1. Modelo psicológico de la salud biológica, tomada de Ribes (1990)



### 3.1 Proceso psicológico de la salud

El proceso psicológico de la salud se basa en tres factores:

- a) La historia interactiva del individuo
- b) Las competencias funcionales al interactuar con una situación general determinada
- c) La modulación de los estados biológicos del organismo por parte de las contingencias ambientales que definen una situación.

A continuación, se hará un breve resumen de cada uno.

### 3.1.1 La historia interactiva del individuo

Se refiere al modo en que se ha comportado un individuo en el pasado. Es la disposición del individuo para interactuar en una situación presente, basándose en sus formas y modos de interacción anteriores. “Se considera un factor que facilita o interfiere en la aparición de ciertas conductas, hacen más o menos probable una forma de comportarse ante la situación dada” (Ribes, 1990, p.23). La historia interactiva se examina en dos dimensiones: los estilos interactivos y la disponibilidad de competencias funcionales.

#### Estilos interactivos

Los estilos interactivos son la manera consistente en que un individuo afronta una situación por primera vez. Ribes (1990) los define como “modos consistentes en los que cualquier acción puede ejercitarse al entrar el individuo en contacto inicial con situaciones contingenciales determinadas” (p.37). La interacción podría estar modulada o no por los estilos interactivos siempre y cuando se cumpla con el requisito de ajuste y efectividad establecido por la situación.

Se debe aclarar que no se tratan de formas específicas sino de modos funcionales. Estos estilos son singulares de cada individuo y regulan su manera de comportarse en situaciones de su vida cotidiana. En el caso de la salud estos estilos pueden interferir para que se tengan comportamientos saludables o no.

Dado que el estilo interactivo se define como una forma consistente de comportarse ante situaciones funcionales similares, se puede predecir la forma en que un individuo hará frente a una situación nueva o de riesgo y así saber cómo se ajustará a los requerimientos de efectividad que demanda la situación. En el campo de la salud se han descubierto que existen diversos estilos interactivos relacionados con la generación de enfermedades.

#### Historia de competencias

Capacidad adquirida en el pasado para que el individuo interactúe bajo requerimientos

específicos en una situación que exige ciertos resultados. Cuando las competencias pasadas corresponden a las contingencias presentes, las conductas y los elementos son semejantes, hay mayor probabilidad de que se facilite la interacción, en cambio, si son distintas habrá una dificultad y el individuo tendrá que ajustarse a la situación o fracasar. En palabras de Ribes (1990) “Un individuo es capaz cuando en el pasado ha interactuado con situaciones funcionalmente semejantes a aquellas con las que tiene que interactuar efectivamente en el presente” (p. 44).

Ante mayor diversidad de situaciones y comportamientos, mayor es la capacidad, por lo que a mayor capacidad existe más facilitación de nuevas acciones efectivas en situaciones nuevas. Estas capacidades van desde la información adquirida históricamente y traducida en un “saber hacer”, hasta la posesión de habilidades específicas (Rodríguez, 2010). Tanto la historia de competencias como los estilos interactivos constituyen factores disposicionales, es decir, que hacen más probable o menos probable que determinado comportamiento suceda.

### 3.1.2 Las competencias funcionales presentes

Es un factor disposicional donde la persona hace uso de su capacidad para enfrentar los requerimientos que le impone una situación específica. Estas acciones están compuestas por morfologías sensoriales, motoras y verbales, las cuales tienen un sentido colectivo y social, su funcionalidad está regulada y determinada por factores lingüísticos.

Existen diversos componentes que las integran, en primer lugar, están los requerimientos de la situación, que se refieren al tipo de consecuencias que tendrá el individuo y los cambios en su ambiente debido al efecto de una u otra forma de acción. Segundo, los factores que definen el contexto, entre ellos, el lugar, condiciones físicas y sociales, personas y condiciones biológicas momentáneas. Por último, la historia de competencias.

Existen cuatro niveles funcionales donde pueden tener lugar estas competencias efectivas:

#### 1. Interacciones situacionales no instrumentales

La persona reacciona diferencialmente ante los objetos, personas y acontecimientos sin alterar o afectar sus características físicas y funcionales. Su comportamiento es regulado por las relaciones que se dan en la situación.

#### 2. Interacciones situacionales instrumentales

Presenta un comportamiento funcional prescrito por las circunstancias de la situación; sin embargo, existen cambios sobre la situación que a su vez pueden afectar el comportamiento del individuo.

### 3. Interacciones extrasituacionales

La persona actúa frente a los elementos y contingencias “como si” estuvieran presentes y no lo están, es decir, responden en términos de su experiencia, de su valoración o de elementos no presentes en forma concreta en el aquí y el ahora.

### 4. Interacciones transituacionales.

Son más complejas e implican una abstracción de las condiciones con las que se enfrenta el individuo. Ribes, (1990) aclara que el individuo no enfrenta la situación con base en lo que ocurre en ella o en lo que percibe, sino en términos de la forma en que responde lingüísticamente a la situación, siendo ésta representativa de un conjunto de relaciones abstraídas. Esto determina que sea su comportamiento lingüístico el que regule y determine las propiedades y eventos que serán funcionales para el individuo.

#### 3.1.3 Modulación de los estados biológicos

Debido a que un individuo es una totalidad no se puede hablar de comportamiento sin referirse a la biología del mismo. Ribes (1990) dice que el comportamiento es en gran medida, la funcionalidad adquirida a partir de la reactividad biológica.

El análisis experimental de la conducta ha demostrado que la manera en que una persona se comporta ante las contingencias de una situación determinada puede afectar sus estados biológicos. Hay que entender que una persona no actúa separada de su cuerpo, el comportamiento es una dimensión funcional del cuerpo en su interacción con el ambiente. Por lo tanto, el ambiente afecta aspectos conductuales, los estados biológicos y los estados resultantes en el individuo. Por ello, es de suma importancia identificar las circunstancias ambientales que afectan al individuo biológicamente y conductualmente.

Hasta ese punto se ha descrito el proceso psicológico, lo cual permite comprender la relación entre comportamiento y enfermedad, y como se puede notar, no se trata de una relación unidireccional de causa y efecto. Más bien son diversos factores los que están implicados en la complejidad de relaciones y a su vez varios efectos los que determinan esta relación.

### 3.2 Resultantes

Ahora bien, la segunda parte del proceso se refiere a los resultantes, los cuales pueden ser

psicológicos o biológicos. Las conductas instrumentales y los comportamientos asociados a los estados de enfermedad se pueden ubicar en los resultados psicológicos. En cambio, la vulnerabilidad biológica y los estados patológicos constituyen las resultantes biológicas.

### 3.2.1 Vulnerabilidad biológica

Consiste en una serie de condiciones orgánicas que aumentan el riesgo de que una persona desarrolle una enfermedad aguda o crónica. Pueden existir algunas condiciones estrictamente biológicas y orgánicas que afectan la vulnerabilidad. Pero hay otras que son directamente mediadas por el comportamiento, es decir, que las formas particulares en que el individuo interactúa con las contingencias del ambiente producen cambios orgánicos específicos, como pueden ser, la secreción gástrica, la tensión arterial o simplemente cambios en sistema digestivo, cardiovascular, endocrino, etc. que aumentan el riesgo de enfermedad.

### 3.2.2 Las conductas instrumentales y la salud

Se refieren a acciones que afectan de manera directa o indirecta, disminuyen o aumentan la probabilidad de que se contraiga una enfermedad. El resultado puede ser aumentar los riesgos de una enfermedad o empeorar un estado patológico ya existente. Ribes (1990) las define como las acciones efectivas específicas para prevenir o aumentar los riesgos de contacto con los agentes fisicoquímicos y biológicos productores de patología biológica.

Las conductas instrumentales son los indicadores presentes de la capacidad ya sea de competencias o incompetencias del sujeto, es decir, el saber hacer en distintos ámbitos. Para que aparezca una conducta instrumental preventiva, por ejemplo, se requiere de capacidad, es decir, que haya competencias funcionales presentes que hagan probable, en determinadas circunstancias, que se presenten las conductas instrumentales preventivas. Esta capacidad o competencia puede ser entendida como la disponibilidad de las conductas requeridas como morfologías, la disponibilidad de información acerca del por qué se tienen que realizar ciertas conductas o no, las ocasiones en que pueden realizarse y la forma en la que deben realizarse dichos comportamientos.

Las conductas instrumentales constituyen factores de riesgo cuando la conducta expone al individuo a condiciones del ambiente (contaminación, intoxicación, etc.) o produce condiciones en él que se convierte en cambios patológicos. También se considera de riesgo cuando la conducta es responsable directamente del contacto con agentes de contagio, o bien, cuando la conducta es directamente responsable del daño biológico.

Es notable que una conducta instrumental puede propiciar el riesgo a contraer una enfermedad, pero también puede reducir el riesgo y prevenir una enfermedad.

Por otra parte, a las conductas instrumentales también se les puede distinguir por sus efectos, los cuales pueden ser inmediatos o demorados. Las conductas cuyos efectos son inmediatos, facilitan que el individuo evite realizarlas, dada la correlación entre la emisión y las consecuencias. Pero en el caso cuyos efectos son demorados, se dificulta la prevención de que ocurran esas conductas y que el individuo actúe para conservar la salud. En el caso de la diabetes, tener hábitos alimenticios poco saludables o ser sedentario, son hábitos que no producen efectos inmediatos, al contrario, son efectos a largo plazo, lo cual hace más difícil que la gente comprenda la importancia de llevar un estilo de vida saludable.

Por lo tanto, resulta fundamental, analizar las conductas instrumentales considerando la disponibilidad morfológica, los efectos que tienen respecto de las conductas de riesgo y los factores disposicionales que auspician o propician su ocurrencia.

Hay cuatro formas de competencias que configuran las conductas instrumentales, las cuales de acuerdo con Ribes (1990, p.62) son:

1. "Saber qué tiene que hacerse, en qué circunstancias, cómo decirlo y cómo reconocerlo"
2. "Saber cómo hacerlo, haberlo hecho antes o practicado"
3. "Saber por qué tiene que hacerse o no (sus efectos) y reconocer si tiende o no a hacerlo"
4. "Saber cómo reconocer la oportunidad de hacerlo y no hacerlo"
5. "Saber hacer otras cosas en dicha circunstancia, o saber hacer lo mismo de otra manera"

Se debe aclarar que estas formas de saber van más allá de ejercer una forma particular de conducta o de la simple recepción de información de un hacer. Así que hablar de capacidades instrumentales implica que el individuo ejerza su capacidad para saber hacer en distintos ámbitos.

