

El proceso de autorregulación de la alimentación en diabetes tipo 2

Laura Rojano García, Claudia Unikel Santoncini, Lucy María Reidl Martínez⁶

Universidad Nacional Autónoma de México

Resumen

La alimentación es un aspecto decisivo en el control de la diabetes mellitus. Se ha reportado que, a pesar de las dificultades que las personas enfrentan para cumplir el régimen alimentario, logran cambios debido a procesos de automanejo y autorregulación en la conducta alimentaria. Objetivo: conocer el proceso de autorregulación para el automanejo de la conducta alimentaria que realizan las personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Método: Estudio cualitativo. Participaron 4 hombres y 7 mujeres que reportaron control glucémico en los 6 meses previos al estudio. Se realizaron entrevistas a profundidad que fueron analizadas por su contenido. Resultados: Las modificaciones a la conducta alimentaria se realizan a través de un proceso en el interactúan aspectos de automanejo de la enfermedad, la instrumentación de estrategias de alimentación basadas en selectividad y la disminución de la cantidad del consumo e integración de nuevos alimentos. Este proceso implica una actividad reflexiva relacionada con motivación para el cambio. Discusión: Esta información puede integrarse a las intervenciones dirigidas a la modificación de hábitos alimentarios en esta población.

⁶ Mtra. Laura Rojano García, Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico: rojanolau@yahoo.com.mx. Con apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Dra. Lucy María Reidl Martínez, Coordinación del Consejo Académico del Área de Ciencias Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico: lucym@unam.mx. Dra. Claudia Unikel Santoncini, Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Correo electrónico: unikels@imp.edu.mx

Palabras clave: Diabetes mellitus 2, alimentación, autorregulación, automanejo, conducta alimentaria.

Abstract

Food is a decisive point in the diabetes mellitus control. It is reported that despite the difficulties people face to meet a diet, they change due to the self-management processes and the self-regulation in eating behavior. Objective: Know the process of self-regulation for self-management eating behavior that people with a diagnosis of diabetes mellitus type 2. Method: Qualitative study. Four men and seven women reported glycemic control within the 6 months prior to the study. Interviews were conducted with depth, which were analyzed for their content. Results: Eating behavior modifications are performed through a process in the interacting aspects of self-management of the disease, the implementation of food strategies based on selectivity and decrease in the amount of consumption and integration of novel foods. This process involves a reflective activity related to motivation to change. Discussion: This information can be integrated to interventions aimed to the modification of eating habits in this population.

Key words: Diabetes mellitus 2, Self-regulation, Self-management, Eating behavior.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (oms, 2013) reporta que en el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes, de las cuales el 90% padecen la tipo 2. La incidencia se observa en población menor a los 70 años, con una presencia más alta en mujeres y se asocia al sobrepeso y la obesidad. Asimismo, se calcula que el índice de mortalidad por diabetes tipo 2 se duplicará antes

del año 2030. En 2011 las muertes por esta enfermedad en México fueron de 62% en mujeres y de 61% en hombres (inegi, 2013).

Ante esta situación de salud, se han desarrollado esfuerzos para favorecer una mejor calidad de vida y prevenir complicaciones propias del padecimiento (Nix, 2005) por medio de fomentar el cumplimiento de las indicaciones médicas, la práctica del ejercicio físico y del autocuidado, así como

la vigilancia y regulación de hábitos alimentarios, ya que se reconoce a éstos como un recurso decisivo para la disminución de los altos índices de glucosa en sangre (Nix, 2005).

El comportamiento alimentario es un fenómeno complejo donde inciden aspectos biológicos, psicológicos, socio- culturales y económicos (Chiquete, Nuño, Panduro, 2001); y se pueden identificar una serie de conductas relacionadas con la selección, preparación y cantidad de alimentos que se consumen (Alcaraz, Chávez, Amador, Loya, & Vargas, 2001; Osorio, Weisstaub & Castillo, 2002).

Con relación a lo anterior, se ha encontrado que algunas aproximaciones psicológicas (León & Medina, 2002) consideran a la persona como un agente activo que interviene en su propio cambio como resultado de un proceso racional de toma de decisiones, basado en el procesamiento deliberado y sistemático de información disponible (Boekaerts, Pintrich, Zaidner, 2000; Creer, 2000). Estas perspectivas han sido particularmente útiles para estudiar los cambios de hábitos alimentarios (Conner & Norman, 2005; Morris & Wylie-Rossett, 2010), ya que proporcionan a las personas información sobre aspectos nutricionales, e inciden en los procesos de motivación y aprendizaje para el cambio.