### 3.2.3 La patología biológica y comportamientos asociados

El elemento más importante en los resultantes del proceso de la salud es la aparición de una patología biológica, o el estado de salud y, como elementos psicológicos directamente vinculados a la aparición de una patología biológica, se encuentran las conductas asociadas a enfermedad. Los aspectos centrales al respecto son el seguimiento y adherencia a una terapéutica efectiva, el comportamiento requerido en la rehabilitación y la aparición de comportamientos asociados a la patología biológica.

Las conductas asociadas a una enfermedad pueden correlacionarse con una condición patológica en tres formas distintas. Primero, se presentan conductas como efecto de una alteración biológica y que guardan una correlación de necesidad con ella. Este tipo de conductas requieren un grado mayor de especificidad por su correspondencia a condiciones patológicas particulares. Por ejemplo, algunos trastornos motrices asociados a daño neurológico, o la pérdida de apetito y desagrado por ciertos alimentos debido a padecimientos gastrointestinales. Segundo, aquellas conductas que resultan de un tratamiento terapéutico que se aplica para modificar una condición patológica. Y tercero, esos comportamientos que resultan de forma inespecífica como reacción estrictamente psicológica a la enfermedad (Ribes, 1990, p. 64).

En estas condiciones las conductas instrumentales son fundamentales, ya que pueden modular los comportamientos que surgen en los tres tipos de conductas asociadas. Además, el establecimiento de conductas instrumentales puede ayudar a la desaparición o incremento de las diversas clases de conducta correlacionadas a enfermedad.

Ahora bien, en las conductas asociadas a la enfermedad que se presentan sin una patología biológica, es más notorio el papel de las conductas instrumentales, las cuales se Ribes (1990) dividió en dos tipos:

1. Comportamiento “enfermo” vinculado a formas sistemáticas de interactuar con situaciones problema
2. Comportamiento “enfermo” que regula efectos sistemáticos del entorno social en relación con el individuo.

Ambos comportamientos son de carácter instrumental y pueden ser alterados mediante el establecimiento de nuevas competencias efectivas que sean más adecuadas a las circunstancias sociales del individuo.

En este punto se ha descrito el proceso y sus resultantes del modelo psicológico de la salud propuesto por Ribes (1990), entendiendo que la salud es consecuencia de la manera en que el comportamiento de una persona regula los efectos que pueden tener los factores ambientales en ella. Por lo tanto, la prevención de una enfermedad depende de la forma de comportamiento eficaz para evitar o prevenir las enfermedades.

### 3.3. La prevención

La prevención puede abordarse desde diferentes perspectivas: la socio-ambiental, la

biomédica y la psicológica o conductual. Sin embargo, el nivel psicológico es prioritario y plantea tres niveles de prevención: primario secundario y terciario (Ribes, 1990).

El nivel primario se basa en algunas de estas acciones:

- a. "Promoción de hábitos de higiene personal"
- b. "Desarrollo de hábitos alimenticios"
- c. "Medidas para la planificación familiar y prevención de enfermedades sexuales"
- d. "Campañas de prevención de enfermedades infecciosas y crónico-degenerativas"
- e. "Detección y curación de enfermedades infectocontagiosas"
- f. "Diagnóstico temprano de riesgo a enfermedad para su canalización a otros niveles de atención" (Ribes, 1990, p. 74).

Los incisos a, b y c de las acciones de prevención primaria son prácticas vinculadas a la vida cotidiana de los individuos previas a la aparición de riesgos biológicos o patologías, por lo tanto, se ubican en el plano psicológico, es decir, acciones vinculadas al comportamiento del usuario de los servicios de salud. Pero no solo se restringe éstas, sino que incluye otras acciones que apoyadas por un sistema de información adecuado puede ampliar la prevención primaria y promover algunas acciones, por ejemplo:

- a. El desarrollo de estilos de vida que disminuyan la vulnerabilidad biológica, como son, dietas apropiadas, hábitos de higiene, etc.
- b. Instruir habilidades para evitar accidentes cotidianos.
- c. Conductas de prevención en catástrofes naturales.

Por su parte, los niveles secundario y terciario de atención a la salud cubren lo siguiente:

- a. "Detección de patologías agudas y crónicas de distinto grado de avance"
- b. "Diversos tipos de cirugía mayor y menor"
- c. "Atención en partos"
- d. "Trasplante de órganos"
- e. "Rehabilitación de pacientes con distintos tipos de impedimentos físicos"
- f. "Atención a pacientes terminales"
- g. "Tratamiento de cuadros patológicos con distinto grado de avance, que requieren tanto de internamiento más o menos prolongados, así como de tratamientos ambulatorios"
- h. "Otros" (Ribes, 1990, p. 74)

En los niveles secundario y terciario la enfermedad ha evolucionado y ha producido daños parciales o irreversibles, así que ya no se requiere como tal de acciones preventivas. Pero se pueden implementar acciones que permitan adherirse al tratamiento, eliminar aquellas conductas que interfieren con los tratamientos médicos y la emisión de comportamientos que favorecen la rehabilitación, desde esta óptica se pueden considerar como preventivas, ya que están minimizando el deterioro o cronicidad de la enfermedad e incluso lograr la recuperación total o parcial.

Como se ha examinado el modelo psicológico de la salud en la etapa de procesos pueden ubicarse las acciones preventivas primarias y todas aquellas ubicadas en la etapa de resultados, constituyen la prevención secundaria. Finalmente, la prevención terciaria se ubica en todas las conductas asociadas a patología biológica.

#### *3.4 Aplicación del Modelo Psicológico de la Salud Biológica*

Una vez analizado el modelo propuesto por Ribes, se entiende que para resolver un problema de salud son insuficientes las acciones de tipo biomédico. Se requiere de un trabajo conjunto que incluya medidas biomédicas y conductuales, pues como observamos las acciones orgánicas afectan el comportamiento y también, los estados y reacciones del organismo. Bayés y Ribes (1989) lo describieron de la siguiente manera:

"Los conceptos de salud y enfermedad comprenden múltiples niveles analíticos, tanto en lo que se refiere al conocimiento de los procesos involucrados como en lo que corresponde a las acciones y prácticas implicadas. En este sentido su estudio constituye un campo interdisciplinario, y para poder abarcar la multiplicidad de procesos y factores afectados es preciso formular modelos que, aun reconociendo la complejidad del problema, desglosen unidimensionalmente los conceptos y estrategias que corresponden a cada una de las disciplinas participantes. Sólo de este modo será posible establecer, posteriormente, un modelo multidimensional de salud que evite errores categoriales, correspondencias ficticias y reduccionismos encubiertos." (p. 1)

De esta forma el papel del psicólogo deja de ser un simple acompañamiento, permitiendo incluso compartir la responsabilidad con el individuo, al proporcionar las condiciones para que sea competente en los momentos oportunos.

Algunos autores (Piña, 2004; Piña & Robles, 2005; Rodríguez & Díaz-González, 2011) se han dado a la tarea de realizar investigación tomando como guía el modelo propuesto por Ribes, en busca de un acercamiento diferente y con nuevas propuestas de intervención al ámbito de la salud. Un ejemplo es el de Moreno, et al. (2007), quienes realizaron un estudio cuyo objetivo fue evaluar los factores (personas, situaciones y efectos) implicados en las competencias funcionales presentes relacionadas con el contagio y prevención del VIH/sida en una muestra de pacientes seropositivos. Participaron 68 pacientes, quienes contestaron un cuestionario conformado por diversos reactivos de opción múltiple. Dicho cuestionario se encontraba conformado por tres partes: datos demográficos; conocimientos generales sobre VIH/SIDA y competencias funcionales. En la parte correspondiente a las competencias se ilustraron situaciones en donde lo importante radicó en la forma de relacionarse sexualmente, las situaciones, el lugar en donde se tienen las prácticas sexuales, el papel que tiene el comportamiento de otras personas significativas y los efectos de las prácticas de riesgo o prevención. Cada reactivo incluyó una serie de opciones de respuesta, las cuales podían clasificarse como de riesgo o prevención, distribuidas en tres columnas, las cuales correspondían a diferentes niveles de competencia (Indicador de capacidad en términos de su experiencia, información y creencias; Indicador de comportamiento instrumental de riesgo o prevención; Indicador de competencia social). Dicho cuestionario permitió obtener un índice de competencia sexual. Los resultados mostraron que sólo el 1.5% de la muestra fue competente para la prevención del contagio del VIH. Por otra parte, el análisis también permitió observar que las situaciones son un factor crítico para que los participantes lleven a cabo comportamientos de riesgo, entendidos en su mayoría como no usar condón. Finalmente, al hacer una comparación entre los tres indicadores de competencia se pudo notar inconsistencia entre lo que las personas creen y lo que dicen hacer.

Los resultados encontrados confirman que la capacidad de los individuos es un elemento fundamental en el abordaje de los problemas de salud, así como la relación con factores como el comportamiento de personas significativas, situaciones y efectos; constituyen los componentes en el proceso salud-enfermedad propuesto por Ribes (1990), y difiere de lo que tradicionalmente proponen otros acercamientos, donde se ponderan, por ejemplo, los conocimientos o actitudes como factores psicológicos (Piña & Robles, 2005).

Es importante mencionar que, si bien es cierto, que el modelo psicológico de la salud es una propuesta naturalista, basada en una teoría general del comportamiento que abre un nuevo camino de investigación e intervención en el campo de la salud; también lo es el análisis contingencial, como sistema analítico y metodología, pues permite tener una coherencia con la teoría interconductual, por lo que en el siguiente capítulo se abordará a mayor detalle.

## **Capítulo 4. Factores disposicionales**

En los capítulos anteriores ya se abordó la base teórica que sustenta la presente investigación. Sin embargo, es necesario llevar ese conocimiento abstracto de la teoría a la aplicación concreta. Para ello deben desarrollarse modelos que identifiquen los factores psicológicos relevantes en un contexto social particular.

### *4.1 Análisis contingencial*

Surge el análisis contingencial como una alternativa interconductual para el campo aplicado, se trata de una metodología para el análisis y alteración del comportamiento individual en sus diferentes contextos sociales; como sistema permite analizar funcionalmente el comportamiento individual y como metodología analiza el comportamiento a fin de transformarlo (Rodríguez, 2002).

Esta metodología cuenta con cuatro dimensiones que permiten analizar la conducta individual y para cada una existen categorías analíticas basadas en el interconductismo.

#### *Primera dimensión.*

Se denomina Sistema microcontingencial al conjunto de relaciones que se establecen entre un individuo y otras personas, objetos y circunstancias; delimitada situacionalmente (Rodríguez, 2002, p. 78). Es aquí donde se identifica, con criterios funcionales, la relación que se va a analizar o transformar.

#### *Segunda dimensión.*

Sistema macrocontingencial se refiere al contexto valorativo de las relaciones a un nivel microcontingencial.

#### *Tercera dimensión.*

Se trata de los factores disposicionales que son aquellos que hacen más o menos probable una interacción en particular. No son actos u ocurrencias, más bien son elementos cuya función es hacer más probable o menos probable que dadas ciertas circunstancias, estas relaciones se presenten. Dichos factores se evalúan en el sistema microcontingencial y en la génesis del problema (Rodríguez, 2002).

#### *Cuarta dimensión.*

Se refiere a las funciones del comportamiento de las personas significativas en la interacción

de estudio.

Este trabajo se enfoca en el estudio de factores disposicionales situacionales que se incluyen en el sistema Microcontingencial, por lo que se hará una breve exposición de este sistema, el resto de las dimensiones pueden ser consultadas en Rodríguez (2002).

#### *4.1.1 El sistema microcontingencial*

Consiste en la red de relaciones que establece un individuo con su medio. Está compuesto de cuatro elementos que dependen unos de otros, cada uno con mayor o menor peso explicativo dependiendo de la interacción, En esta red de relaciones hay algún elemento crítico que media la forma en que se establece esta red, generalmente la mediación se da a través de la conducta de alguna persona específica, puede ser el propio usuario u otra persona significativa en la relación (Rodríguez, 2002).

Para cada interacción se identifican los elementos que la componen y cuál es su función dentro de la interacción. Los elementos son los siguientes:

- a) Morfologías de conducta
- b) Situaciones
- c) Personas
- d) Efectos

#### *Las morfologías de conducta*

Son las formas de respuesta del usuario y de aquellas personas significativas. Es decir, lo que hacen para relacionarse entre ellos, así como con objetos y eventos de su medio. En las morfologías del usuario se identifica lo que él hace en tal interacción, mientras que en las morfologías de otros, se ubican las formas de conducta de otros significativos en la relación de estudio.

En este rubro hay que tener cuidado de no confundir las morfologías con conducta. Hay que recordar que la conducta como tal es la interacción formada por los elementos que conforman la microcontingencia.

#### *Las situaciones*

Son el conjunto de características físicas y sociales, tanto del usuario como del ambiente. En el rubro de situaciones se identifican factores disposicionales, es decir, aquellos elementos que pueden facilitar o entorpecer una interacción en particular, es decir, hacerla más probable

o menos probable. No se identifican variables, entendidas como ocurrencias. Como se mencionó en un inicio, los disposicionales son una dimensión del análisis contingencial, que se evalúa en distintos momentos, en este caso los factores que se evalúan en el rubro de situaciones son:

- *Circunstancia social*: enmarca la interacción de estudio. Se delimitan convencionalmente de acuerdo con el contexto en que se dan las interacciones que se valoran como problemáticas, por ejemplo, familiar, de noviazgo, amistad, laboral, etc.
- *Lugar o lugares*: es el ambiente físico que hace más o menos probable la interacción (p.e. casa, hospital)
- *Objetos o acontecimientos físicos*: existen objetos (p.e. televisión, refrigerador, prendas de vestir específicas) o acontecimientos físicos (p. e. lluvias, temblores) que desempeñan una función disposicional, es decir, probabilizan una conducta.
- *Conductas socialmente esperadas*: todo comportamiento humano siempre es un comportamiento valorado y también, existen prácticas convencionales que determinan esa valoración. Rodríguez (2002) lo expresa de la siguiente forma “...dependiendo la cultura, el momento histórico y las personas, existen demandas convencionales para el comportamiento del individuo que pueden ser tácitas o explícitas” (p.92). Por ejemplo, de un empleado se espera que llegue puntualmente, que realice sus actividades, que respete a los clientes y a los jefes, que cumpla con las normas establecidas, etc.
- *Las competencias o incompetencias para llevar a cabo lo socialmente esperado*: las competencias que ha adquirido a lo largo de su historia un individuo pueden facilitar que cumpla o no cumpla con el comportamiento socialmente esperado en una situación particular.
- *Inclinaciones y propensiones*: las inclinaciones son gustos y preferencias. Las propensiones aluden a estados temporales de corta duración, en particular estados de ánimo (tristeza, felicidad), conmociones emocionales (coraje, miedo), y condiciones biológicas (dolor de cabeza, de estómago, intoxicación por drogas o alcohol) (Rodríguez, 2002, p. 94).
- *Tendencias*: Rodríguez (2002) lo define como “las costumbres, hábitos y formas de

conducta, que en el pasado han estado vinculados a efectos específicos y que, en ciertas circunstancias, tiene una alta probabilidad de emisión.” (p.94)

### *Personas*

En este rubro se analiza el comportamiento de todos aquellos individuos que participan significativamente en la interacción valorada como problema. Es la función que ejerce el comportamiento de una persona lo que se define. Sin embargo, hay que tener claro que no se trata de adjetivos calificativos o etiquetas permanentes, ya que sus diversos comportamientos pueden tener diferentes funciones en situaciones variadas.

El comportamiento puede tener estas funciones:

- *Mediador*: el comportamiento de una persona establece o prescribe las contingencias de interacción. Este comportamiento “domina o dirige” el de los otros.
- *Mediado*: es el comportamiento que se ajusta o es regulado por las contingencias del mediador. Por ejemplo, aquel que se limita a “seguir indicaciones”
- *Auspiciador*: facilita o promueve una interacción particular. Con una frase o acción se puede propiciar que una persona se relacione de modo particular con otros. Es necesario aclarar que esta función la ejerce una persona ajena a la relación de estudio.
- *Regulador de propensiones e inclinaciones*: es el comportamiento de aquellas personas que hace más probable cierto tipo de interacciones, puede modular gustos, preferencias, estados de ánimo o conmociones emocionales.
- *Regulador de tendencias*: se analiza si existen personas cuyo comportamiento regule las tendencias del usuario. Es importante evaluar si la persona adquirió esta función reguladora, por historia o por capacidad, es decir, si la función se fue construyendo históricamente o por tener características similares a otros reguladores históricos.

Hay que aclarar que no en toda interacción se van a encontrar todas las funciones descritas y que la función que ejerce el comportamiento de una persona en una microcontingencia particular, puede ser distinta en otra.

El punto medular en el análisis microcontingencial es definir la mediación. Se tiene que señalar cuál es el comportamiento mediador, de quién y en qué nivel lo lleva a cabo, si es directo (basado en el aquí y ahora) o indirecto (desligado funcionalmente de las condiciones presentes), o bien si hay algún elemento mediador directo.

### *Los efectos*

Se refieren a correspondencias funcionales entre las conductas de los individuos en situaciones de relaciones recíprocas. Son factores de consecuencias, se identifican tres tipos:

- a) Efectivo: efectos sobre la conducta de otros.
- b) Afectivo: efectos sobre sí mismo.
- c) Inefectivo: sin efectos.

Como se puede observar en el análisis microcontingencial se delimitan cuáles elementos conforman una interacción y cómo se relacionan funcionalmente, cuáles tienen mayor peso explicativo y qué complejidad tiene la interacción. Explicados los elementos de análisis, se dará paso a exponer de forma más detallada los factores disposicionales.

#### *4.2 Análisis de factores disposicionales mediante el Análisis Contingencial*

La categoría de situaciones dentro del sistema microcontingencial permite dar cuenta del contexto en el que las personas se relacionan; sin embargo, hay que tener claro que no todos los factores deben tener una función disposicional. Parte del análisis consiste en identificar qué elementos de la situación tienen una función de este tipo, por lo que conviene remitirse a la definición de este término. Ribes (1992) los define como aquellos que condicionan probabilísticamente toda relación, sin formar parte de ella. Son siempre factores que no pueden ser descritos como ocurrencias, sino que constituyen colecciones o poblaciones de ocurrencias, o bien sus resultados, es decir, estados de los objetos o personas.

Los factores disposicionales no están ubicados en algún lugar puesto que no cuentan con una ubicación espacio temporal (no son internos ni externos), tampoco se puede manifestar que son observables o inobservables, por el simple hecho que no son ocurrencias, tampoco equivalen a respuestas específicas; como ya se ha comentado, son colecciones de ocurrencias. Por ejemplo, las competencias son factores disposicionales, cuando se dice que alguien es un vendedor competente, no se alude a una sola respuesta, o acción sino a un conjunto de posibles respuestas: ofrece productos de interés, dedica tiempo a cada cliente, ofrece toda la carpeta de productos y permite que cada persona elija cuál le beneficia, etc. Estas ocurrencias o respuestas que se van dando en el tiempo, son las que permiten hablar de factores disposicionales, en este caso, de capacidad.

En el tema que concierne a este trabajo, la adherencia a la dieta, pueden identificarse diversos factores disposicionales de la situación en la que la gente come y cuya función puede

ser la de hacer más probable que rompan el régimen prescrito.

El análisis contingencial ya ha sido empleado como metodología en algunas investigaciones. Tal es el caso del estudio realizado por Rodríguez, Rentería, Rodríguez y García (2016), quienes utilizaron esta metodología, con el objetivo de realizar un análisis descriptivo de un caso específico, para evaluar el efecto de un taller grupal para mejorar la adherencia a la dieta en combinación con una asesoría individualizada. Para beneficio de la participante se combinaron ambas estrategias, la asistencia a un taller grupal más asesoría individual.