Creer (2000) señala que las personas en situación de enfermedad pueden realizar cambios en su vida cotidiana cuando tienen información disponible relacionada con el padecimiento y con la capacidad para regular su propia conducta (autorregulación), creando así un vínculo interactivo entre cogniciones y acciones.

En el caso de la diabetes, el esquema de tratamiento incluye, además de la toma de medicamentos antigluceantes y la actividad física regular, el consumo de alimentos adecuados en cantidades proporcionales a la actividad cotidiana (Nix, 2005), ya que el manejo nutricional contribuye hasta con un 70% en la mejoría de los niveles de glucosa si se llevan a cabo los cuidados necesarios en la ingestión de alimentos saludables e incluso ayuda a prevenir complicaciones propias de la enfermedad (Franz, Bantle, Beebe, Brunzell, Ciasson, & Garg 2002; Franz, Boucher, Green-Pastor & Powers, 2002; Franz, 2008). Por lo anterior, el objetivo del presente trabajo fue comprender el proceso de autorregulación en la conducta alimentaria que realizan las personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.

Método

Para comprender el proceso de autorregulación de la conducta alimentaria de las personas que tienen diagnóstico de diabetes tipo 2 se eligió una

metodología cualitativa que permite conocer los elementos que integran el proceso, su interacción y dinámica (Strauss & Corbin, 1998).

Participantes

Se realizó una selección intencional de los participantes inscritos en un programa institucional para el manejo de la diabetes en una clínica de salud del sector público. Los criterios de inclusión fueron que tuvieran al menos 6 meses de control glucémico, con índices de hemoglobina glucosilada de 8% y/o mediciones consecutivas de glucosa en ayunas entre 120 y 130 mg/dl, sin

complicaciones severas o incapacitantes a consecuencia de la enfermedad y que se les hubiera comunicado el diagnóstico con al menos un año de anterioridad.

Participaron en el estudio 11 personas, 4 hombres y 7 mujeres, cuyo rango de edad fue de entre 35 a 60 años. A todos los participantes se les invitó a colaborar de manera voluntaria y se les dio a conocer el objetivo y procedimiento del estudio a través de un consentimiento informado, con la seguridad de que los datos personales serían conservados en la confidencialidad y el anonimato.

Tabla I. Características demográficas de los participantes

	Mujeres (n=7)	Hombres (n=4)	Total (n=11)
Promedio de edad	49	51	49
Estado civil			
Casado	5	4	9
Divorciado	2	-	2
Ocupación			

Hogar	7	-	7
Empleado	-	4	4
Escolaridad			
Primaria	6	-	6
Secundaria	1	3	4
Bachillerato	-	1	1
Seguridad Social	7	4	11
Tiempo de diagnóstico (rango años)	1-10	1-7	-

a) Recolección de datos

Se realizaron entrevistas semi estructuradas, con una guía cuyos tópicos se referían a la conducta alimentaria, tales como: conocimiento de la enfermedad y de la dieta, experiencias en el manejo de la alimentación y consecuencias percibidas. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas *verbatim* para su análisis.

b) Análisis de datos

Los textos de las entrevistas fueron analizados por comparación constante (Strauss & Corbin, 1994) para identificar, de manera inductiva, los elementos que ayudan a explicar la conducta alimentaria y los mecanismos implicados en ella. Primero se realizó la codificación inicial para posteriormente elaborar los códigos que permitieran identificar una categoría central que explicara y articulara las demás categorías que surgieron de los datos. Durante este proceso se aplicó el crite-

rio de saturación teórica para las categorías, auxiliados por las notas de campo y los memorándums desarrollados a lo largo del análisis de los textos de las entrevistas (Strauss & Corbin, 1998).

c) Resultados

El análisis de los datos de manera inductiva permitió describir los componentes y el proceso

de aprendizaje del manejo de la conducta alimentaria con base en pautas de autorregulación a lo largo del periodo comprendido desde la comunicación del diagnóstico hasta el momento de la entrevista. Esta manera de mostrar los datos permite conocer las estrategias para el manejo de la alimentación en un continuo temporal, como se especifica en la tabla 2.