Con el análisis identificaron, entre otros elementos, algunos factores disposicionales que hacían poco probable adherirse a la dieta. Es decir, se encontró que las ocasiones en que el alimento disponible era su preferido, o cuando se encontraba sola en casa, cuando reportaba aburrimiento, o bien había un clima frío o lluvioso era más probable que rompiera su dieta. Estos hallazgos llevaron a los investigadores a concluir que "la usuaria comía de forma poco saludable respondiendo fundamentalmente a elementos disposicionales situacionales, entre los que se encontraban factores del contexto físico y sus tendencias" (Rodríguez, et. al. 2016). Dicha conclusión encaminó la intervención a proporcionar información y dar un entrenamiento, para alterar el papel funcional de algunos factores situacionales vinculados a su forma de comer poco saludable. Como resultado se obtuvo que la usuaria fuera capaz de contar porciones, modificar y sustituir alimentos poco saludables por alimentos saludables. Desarrolló habilidades en autocontrol que le permitieron abstenerse de comer los alimentos de su preferencia, estableció horarios de comida. Además alteró las propiedades funcionales de aquellos factores que obstaculizaban su adherencia a la dieta. Este estudio resulta relevante por el uso del análisis contingencial para identificar algunos de los factores que juegan un papel crítico en la adherencia de una dieta. Dicho análisis permitió demostrar que el entrenamiento del taller y la asesoría individualizada tuvieron un efecto positivo en la adherencia. En otras palabras, el análisis contingencial resulta en una aproximación diferente y sobre todo incluye nuevas variables, como los factores disposicionales, de exploración en el entendimiento de la adherencia a la dieta.

Cabe señalar que no se han encontrado investigaciones que se interesen en identificar aquellos factores disposicionales que intervienen en la adherencia a la dieta; sin embargo, la investigación antes comentada y otras de esta misma línea (Guevara, 2014; Soto, 2014)

ofrecen un panorama de la utilidad.

Expuesto uno de los sistemas del Análisis Contingencial, se retomarán algunos antecedentes del estudio de los factores disposicionales en el plano de la adherencia a regímenes alimenticios dentro del área de psicología de la salud. En el siguiente capítulo se comentan algunas investigaciones relacionadas.

## **Capítulo 5. Factores disposicionales y adherencia a la dieta**

Como se ha mencionado la presente investigación está interesada en validar un instrumento que sea de utilidad para la identificación de los factores disposicionales de contexto que intervienen para que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y con obesidad puedan adherirse a la dieta. A continuación, se presentan algunas investigaciones que han evaluado la importancia de diversos factores que impiden esta adherencia.

### *5.1 Adherencia a la dieta*

Granados y Escalante (2010) asumen que la adherencia al tratamiento es un fenómeno complejo en el cual están involucrados una multiplicidad de factores y que se trata de un comportamiento humano modulado por componentes subjetivos, se trata de cumplir el tratamiento y está mediada por los conocimientos o creencias que el paciente tiene de la enfermedad, además de procesos motivacionales y volitivos para recuperar la salud.

El tratamiento implica importantes cambios en los hábitos cotidianos, requiere de la colaboración familiar y de la adquisición de habilidades y conocimientos específicos. Granados y Escalante (2010) mencionan que hay tres barreras importantes para la adherencia, una de ellas es la complejidad del régimen alimentario; la segunda, características personales o factores psicosociales como la edad, género, rasgos de personalidad, entre otros, y finalmente la interacción médico- paciente. Otro problema implicado es la valoración del tratamiento puesto que implica un control y monitoreo de los niveles de azúcar, actividad física, uso de medicamentos, asistencias a consultas y la incorporación de hábitos saludables. Se reconoce que la adherencia es un constructo multidimensional; sin embargo, generalmente las investigaciones quedan limitadas a unas cuantas variables. Ejemplo de lo anterior es la investigación realizada por Jáuregui, De la Torre y Gómez (2002), quienes contaron con la participación de pacientes diabéticos tipo 2 e hipertensos. El objetivo fue desarrollar y aplicar un programa de intervención multidisciplinaria en el que participaron diferentes profesionales de la salud. Abarcando las cuatro áreas del ser humano: cognoscitiva, psicomotora, afectiva y comportamiento. Este estudio fue de carácter confirmatorio y longitudinal, con un diseño de dos grupos: experimental (n = 55) y control (n = 55), con mediciones dependientes (antes y después) e independientes (intergrupos) y con dos evaluaciones de seguimiento. El programa duró 6 meses, con sesiones semanales para cada grupo, hubo dos sesiones de seguimiento a los cuatro y nueve meses después de concluir el

tratamiento.

La adherencia al tratamiento consistía en seguir la dieta, hacer ejercicio y control de peso. La dieta la prescribieron un médico y el nutriólogo. La intervención psicológica únicamente se llevó a cabo en el grupo experimental, y estuvo basada en el modelo cognitivo-conductual, la terapia racional de Ellis y la relajación. El propósito fue cambiar las creencias de los pacientes acerca de la relación existente entre la adherencia a la dieta, las causas del padecimiento, el cumplimiento de las indicaciones médicas y las habilidades de autocuidado. Los resultados mostraron una mayor adherencia al tratamiento en el grupo experimental: 98 % de los pacientes siguió la dieta, 94 % hizo ejercicio y 66 % controló el peso y tuvo un mejor control del padecimiento; 95 % de los pacientes controló la presión arterial sistólica, 93 % la presión arterial diastólica y 41 % la glucosa capilar. Los investigadores concluyeron que su intervención, basada en la modificación de creencias, control de las emociones y autocuidado, facilita la adherencia al tratamiento y el control del padecimiento. Dichas conclusiones coinciden con la premisa en la que se asume que la adherencia al tratamiento es un fenómeno complejo, que involucra una multiplicidad de factores, donde el cumplimiento del tratamiento está mediado por los conocimientos o creencias que el paciente tiene de la enfermedad (Granados & Escalante, 2010).

Aunque la investigación obtuvo resultados favorables, la intervención psicológica no abarca aspectos del ambiente de los pacientes, no se consideran los factores ambientales que intervienen en la no adhesión al tratamiento e incluso las personas u objetos involucrados. Gran cantidad de investigaciones en este ramo, se centran en tratamientos psicoeducativos que buscan pérdida de peso en los pacientes; sin embargo, como afirman Rodríguez y García (2011) éstas son sólo informativas y no entrenan al paciente en las conductas necesarias para obtener un adecuado control de la dieta. Por lo cual surge la necesidad de replantear los programas de intervención, donde pueda instaurarse y modificar hábitos y conductas. Para lograr lo anterior es necesario, entre otras cosas, realizar un análisis de las condiciones que pueden ayudar en la modificación de dichos hábitos, entre otros aspectos, es importante conocer los factores disposicionales que interfieren con la adherencia a la dieta.

### *5.2 Factores situacionales relacionados con la adherencia*

En una revisión realizada por Rodríguez, Rentería, Rodríguez y García (2016) reportaron la

dificultad para encontrar estudios respecto a los factores situacionales en que la gente come, de hecho, dichos autores sólo reportan dos estudios que hacen una clasificación de dichos factores situacionales. En primera instancia se encuentra el estudio realizado por Schlundt, Rea, Klin y Pichart (1994, citado en Rodríguez, et. al. 2016), cuyo objetivo fue desarrollar una taxonomía de situaciones cotidianas que crean obstáculos para la adherencia a la dieta en pacientes con diabetes, identificando las siguientes situaciones como problemáticas:

- Emociones negativas
- Resistiendo la tentación
- Salir a comer
- Sentirse privado
- Presión del tiempo
- Tentación de la recaída
- La planificación
- Eventos sociales
- El apoyo familiar
- Rechazo de algunos alimentos
- Apoyo de amigos

Dicha clasificación resulta novedosa y diferente a lo encontrado en otros artículos donde generalmente las variables estudiadas son el estrés, la ansiedad o la depresión (Ortiz, Ortiz, Gatica & Gómez, 2011). Y a pesar de que no parte de una perspectiva interconductual, algunas de las situaciones señaladas podrían categorizarse como factores disposicionales de acuerdo al análisis contingencial, pues hacen más probable o menos probable que un individuo se adhiera a su dieta. De tal forma que los eventos sociales, el apoyo familiar y el apoyo de amigos podrían considerarse en la categoría de circunstancia social. La tentación de la recaída, la planificación, o la presión del tiempo podrían considerarse tendencias. Lo que Schlundt, et. al. (1994) mencionan como salir a comer, puede incluirse en la categoría de lugares.

Finalmente, las emociones negativas, el sentirse privado y el rechazo de algunos elementos pueden entenderse como inclinaciones y propensiones. Es cierto que la categorización realizada por los autores Schlundt, et. al. (1994) dista mucho de los conceptos

del Análisis Contingencial; sin embargo, es un antecedente en la exploración de factores disposicionales del contexto en que se come.

Otro estudio reportado fue el realizado por Okolie, Ehiemere, Ezenduka y Ogby (2010; citado en Rodríguez, et. al., 2016), quienes pudieron identificar situaciones consideradas como obstáculos para que los pacientes lleven adecuadamente su dieta, señalando siete:

- Accesibilidad a la dieta prescrita
- Frustración a la restricción
- Limitado apoyo de la pareja
- Sentimientos de privación
- Sentimiento de que la tentación es inevitable
- Dificultad para seguir la dieta en reuniones sociales
- Dificultad de aceptar y revelar a otros su condición como diabéticos.

En este estudio, las variables analizadas también representan factores que obstaculizan a los pacientes su adhesión a la dieta. En su clasificación se puede encontrar que algunos factores equivalen a las categorías de objetos (Accesibilidad a la dieta prescrita), circunstancia social (Limitado apoyo de la pareja y dificultad para seguir la dieta en reuniones sociales) o propensiones (sentimientos de privación, sentimiento de que la tentación es inevitable). La búsqueda de factores situacionales que hagan más probable o menos probable la adherencia a la dieta permite despejar la investigación de “variables internas u ocultas” que suelen ponderarse.

Como se puede apreciar, dichos estudios no parten de una teoría interconductual; sin embargo, con estos antecedentes Rodríguez, et. al. (2016) realizaron dos estudios. En el primero buscaron evaluar el efecto de la aplicación de técnicas de autocontrol y solución de problemas en la importancia que los pacientes diabéticos refieren para diversos factores disposicionales en el rompimiento de su dieta, para lo cual utilizaron el Cuestionario de Factores Importantes para romper la dieta (Rodríguez, Díaz-González & García, 2013) en un diseño pretest-postest, es decir, se realizó una evaluación inicial con el cuestionario, después se creó un club de diabetes dónde se entrenó en el manejo de técnicas de autocontrol y de solución de problemas, y finalmente en la tercera fase se aplicó nuevamente el cuestionario. Los resultados mostraron la puntuación de tres factores disposicionales a los que se les

atribuía mayor importancia para romper la dieta, los cuales fueron: lugar, circunstancia social y propensiones. En el segundo estudio se tuvo el mismo objetivo que en el anterior, agregando uno más donde se buscó evaluar posibles diferencias de género. El diseño fue el mismo; sin embargo, las estrategias utilizadas para el manejo de las técnicas fueron modificadas, agregando material didáctico. Los resultados de este segundo estudio mostraron que los participantes reportaron mayor importancia para los mismos factores, pero en diferente grado de acuerdo al género. En el caso de los hombres el orden fue: inclinaciones, lugar y circunstancia social. Mientras que el orden de factores reportado por mujeres fue: lugar, circunstancia social e inclinaciones. En cuanto a la comparación de puntajes entre pre y post test para ambos estudios se encontraron diferencias, lo cual sugiere un efecto del programa aplicado, esto implica que los participantes lograron un mayor control en cuanto a los factores de contexto que reportaron como problemáticos para la adherencia a su dieta. Es importante mencionar que, aunque “los factores situacionales no ofrecen una explicación de la adherencia a la dieta o falta de ella, pueden jugar un papel importante y que ha sido subestimado” (Rodríguez, et. al., 2016).

Gavino y López (1999) refieren que hay diferentes aspectos relacionados con la conducta alimentaria. Entre los factores que están presentes en la elección de la comida incluyen, la interacción de aquellos que nos acompañan y aquellos estímulos que atraen nuestra atención. (la televisión, la radio, etc.). También hacen referencia a que diferentes estudios (Hendrick & Van Engeland, 1996; Eldredge, Agras & Stewart, 1996; Canals & et al, 1996; citados en Gavino & López. 1999) han puesto de manifiesto que las emociones juegan un papel relevante y que la comida se convierte en momentos de placer o desagrado dependiendo de la interacción social del momento, al margen del agrado o rechazo de los propios alimentos que se consumen. Ellos concluyen que “hay multitud de factores culturales y psicosociales que influyen de manera decisiva en las conductas de salud y, en particular, en las alimentarias. Si los profesionales de la salud pretenden cambiar hábitos en la población, es preciso que tengan en cuenta estos factores” (p.21).

Como se observa, los autores enumeran varios factores que están involucrados en la alimentación pero que son analizados de manera aislada, no como un conjunto de eventos que pueden facilitar o interferir en la alimentación. Sin embargo, dichos factores, desde la perspectiva interconductual, podrían ser ubicados en alguna de las categorías de los factores

disposicionales. Se enfatiza que estos factores contextuales son uno de los múltiples elementos que se estudian con el análisis contingencial. Señalando que existe toda una red de eventos que intervienen en la adherencia o no a la dieta. Identificar dichos factores de contexto va a contribuir de manera significativa en las intervenciones más no son considerados como los únicos o como factores de tipo causal.

Un estudio que considere toda la red de factores involucrados en los comportamientos de adherencia daría una aproximación más certera para el diseño de programas exitosos en la adherencia. Al respecto Soto (2014) afirma que...

"...La mayor parte de las investigaciones ponen especial atención en el estrés como variable que agudiza o desencadena las complicaciones en la diabetes; además de la ira, baja autoestima y otras emociones denominadas como negativas para la salud del diabético. Sin embargo, no se ha profundizado lo suficiente en aspectos como: circunstancias sociales, objetos, acontecimientos físicos, lugares, tendencias, gustos, entre otras; que resultan escasas, o prácticamente nulas en la literatura." (p.49)

Por otra parte, existen estudios que realizan análisis aislados, son reduccionistas o bien le dan mayor peso a un solo factor, por ejemplo, las emociones. Es común establecer relaciones reduccionistas entre la elección de comida y el estado de ánimo. Tal es el caso de Peña y Reidl (2015) quienes realizaron una investigación con estudiantes universitarios, donde encontraron que las emociones experimentadas durante el consumo del 85% de los alimentos, fueron en su mayoría emociones agradables como el placer, alegría, felicidad y amor. Pero otras investigaciones (Méndez & Beléndez, 1994; Peña & Reidl, 2015; Rondón, 2011; Siqueira, Franco & Dos Santos, 2011) afirman que las personas comen en exceso en respuesta a emociones desagradables y siguen proponiendo la comida como causante del estado de ánimo o viceversa.

Es cierto que en muchas ocasiones el estado de ánimo influye para elegir los alimentos, pero si es presentado como factor único y directo en la adherencia a la dieta, como lo hacen las investigaciones mencionadas, se cae en una aproximación reduccionista. Por tanto, el instrumento a validar tiene la virtud de mostrar que las propensiones constituyen uno de varios factores disposicionales que facilitan o dificultan la adherencia. Recordando también que además de los factores disposicionales, existen otros elementos en la red de

relaciones que se habrá de analizar para entender la adherencia.

Un ejemplo es el estudio de Soto (2014) quién evaluó el efecto de la aplicación de dos técnicas de autocontrol y solución de problemas en la importancia referida para factores disposicionales en el rompimiento de la dieta. Como efecto de la intervención hubo una disminución en la importancia atribuida a algunos factores disposicionales. En otras palabras, se modificó el comportamiento relacionado con comer, los participantes lograron controlar su forma de comer al margen de los factores de contexto.

En cuanto a la importancia atribuida a los factores disposicionales, Soto (2014) encontró que los participantes atribuyeron mayor importancia al lugar, a las inclinaciones, lo que implica algún alimento favorito, ingerir bebidas alcohólicas o al antojo de algún alimento en particular; sin embargo, en los resultados del post se observó que la importancia a estos factores se redujo, lo cual indica que hubo un efecto de la intervención en el manejo de la función disposicional de algunos factores de contexto. Aunque debe mencionarse que el factor en el que se incidió de manera más notable fue el de las propensiones, ya que gran cantidad de participantes reportaban comer bajo ciertos estados de ánimo. Dicha intervención demostró que las técnicas de autocontrol y solución de problemas tuvieron un efecto positivo al entrenar habilidades para alterar la función disposicional de los factores antes descritos.

Con los estudios mencionados, se puede dar cuenta de la falta de investigación sobre los factores disposicionales situacionales que intervienen en la adherencia o en el rompimiento de la dieta. Sin embargo, los pocos estudios encontrados que hacen una clasificación de dichos factores problemáticos para los pacientes muestran que no se trata solamente de variables de apoyo social, variables emocionales, cuestiones económicas o creencias del paciente sobre la salud y enfermedad (Soto, 2014). No se niega que alguna o varias de dichas variables tengan un papel relevante en la adherencia; sin embargo, no es objetivo de este trabajo estudiarlas. El objetivo es validar el cuestionario que permite identificar ciertos factores disposicionales que probabilizan el rompimiento de la dieta. Esto implica hacerse de una herramienta que ayude en la aproximación del entendimiento de la adherencia, que en última instancia forma parte de un repertorio de capacidades que ayudan a mantener la salud. Es cierto que este cuestionario por sí solo no explicará por qué las personas no logran adherirse a su dieta, pero explora la importancia de los factores ambientales que han sido olvidados a causa de los modelos dualistas centrados en buscar

respuestas solo en la persona o sus procesos mentales, ocultos o interiores.

## Capítulo 6. Validación del "Cuestionario de Factores Disposicionales Situacionales para Romper la Dieta".

El objetivo de este trabajo es validar un instrumento que evalúa la importancia de diversos factores disposicionales en el rompimiento de la dieta. El instrumento se basó en dos categorías centrales para su construcción:

1. las competencias funcionales presentes
2. las conductas instrumentales de riesgo y prevención.

Ambas categorías forman parte del modelo psicológico de la salud de Ribes (1990), el cual fue descrito en el capítulo 3.

Rodríguez, Díaz-González y García (2013) elaboraron un instrumento que permite identificar los factores situacionales de naturaleza disposicional que interfieren con la adherencia a la dieta.

### 6.1 Método

#### 6.1.1 Participantes

Se contó con la participación de 129 personas diagnosticadas con diabetes mellitus tipo 2, las cuales fueron elegidas a partir de un muestreo no probabilístico. Las edades de los participantes oscilaron entre los 18 y los 86 años. Del total de participantes, 28.7% fueron hombres y 71.3% mujeres. La aplicación del cuestionario se realizó en 12 instituciones de salud pública del Estado de México.

**Tabla 4.**

*Características socio demográficas de la muestra*

Característica		N	%
Sexo	Hombres	37	28.7%
	Mujeres	92	71.3%
Nivel de escolaridad	Ninguna	1	0.8%
	Básica	49	38%
	Bachillerato	43	33.3%

	Licenciatura y posgrado	29	21.7%
Vive	Solo	6	4.7%
	Con pareja	23	17.8%
	Familiares directos	85	65.9%
	Familiares indirectos	9	7%
Consume medicamentos	Si	78	60.5%
	No	31	24%

### 6.1.2 Variables

Importancia atribuida a algunos factores disposicionales contextuales, para romper la dieta, evaluada en una escala tipo Likert. A mayor importancia reportada, menor capacidad de controlar el propio comportamiento.

### 6.1.3 Instrumento

El instrumento "*Cuestionario de factores disposicionales relacionados con la adherencia a la dieta*" de Rodríguez, Díaz-González y García (2013) está basado en el modelo psicológico de la salud biológica, así como en el análisis contingencial. Para la construcción del instrumento se tomaron dos categorías del modelo de la salud, que se consideran centrales. La de competencias funcionales presentes y la de conductas instrumentales de riesgo y prevención.

El instrumento consta de dos partes, la primera corresponde a aspectos demográficos como son edad, sexo, ocupación, nivel de escolaridad y fecha de diagnóstico de la enfermedad.

La segunda parte está compuesta por 31 reactivos para evaluar la importancia que los pacientes atribuyen a distintos factores de tipo situacional en el rompimiento de su dieta.

De acuerdo con los investigadores 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.