Tabla II. Etapas de proceso de manejo de la alimentación

Etapa 1	Etapa 2
Automanejo de la enfermedad	Estrategias de alimentación
A. Información sobre la enfermedad y dieta recomendada B. Restricción de alimentos C. Selectividad	A. Selección y preparación de alimentos B. Disminución de la cantidad del consumo C. Integración de nuevos alimentos
Evaluación/ Reflexión	
A. Percepción de bienestar físico B. Expectativa de calidad de vida	

Etapa 1. Automanejo de la enfermedad

En la categoría correspondiente al automanejo de la enfermedad se incluyeron temas relacionados con el conocimiento de la diabetes tipo 2, su etiología y tratamiento; información proporcionada a los participantes por el equipo médico tratante y por personas cercanas como amigos y familiares. Asimismo, se hace referencia a los componentes del tratamiento como son: la toma de medicamentos antigluceantes, actividad física y tipo de alimentación recomendada, es decir, en la disminución del consumo alimentario en general y de carbohidratos en particular, en el aumento de consumo de verduras, e integración de colaciones entre comidas. Esta última temática fue asesorada por profesionales de la salud, ya sea médicos o nutriólogos.

Una vez que los participantes obtuvieron la información relacionada con el padecimiento, comenzaron por sí mismos a realizar conductas para el automanejo de las indicaciones médicas acerca del tratamiento, incluyendo la alimentación.

A. Información sobre la enfermedad y la dieta recomendada

Al inicio del proceso de autorregulación de la alimentación, los participantes refieren que cuando se les comunicó el diagnóstico de la enfermedad el personal médico les proporcionó las indicaciones para modificar sus hábitos de

alimentación. Ante esta situación manifestaron que la primera impresión fue una percepción de dificultad en su ejecución, pues consideraban que se les restringían la mayoría de los alimentos y las cantidades a las que estaban acostumbrados. Los participantes expresaron que los patrones alimentarios a los que estaban habituados se caracterizaban por un consumo excesivo de alimentos, específicamente de algunos carbohidratos como las tortillas, en comparación con el momento en que se realizó la investigación.

“me voy a morir de la dieta...porque me va a llevar al panteón esa dieta...tortillas dos, dice la nutrióloga” (Fem. 1)

Además se identificó en algunos participantes que el concepto de “comer bien”, equivalía a comer hasta sentirse muy satisfechos:

“yo antes comía pero de todo, pero a llenarme” (Fem. 6)

B. Restricción de alimentos

Una manera para modificar la alimentación fue a través de la restricción de alimentos, lo cual implica una percepción de dificultad ante la planeación de las comidas. La información sobre la evitación de estos alimentos fue proporcionada por el personal médico.

“(la nutrióloga dice) eliminen todas las grasas, no debe tomar leche, nada de pastas, de harina, la mitad de un tamal” (Fem. 1)

Otra forma de restricción se basó en eliminar los ingredientes contenidos en ciertos alimentos, como por ejemplo los dulces o el pan, ya que éstos contienen azúcar; término utilizado para denominar los altos niveles de glucosa; es decir, dejan “el azúcar” con la idea de que esto contribuirá a la disminución de la glucosa (azúcar en sangre), como lo comentan:

“antes tenía el kilo de azúcar y ya tenía otro en la alacena...estaba un kilo de azúcar en la azucarera y ya estaba el otro ahí esperándome, y ahora no, voy comprando medio kilo, y tratamos de tener en la mesa un vasito, el más chiquito que hay con tapadera, y este tarda para acabarse” (Fem. 3)

C. Selectividad

Asimismo, durante esta primera etapa, los participantes se involucraron en un proceso de conocimiento y aprendizaje continuo de las características de los alimentos que se les permitía consumir por indicación médica. En la medida en que iban incrementando este acervo, se sentían más cómodos para manejar la restricción, tanto de los

alimentos como de las cantidades de los mismos, y comenzaron a ser más selectivos.

“le digo (a su esposa) de arroz a nopales, mejor nopales, es más nutritivo y a veces si hasta me como un taco de nopales” (Masc. 1)

Las mujeres participantes refieren que al preparar los alimentos tratan de integrar los permitidos a la dieta familiar, para optimizar sus recursos económicos y de tiempo.

“algo que pueda comer mi papá y mi esposo, es lo primero, pues pienso en que les guste, para no preparar varias comidas, por ejemplo si voy a hacer pollo con chipotle, ya sé que eso lo puedo comer...también lleva sus verduras y todo” (Fem. 2)

En general, en la preparación de los platillos se incluyen alimentos a los que todos los miembros de la familia están acostumbrados, sólo que durante esta etapa se van incorporando otros nuevos y se prueban formas diferentes de preparación. Estas prácticas anteceden a otras partes del proceso, que se van consolidando en nuevas maneras de comer, e influyen en la adquisición de conocimientos sobre la alimentación.

Etapa 2. Estrategias de alimentación

Durante esta etapa, el conocimiento de las características y propiedades de los alimentos de la dieta les permite gradualmente desarrollar algunas habilidades para la preparación de las comidas, en la moderación en el consumo de las porciones, y en ciertas equivalencias.

A. Selección y preparación de alimentos

Todas las mujeres participantes de este estudio tenían la oportunidad de preparar los alimentos en casa, pues su actividad principal se encontraba dentro de ese contexto, lo que les proporcionó la posibilidad de elegir y seleccionar los ingredientes del menú, como lo refieren:

"...me hago mi pechuga así empapelada y ahí le pongo las verduras, le pongo nopales, le pongo zanahorias, le pongo pedacito de ejote y ahí bien que se cocen, las hago empapeladitas y con hojas de epazote y ahí la dejo en el comal bajito, y se hacen bien al vapor, ¡bien ricas!" (Fem. 2)

En la mayoría de los casos el aspecto económico influye en la selección y preparación del menú diario.

"Estuve platicando con la nutrióloga...me dijo que era muy importante la alimentación y yo le dije que no tenía las posibilidades de seguir una alimentación adecuadamente y me dio

una dieta que podía seguir y no me salía cara, y la estoy practicando" (Fem. 2)

Y continúa describiendo el menú típico que ya realiza de manera cotidiana, donde se observa la selección, preparación y manejo de las porciones:

"me preparo un desayuno que puede ser café con leche y un sándwich con queso panela y su verdura, me como una fruta...hago pollo a la mexicana (en la comida), aparte le pongo sus verduritas, mi verdura y una fruta y mi vaso de agua." (Fem. 2)

Además se observa un cambio incluso en el uso de utensilios para preparar los alimentos, con base en la información que proporciona el médico:

"el doctor empieza desde cómo guisamos, las marcas del aceite, la lechita que la light, incluso nos dijo que nos compráramos, dice yo sé que va a ser caro, un sartén de teflón, sin nada de grasa, así detallitos que nos fueron diciendo" (Fem. 3)

"ahora tengo una tacita y esas son mis medidas" (Fem. 6)

La incorporación de alimentos como las verduras permite que los menús tengan más volumen, por lo tanto produzcan mayor sensación de saciedad,

a la vez que confirma la idea de que se consume comida sana:

“las verduras, dice uno que no están buenas pero sí, las agarra uno y si están buenas, por ejemplo, el pollo que es con caldo, le echamos mucha verdura y terminamos comiendo todos mucha verdura, ahora sí que lo inventa uno (la preparación)” (Fem. 4)

B. Disminución en la cantidad del consumo.

En contextos diferentes al de casa, como son los eventos sociales o de convivencia, los participantes refieren que han adoptado varias estrategias para comer lo que se les ofrece, para regular la selección y cantidad del consumo, a la vez que complacen a sus anfitriones —un aspecto socio-cultural importante en la interacción social— y satisfacen el hambre.

“así que voy a las fiestas, lo normal me sirven mole, como mole, una piernita de pollo, antes sí decía no pues échale otra, ahora lo normal, un plato normal, trato de medirle cada vez más” (Masc. 1)

“cuando te invitan a una fiesta, no te dan lo que comes, no puedes tomar refresco, si comes lo que te dan, pero no comes todo lo que te sirven” (Masc. 3)

Otra práctica es compartir los alimentos para no consumir todo lo que se les ofrece, pues seleccionan lo que se pueden comer con base en su conocimiento y en el manejo de las raciones.

“(en las fiestas) aunque sea poquito como, si dan mucho, le digo a mi hija, yo todo el arroz no me lo voy a comer, nada más voy a comer un poquito, como la cuarta parte y le di al niño (nieto) de ahí, la carne si me la comí pero le dieron una porcioncita chiquita” (Fem. 1)

Otros participantes mencionan que tienen apoyo familiar en las situaciones de convivencia, ya que ellos conocen la condición de enfermedad y hacen modificaciones al menú:

“cuando hacen una fiesta o la organizamos o cuando yo no la organizo, mis hermanos y mis hermanas dicen ‘ándale vamos, te vamos a hacer tu pechuga de pollo’, hacen su comida, comen lo que hacen y nosotros nuestro pedazo de pollo” (Masc. 2)

En los participantes hombres se observan estrategias de alimentación en el ámbito laboral, donde han tenido que adaptar sus actividades, tiempos y espacios para realizar sus comidas. Los empleos de los participantes constituyen escenarios que particularizan las estrategias, especialmente en la de selección de alimentos, entre la gama de posi-

bilidades económicas y de disponibilidad de los mismos en contextos laborales y horarios establecidos para el consumo.