Los reactivos que pertenecen a circunstancia social se refieren a la circunstancia social, definida convencionalmente, en la que una persona rompe la dieta. En cuanto al lugar, se considera la posible función disposicional que ejerce el sitio dónde se encuentra la persona al emitir el comportamiento de interés. La conducta socialmente esperada, refiere a prácticas habituales de él o los grupos de personas significativas respecto a algún comportamiento. Objetos o acontecimientos físicos incluyen, para el caso que nos ocupa, los alimentos, como objetos que pueden hacer más probable que alguien rompa su dieta; o acontecimientos físicos, como el clima frío o lluvioso, que puede hacer más probable que alguien coma cierto tipo de alimentos. En cuanto a la categoría inclinaciones y propensiones se incluyen los gustos y preferencias por cierto tipo de alimentos, para la categoría de inclinaciones y diversos estados de ánimo, como sentirse aburrido, nervioso, o enojado; para la categoría de propensiones. En las tendencias entran reactivos que ilustran hábitos relacionados con la forma de comer.

**Tabla 5.**

*Ejemplos de reactivos que conforman el instrumento y la categoría a la que pertenecen*

Número de Reactivo	Factor Disposicional al que pertenecen
1. Estoy solo	Circunstancia social
2. Estoy trabajando solo	
4. Estoy en una fiesta familiar	
7. Estoy en la cocina de mi casa	
10. Ando en la calle	Lugar
13. Estoy en un medio de transporte (camión, metro, coche)	
14. Otros están comiendo frente de mí	
15. Me ofrecen comida	Conducta socialmente esperada
16. Veo o huelo cosas ricas de comer a mi disposición	Objetos o Acontecimientos físicos

---

17. Estoy viendo la tele	
18. La comida que hay me gusta mucho	Inclinaciones
22. Tengo antojo de algo	
23. Me siento nervioso	Propensiones
25. Me siento triste	
27. Estoy aburrido	

---

Las opciones de respuesta están en una escala tipo Likert y son:

- (1) nada importante,
- (2) poco importante,
- (3) importante
- (4) muy importante.

En este cuestionario no existen ítems negativos, por lo que para su calificación no es necesario transformar algún valor. Y su interpretación es a mayor puntaje, menor competencia en cuidado de la salud, podemos pensar que el contexto interfiere con una alimentación saludable y que la persona no tiene habilidades para alterar la función disposicional de esos factores.

#### *6.1.4 Procedimiento del estudio*

Se contó con las autoridades de cada centro de salud para convocar a los participantes, con el criterio de ser personas con diabetes mellitus 2. Una vez establecido el día y la hora de la reunión asistieron tres encuestadores, quienes proporcionaron a los participantes un consentimiento para participar en la investigación, el cuestionario y lápiz para rellenar las opciones. Las indicaciones para contestar el cuestionario fueron grupales y se respondió de manera individual. Después cada investigador pasaba con los participantes para ofrecer su ayuda en caso de existir alguna duda. En algunos casos, donde los participantes no contaban con estudios, fue necesario que el investigador leyera y ayudara a contestar todo el cuestionario.

### *6.1.5 Procedimiento de validación*

La validación podría dividirse en tres momentos. En primera instancia se concentraron todos los cuestionarios en una base de datos utilizando el programa SPSS versión 20, para poder eliminar los casos en los que no se respondió el 100% de los ítems y obtener las características socio demográficas de los participantes. Luego se obtuvo la confiabilidad del instrumento mediante un análisis de Alfa de Cronbach. Dicho coeficiente indica la consistencia interna de los reactivos, su valor va de 0 a 1, cuando el valor es más cercano al 1, se indica mayor confiabilidad del instrumento (Robles, et. al., 2011).

Finalmente se realizó un análisis factorial utilizando el método de componentes principales. Dicho análisis se realizó debido a que se trataba de una validación de constructo, es decir, que explicara el modelo teórico empírico que subyace a la variable de interés, por lo que se llevó a cabo un análisis factorial. El procedimiento para realizar un análisis factorial es analizar la matriz de correlación, extraer factores, determinar el número de factores, realizar rotación de factores, interpretar factores, validar el modelo y finalmente, seleccionar las variables representativas.

Por tanto y de acuerdo a su puntaje, cada reactivo fue asignado al factor en el que existía mayor carga factorial. Con los ítems seleccionados para cada factor se asignó una descripción de acuerdo con las categorías utilizadas en los factores disposicionales situacionales contemplados por el análisis contingencial.

### *6.2 Resultados*

En primer lugar, se realizaron las pruebas de confiabilidad. Se calculó el Alfa de Cronbach para los 31 ítems del instrumento, obteniendo un coeficiente de 0.94, que como se mencionó indica la consistencia entre ítems. Campo-Arias y Oviedo (2008) afirman que a pesar de que la consistencia interna es una medida de fiabilidad, también se trata de un indicador indirecto de validez, ya que, si los ítems muestran una alta correlación, es un indicio de que teóricamente miden el mismo constructo, de ahí la importancia de obtener este coeficiente.

Obtenido el coeficiente de Cronbach, el siguiente paso fue realizar el análisis factorial. Sin embargo, previo a esto se calculó el estadístico KMO (Kaiser-Meyer-Olkin), con el fin de evaluar la pertinencia del modelo factorial. Dicho cálculo estadístico muestra la relación entre variables, por lo que un coeficiente cercano a uno implica que la relación entre las variables es alta (Méndez & Macía, 2007). El valor obtenido en este estudio fue de .879,

lo que indica que era posible llevar a cabo un análisis factorial. De igual forma la prueba de esfericidad de Bartlett (2424.786,  $p=0$ ) indicó que existe una relación significativa entre las variables.

Una vez identificado que el modelo factorial es significativo para analizar los datos, se realizó el análisis con el método de varianza total explicada, donde la matriz arrojó hasta seis posibles factores.

**Tabla 6.**

*Varianza total explicada*

Factor	Total	Porcentaje de la varianza	Porcentaje acumulado
1	11.316	36.504	36.504
2	2.965	9.564	46.068
3	1.937	6.247	52.315
4	1.544	4.980	57.295
5	1.331	4.293	61.588
6	1.240	4.000	65.588

Observando la tabla 6, se puede decir que más del 50% de la varianza es explicada por los tres primeros factores., lo cual queda en evidencia en la matriz factorial, donde se puede observar que la mayoría de los ítems obtiene un mayor coeficiente para los factores uno, dos y tres.

**Tabla 7.**

*Matriz factorial*

	Factor					
	1	2	3	4	5	6
Estoy solo (a)	.502					.303
Estoy trabajando (a)	.406		.327	-.212		.353
Estoy en una reunión	.401	.503		-.470	-.240	
Estoy en una fiesta familiar	.484	.522		-.393		
Estoy en una fiesta de amigos	.446	.583		-.246		
Estoy con mi pareja	.504		.254		-.293	.220
Estoy en la cocina de mi casa	.639					
Estoy en mi lugar de trabajo	.586		.411		-.235	
Estoy en mi cuarto	.568		.439			
Estoy en la calle	.590					
Estoy en un lugar en el que se vende comida	.615	.302		.301		-.244
Estoy en casa ajena	.447				-.298	
Estoy en un medio de transporte (camión, metro, coche)	.515		.501			
Otros están comiendo enfrente de mi	.526	.203	.330			-.379
Me ofrecen comida	.626	.287		.258		

Veo o huelo cosas ricas de comer a mi disposición	.614	.328	.309	
Estoy viendo la tele	.595	.312		
La comida que hay me gusta mucho	.476	.504	-.348	.239
Tengo mucha hambre	.593	.235		
No he comido en muchas horas	.440	.410	.243	
Estoy tomando bebidas alcohólicas	.499	.415		
Tengo antojo de algo	.566	.313		
Me siento nervioso (a)	.709	-.210		
Me siento deprimido (a)	.774	-.422		
Me siento triste	.826	-.413		
Me siento enojado (a)	.727	-.314	-.226	.210
Estoy aburrido (a)	.686		-.227	.377
Me preocupa algo	.703	-.251	-.217	.271
Estoy acostumbrado (a) a comer mucho	.640	.207		.248
Estoy acostumbrado (a) a comer lo que me gusta	.410	.450		.213

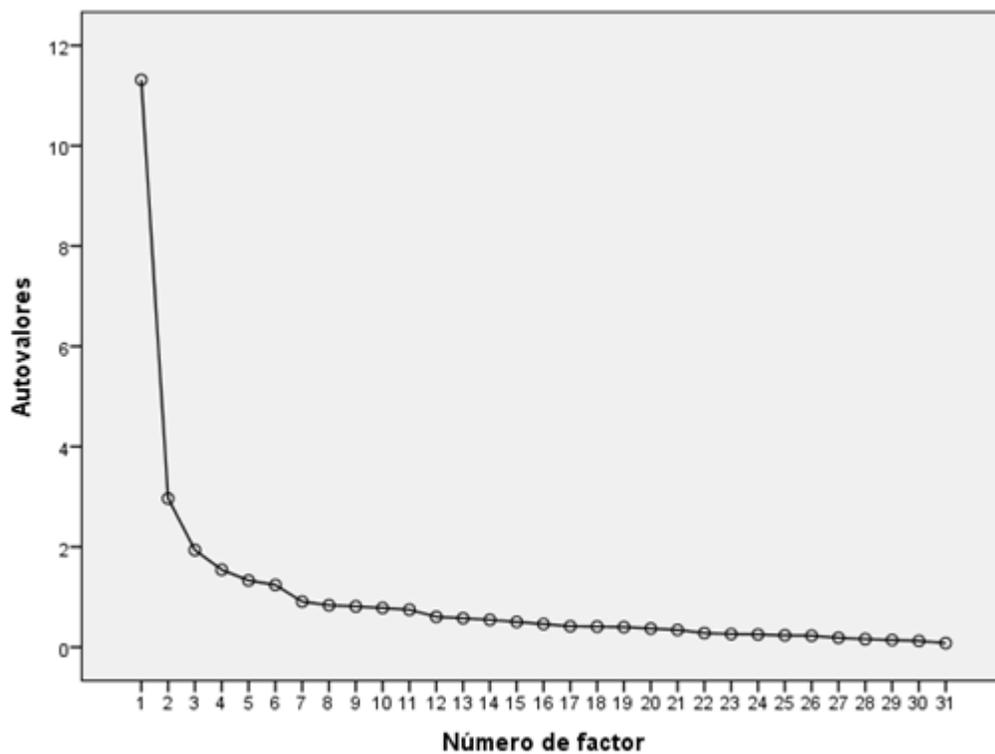
Estoy acostumbrado (a) a comer a toda hora .620 .319 .341

---

La tabla 7 hace referencia a una matriz factorial con el método de máxima verosimilitud. Se puede observar la distribución de los 31 ítems en 6 factores, donde el valor más elevado indica el factor al que pertenece el ítem.

Debido a la variación presentada se obtuvo un gráfico (Figura 2) de sedimentación el cual permitió observar claramente el número de factores extraídos. Lo cual ayudó a determinar que el número de componentes principales sería seis.

**Figura 2. Gráfica de sedimentación de varianza total explicada.**



El análisis con dos factores permitió determinar a qué factor correspondía cada ítem, de acuerdo a su coeficiente. A continuación, se presenta la tabla obtenida de dicho análisis.

**Tabla 8.***Matriz de factores rotado*

	Factor					
	1	2	3	4	5	6
Estoy solo (a)			.452			
Estoy trabajando (a)			.603			
Estoy en una reunión					.797	
Estoy en una fiesta familiar					.757	
Estoy en una fiesta de amigos					.665	
Estoy con mi pareja			.607			
Estoy en la cocina de mi casa				.391		
Estoy en mi lugar de trabajo			.686			
Estoy en mi cuarto			.598			
Estoy en la calle	.383					
Estoy en un lugar en el que se vende comida	.573					
Estoy en casa ajena			.386			
Estoy en un medio de transporte (camión, metro, coche)				.527		

Otros están comiendo enfrente de mi		.670	
Me ofrecen comida	.515		
Ve o huelo cosas ricas de comer a mi disposición	.607		
Estoy viendo la tele		.562	
La comida que hay me gusta mucho	.810		
Tengo mucha hambre	.583		
No he comido en muchas horas	.603		
Estoy tomando bebidas alcohólicas		.513	
Tengo antojo de algo	.557		
Me siento nervioso (a)		.650	
Me siento deprimido (a)		.833	
Me siento triste		.872	
Me siento enojado (a)		.738	
Estoy aburrido (a)			.557
Me preocupa algo		.680	
Estoy acostumbrado (a) a comer mucho	.487		

Estoy acostumbrado (a) a comer lo que me gusta	.658
Estoy acostumbrado (a) a comer a toda hora	.562

---

La tabla 8, representa la matriz de factores rotados. Esta rotación se llevó a cabo con el método VARIMAX. La matriz de factores rotados permite identificar cada una de las dimensiones o factores en los que se pueden ubicar cada uno de los ítems. Cada grupo se forma con las variables que se correlacionan entre sí (De la Fuente, 2011).

Analizando los ítems correspondientes a cada factor, puede decirse teóricamente que ítems comprenden a cada grupo. De acuerdo a los ítems agrupados en el primer factor es donde se encuentra mayor variedad de ítems, incluyendo aquellos que cuestionan sobre lugares, objetos, conducta socialmente esperada y tendencias; en el segundo son ítems referentes a las propensiones; el factor tres engloba ítems sobre la circunstancia social, el lugar y objetos; por su parte el cuarto factor incluye ítems de lugares, el quinto factor incluye ítems sobre circunstancia social y finalmente el factor seis incluye ítems con relación a tendencias y propensiones. Dicha clasificación podría parecer arbitraria al no ubicar algunos ítems con el único criterio de su carga factorial, pero es importante mencionar que cuando existe una diferencia casi nula entre los coeficientes, es necesario aplicar un criterio teórico.

Aunque estadísticamente los reactivos se distribuyen sólo en seis factores, los ítems fueron elaborados de acuerdo a los siete factores disposicionales que se mencionan en el análisis contingencial. Los cuales son: circunstancia social, lugar, objetos o acontecimientos físicos, conducta socialmente esperada, inclinaciones, propensiones y finalmente, tendencias. Con los resultados presentados, el siguiente capítulo presenta algunas conclusiones obtenidas de ellos y observaciones al respecto del trabajo aquí realizado.

## Discusión

El objetivo de este estudio fue obtener la validación del instrumento “Factores disposicionales relacionados con la adherencia a la dieta” desarrollado por Rodríguez, Díaz-González y García (2013). Esto con la finalidad de contar con herramientas confiables que ayuden en la evaluación de programas de intervención en psicología de la salud.

Teniendo en cuenta dicho objetivo, han sido varios los resultados obtenidos. En primera instancia, se puede afirmar que el instrumento, es válido y confiable. Esto implica, que dicho instrumento es útil para evaluar la capacidad de las personas en el control contextual de su comportamiento de adherencia de la dieta.

Retomando los resultados de la validación, en el análisis de fiabilidad del instrumento con 31 ítems se obtuvo que el coeficiente Alpha (0.940) era bueno; sin embargo, esto podría indicar una alta fiabilidad, es decir, consistencia interna; o bien representar redundancia. Por tanto, retomando el criterio teórico se determinó que se mantuvieran los 31 ítems del cuestionario. Esto con base en la relación teórica entre ítems, es decir, todas las situaciones donde cuestionan la existencia de habilidades para adherirse a una dieta forman parte de los factores situacionales propuestos en el análisis contingencial (Rodríguez, 2002). Y aunque los reactivos fueron redactados de tal forma que muestrearan los siete factores disposicionales de la categoría de “Situaciones” del análisis contingencial, el análisis factorial sólo arrojó seis factores. El análisis teórico de los ítems permite observar que algunos de los factores, por ejemplo, el dos y el cuatro, solo incluyen reactivos que cuestionan sobre un factor disposicional en concreto; mientras que otros factores como el uno, incluyen ítems de que cuestionan sobre varios factores disposicionales. En este punto es importante recordar que dichos factores pueden estar constituidos por el propio individuo, por el ambiente o bien por ambos (Rodríguez, 2002). Dicha interrelación concuerda con lo expresado por Grajales (2000), quien afirma que el análisis factorial “expresa una combinación de grupos de variables que caracterizan un concepto en particular”. Esto nos habla de la interdependencia que existe entre factores, por lo que los resultados del análisis factorial podrían interpretarse como la asociación y representación de los ítems en seis grupos, pero a la vez nos habla de la interdependencia de dichos factores, siendo incluyente y no excluyentes las diferentes circunstancias que en ellos se plantean.

Continuando con la interpretación teórica que se ha realizado sobre los resultados

estadísticos obtenidos, también, se puede justificar la decisión de un procedimiento de validez de constructo sobre otros tipos de validez para este trabajo. Martínez-Arias (1995, en Campo-Arias & Oviedo 2008) afirma que la "la validez de constructo subsume la relevancia y representatividad de los contenidos, así como las relaciones con los criterios, ya que ambas dan significado a las puntuaciones de los test". Dicho de otro modo, la validez de constructo permite demostrar que el instrumento está midiendo lo que se quiere medir, relacionando su contenido con la teoría que lo respalda. De este modo se puede afirmar que este cuestionario es válido para averiguar cuáles son los factores disposicionales que probabilizan o no que una persona rompa su dieta, en otras palabras, el instrumento evalúa la habilidad de las personas al enfrentarse a determinadas situaciones y seguir su dieta o romperla.

La validez del instrumento en gran medida se debe a que sus reactivos son directos sobre la conducta del participante, sin mezclar procesos cognitivos u ocultos. En palabras de García (2003) al momento de construir un cuestionario "se considera que la conducta pasada es un buen predictor de la conducta futura, a menos que se hayan producido cambios notables en la faceta que pretendemos evaluar". De ahí la virtud que este cuestionario indaga sobre lo que han realizado en ciertas situaciones, lo que puede ser un indicador de incompetencias o de tendencias.

Lo anterior nos lleva a resaltar otra de las características de este cuestionario, pues como bien afirman Robles, et. al. (2011) "la construcción de instrumentos depende de modelos teóricos", y es evidente que en este caso los resultados estadísticos pueden ser interpretados desde la perspectiva interconductual, porque a construcción de los ítems está directamente relacionada con las categorías de análisis que marca el análisis contingencial y de forma general con las categorías que marca el modelo psicológico de la salud biológica.

Mencionados los puntos favorables del cuestionario validado, debe considerarse que el instrumento fue aplicado a una muestra de personas con diabetes. Por lo que, para su uso en estudios con poblaciones de otras características, sería aconsejable obtener la fiabilidad del instrumento, pues en palabras de Campo-Arias y Oviedo (2008). "este coeficiente debe calcularse siempre que se aplique el instrumento en una población, aunque se haya observado en usos precedentes valores en el rango deseado. La consistencia interna varía según las características de los participantes" (837).

Dadas las observaciones concretas al proceso de validación, es importante retomar

la importancia de este trabajo. Hay que recordar que existen pocas líneas de investigación que consideren el comportamiento de adherencia a la dieta como competencia necesariamente vinculada con el ambiente. El instrumento validado abre la posibilidad para que se hagan investigaciones más precisas, que permitan identificar aquellos factores situacionales que hacen menos probable que el paciente diabético pueda seguir una dieta saludable, una vez detectados dichos factores se podrían planear y aplicar programas de intervención más eficaces, que tomen en consideración las habilidades necesarias para poder alterar la función disposicional del contexto, de modo que la persona logre mediar su propio comportamiento al margen de los factores del contexto, y por ende, ser más competente en el cuidado de su salud.

Diferentes modelos de salud dan mayor importancia a aspectos cognitivos, mentalistas u ocultos, minimizando la importancia de los factores ambientales e individuales. Se ha mencionado que muchas de las investigaciones realizadas en psicología de la salud, evalúan la relación de la adherencia a la dieta con lo que consideran variables o procesos, tales como la depresión, la ansiedad o el estrés, centrando las investigaciones en este campo en las propensiones, es decir, los estados de ánimo o conmociones emocionales, como factor importante en el rompimiento de la dieta y se encaminan a justificar que alguien rompe la dieta por sentirse triste, ansioso o deprimido. Ante eso, la validación de este cuestionario permite dejar de lado esas relaciones lineales, en primera instancia porque se considera que los factores dispocionales son solo una parte de toda la red de relaciones que se dan durante la alimentación. Segundo, se considera que una aportación pequeña pero relevante, es el hecho de que, aunque se incluyen las propensiones, también se retomen otros factores dispocionales tales como son el lugar o la circunstancia social, que como se ha visto (Soto, 2014) son reportados incluso con mayor relevancia que las propensiones, como factores que probabilizan el rompimiento en la dieta.

Identificar factores dispocionales importantes para el rompimiento de la dieta, arroja luz sobre las competencias necesarias para la auto-regulación del comportamiento de comer y, en ese sentido, influye en la planeación y aplicación de intervenciones exitosas, tal es el caso del estudio ya mencionado en capítulos anteriores realizado por Soto (2014).

No existe ningún otro instrumento que evalúe la importancia de factores del contexto situacional en el que se come. Es cierto que en la diabetes existen factores biológicos, sociales

y psicológicos que se relacionan con el control de la enfermedad; sin embargo, la alimentación es uno de los principales factores modificables para regular los niveles de glucosa, síntomas o consecuencias de la enfermedad. De ahí la importancia de adherirse a una dieta como tratamiento después de ser diagnosticados. Los factores disposicionales son solo una parte de esa red de factores que participan en la relación del individuo con su ambiente, pero para la investigación psicológica su estudio contribuye tanto en la evaluación como en la planeación y diseño de programas de intervención que doten al paciente de las habilidades que necesita para adherirse a su dieta y contribuya en el cuidado de su salud.

## LISTA DE REFERENCIAS

- Amigo, I. (2012). *Manual de Psicología de la salud*. Madrid, Pirámide.
- Bayés, R. & Ribes, E. (1989). Un modelo psicológico de prevención de enfermedad: su aplicación al caso del SIDA. *Papeles de psicólogo*, (41), 42.
- Campo-Arias, A. & Oviedo, H. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Revista de Salud Pública*. 10(5), 831-839.
- De la Fuente, S. (2011). Análisis Factorial. *Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad Autónoma de Madrid*, 1-32.
- Galarza, G. (2008). *Guía de práctica clínica sobre diabetes tipo 2*. España: Grupo Cortázar.
- García, T. (2003). *El cuestionario como instrumento de investigación/evaluación*. España: Centro Universitario Santa Ana.
- Gasteiz, V. (2008). Guía de práctica clínica sobre diabetes tipo 1. *Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. España*, 1, 1-1 71.
- Gavino, A. & López, A. (1999). Los comportamientos alimentarios en las etapas de la vida. *Anuario de Psicología*, 30(2), 7-23.
- Gil-Velázquez, L., Sil-Acosta, M., Domínguez-Sánchez, E., Torres-Arreola, L. & Medina-Chávez, J. (2013). Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguro Social*, 51(1), 104-119.
- Grajales, T. (2000). El análisis factorial. Recuperado de <http://tgrajales.net/estfactorial.pdf>
- Granados, E. & Escalante, E. (2010). Estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus. *Liberabit*, 16(2), 203-216.
- Grau, J. & Hernández, E. (2005). *Psicología de la salud fundamentos y aplicaciones*. México: Centro Universitario en Ciencias de la Salud.
- Guevara, M. (2014). *Evaluación de un taller de adherencia a la dieta en la importancia atribuida a factores disposicionales por pacientes con diabetes mellitus tipo II*. (Tesis de Licenciatura) UNAM, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, México.
- Guillamón, N. (2014). *Modelos teóricos y técnicas de intervención en psicología clínica y de la salud*. España: Universitat Oberta de Catalunya.
- Hernández-Ávila, M., Gutiérrez, J., Reynoso-Noverón, N. (2013). Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. *Salud Pública*, 55(2), 129-136.

- INEGI, S. (2013). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. *Indicadores Estratégicos, cuarto trimestre 2007*.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales 2012.
- Jáuregui, J., De la Torre, A, & Gómez, G. (2002). Control del padecimiento en pacientes con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial: impacto de un programa multidisciplinario. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 40(4)*, 307-318.
- Lifshitz, A. (2008). *Diabetes Mellitus*. Recuperado de: [http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/may\\_01\\_ponencia.html](http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/may_01_ponencia.html)
- Luzoro, J. (1992). Psicología de la Salud. *Revista de Psicología, 3(1)*, 25-29.
- Marks, F., Murray, M., Evans, B., Willing, C., Woodall, C. & Sykes C., (2008). *Psicología de la Salud. Teoría Investigación y Práctica*. México: Manual Moderno.
- Méndez, F. & Beléndez, M. (1994). Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: estrategias de intervención. *Anales de Psicología, 10(2)*, 189-198.
- Méndez, D. & Macía, F. (2007). Análisis factorial confirmatorio de la escala de actitudes hacia la estadística. *Cuadernos de neuropsicología, 1(3)*, 337-345.
- Moreno, M., García, G., Rodríguez, M., Díaz-González, E., Robles, S., Frías, B., Rodríguez, M. & Barroso, R. (2007). Evaluación de competencias funcionales en pacientes seropositivos: un estudio piloto. *Psicología y Salud, 17(2)*, 165-177.
- Moreno, L. & Limón, D. (2009). Panorama general y factores asociados a la diabetes. *Revista Facultad de Medicina UNAM, 52(5)*, 219-223.
- Moreno-Altamirano, L., Silberman, M., Hernández-Montoya, D., Capraro, S., Soto-Estrada, G., García-García, J. & Sandoval-Bosh, S. (2015). Diabetes tipo 2 y patrones de alimentación de 1961 a 2009: algunos de sus determinantes sociales en México. *Gaceta médica de México, 151(3)*, 354-368.
- Organización Mundial de Salud (2016) retomado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Ortiz, M. & Ortiz, E. (2005). Adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1 chilenos: una aproximación psicológica. *Revista médica de Chile, 133(3)*, 307-313.
- Ortiz, M. & 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.
- Ortiz, M., Ortiz, E., Gatica, A. & Gómez, D. (2011). Factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Terapia psicológica*, 29(1), 5-11.
- Palacios, J. (2010). Autoeficacia e intención conductual del consumo de tabaco en adolescentes: validez factorial y relación estructural. *Revista Adicciones*, 22(4), 325-330.
- Palacios, D. & Bustos, J. (2012). Modelo de autoeficacia y habilidades ambientales como predictores de la intención y disposición proambiental en jóvenes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 14(2), 143-163.
- Palacios, A., Durán, M. & Obregón, O. (2012). Factores de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2 y síndrome metabólico. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 10, 34-40.
- Peña, E. & Reidl, L. (2015). Las emociones y la conducta alimentaria. *Acta de investigación Psicológica*, 5(3), 2182-2193.
- Piña, J. (2004). Eventos disposicionales que probabilizan la práctica de conductas de riesgo para el VIH/SIDA. *Anales de psicología*, 20(1), 23-32.
- Piña, J. & Rivera, M. (2006). Psicología de la salud. Algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. *Universitas Psychologica*, 5(3), 669-679.
- Piña, J. & Robles, S. (2005). Psicología y VIH/SIDA en México: su prevención con base en un modelo psicológico de la salud biológica. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 10(1), 71-83.
- Regla, I., Molena-Fernandes, C., Soares, R., Silva, S. & Nakamura, R. (2008). Factores de riesgo en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Latinoamericana de enfermagem*, 16(2), 238-244.
- Reynoso, L. & Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. México, Manual Moderno.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y Salud: un análisis conceptual*. México, Trillas.
- Ribes, E. (1992). Factores macro y micro-sociales participantes en la regulación del comportamiento psicológico. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 18(3), 39-55.

- Ribes, E. & López, F. (1985). *Teoría de la Conducta: Un modelo de campo y paramétrico*. México: Trillas.
- Ríos, I. (2011). Comunicación en salud: conceptos y modelos teóricos. *Revista Perspectivas de la Comunicación, (1)*, 123-140.
- Robles, S., Díaz-Lovín, R., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M. & Barroso, R. (2011). *Validación de la Encuesta Estudiantil sobre salud sexual*. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Rodríguez, M. (2002). *Análisis Contingencial*. México: UNAM, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Rodríguez, M. (2010). Mediación de relaciones de pareja. Un caso clínico desde el análisis contingencial. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 13(3)*, 1-19.
- Rodríguez, M. & 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, M., Díaz-González, E. & García, J. (2013). Un instrumento para evaluar factores disposicionales relacionados con la adherencia a la dieta en pacientes diabéticos. *Enseñanza e Investigación en Psicología, 118(2)*, 263-276.
- Rodríguez, M. & García, J. (2011). El modelo psicológico de la salud y la diabetes. *Revista electrónica de Psicología Iztacala, 14(2)*, 1-13.
- Rodríguez, M., Rentería, A., Rodríguez, N. & García, J. (2016). Adherencia a la dieta en una persona con diabetes: un estudio de caso. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual, 6(1)*, 1-11.
- Rodríguez, M., Rentería, A., Rodríguez, N. & García, J. (2016). Importancia atribuida a factores disposicionales situacionales en el rompimiento de la dieta. *Revista de Investigación Apuntes Psicológicos, 1(2)*, 34-48.
- Rondón, J. (2011). Variables psicosociales implicadas en el mantenimiento y control de la diabetes mellitus: aspectos conceptuales, investigaciones y hallazgos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 14 (2)*, 126-162.
- Sánchez-Castillo, C., Pichardo-Ontiveros, E., & López, R. P. (2004). Epidemiología de la obesidad. *Gaceta Medica de México, 140(2)*, S3-S20.
- Siqueira, D., Franco, L., & Dos Santos, M. (2011). Los sentimientos de las mujeres después

- del diagnóstico de diabetes tipo 2. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 16(1). Recuperado de <http://www.eerp.usp.br/rlae>
- Soto, K. (2014). *Efectividad de técnicas conductuales para alterar factores disposicionales en la adherencia a la dieta en pacientes con diabetes tipo 2*. (Tesis de Licenciatura) UNAM, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, México.
- Soto, F., Lacoste, J., Papenfuss, R. & Gutiérrez, A. (1997). El modelo de creencias de la salud. Un enfoque teórico para la prevención del sida. *Revista Española de Salud Pública*, (4), 335-341.
- Schlundt, D., Pichert, J., Rea, M., Puryear, W., Penha, M., & Kline, S. (1994). Situational obstacles to adherence for adolescents with diabetes. *The Diabetes Educator*, 20(3), 207-211.
- Vargas, J. (2006). Brevísima historia de la psicología: la psicología interconductual. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 9(3), 43-72.