“ver la forma de cómo tener mis alimentos, cómo tener la fruta, las verduras, cómo tener una comida que yo tuviera al alcance en su momento, porque mi trabajo es dos horas, voy en camino y ya no hay nada que vendan, sí ese es un problema, yo tenía unas hieleras, me la llevo, y es lo que hago” (Masc. 1)

“en el comedor pido una pechuga, y frijoles poquitos, verduras, pues eso es lo que ando escogiendo, pero sí hay veces que en las noches, porque trabajo de día y trabajo de noche, una semana y una semana, entonces cuando trabajo de noche... una o dos tortas, y me las como en pausas y ya los demás se compone de frutas, algunas galletas integrales” (Masc. 2)

Incluso cambiaron las actividades laborales para seguir la dieta, como lo refiere otro participante:

“yo dejé de ser taxista, me empecé a disciplinar, la alimentación para mí fue básica, (como taxista) por el estrés que no tiene uno horario tiene uno que estar comiendo lo que uno puede y lo que uno se encuentra. Ahora en mi trabajo tengo derecho de cena, pero

ahí la comida es naturista, es vegetariana, ahí no hay carnes rojas, no hay pan (Masc. 4)

C. Integración de nuevos alimentos

Los participantes hombres reconocen que el aprendizaje de consumo de nuevos alimentos ha sido propiciado y apoyado por sus esposas, especialmente en la selección, combinación e integración de nuevos alimentos a los platillos cotidianos, pues la cantidad del consumo la regulan por sí mismos.

“porque siempre mi esposa dice hay que comer lo más sano que se pueda, le digo ¿y la verdura?, ahora siento que si no como verdura como que no estoy bien” (Masc. 1)

“mi esposa las organiza, hacemos la compra, como los dos trabajamos, entonces ahí va toda la verdura y todo para la semana” (Masc. 3)

Etapas 3. Evaluación/reflexión

Esta etapa es una actividad que se encuentra presente de manera continua en los procesos antes descritos para evaluar los resultados de las estrategias de alimentación. La evaluación de la autorregulación proporciona la clave para continuar con los cambios y su mantenimiento, en función del bienestar físico, entendido como la

disminución perceptible o ausencia de malestares relacionados con los síntomas de la enfermedad.

A. Percepción de bienestar físico

El conocimiento de la enfermedad, los síntomas y posibles complicaciones ayudan a las personas a elegir determinadas estrategias en la autorregulación de la alimentación y así establecer un sistema de reconocimiento en la disminución de los síntomas y del estado general de bienestar físico.

“...no me arrepiento (de llevar la dieta) por el bienestar que siento en mi estómago, antes era una cosa horrorosa” (Fem. 1)

“no excederse (en la comida) porque si se excede uno se siente uno mal. Lo he comprobado, se me ocurre comerme un pan completo, pero como a los 10 minutos, se siente como cuando se quiere subir el azúcar, siento un malestar en mi cabeza, intranquilo” (Masc. 2)

B. Expectativa de calidad de vida

Por otro lado, al referirse a todo el proceso de adquisición de nuevas pautas para comer, hasta el momento de la entrevista, los participantes mencionaron que los cambios y habituación a formas diferentes de realizar sus comidas se vinculan con la expectativa de una mejor calidad

de vida, haciendo énfasis en la conservación de los órganos de su cuerpo, tanto en su integridad como en su funcionalidad.

A esto se suma la sensación de independencia personal para mantenerse funcionales en el contexto familiar, para poder convivir y cuidar a sus familiares.

“lo hice pensando (cambios de alimentación) en que yo me sintiera bien para vivir un poco más con mis hijos” (Fem. 6)

“entonces empieza uno a darse cuenta de que es necesario, hacer algo por uno mismo, aquí el que se quiere es uno, uno se debe cuidar de y se debe de querer para tener un nivel de vida mejor” (Masc. 4)

Otros participantes, manifestaron temor ante las posibles complicaciones de la enfermedad:

“yo tengo miedo a quedarme ciego, a que me corten un pie, ver eso me hace hacer las cosas que estoy haciendo, no quiero llegar a eso” (Masc. 3)

“así como vi cómo acabaron mis suegros, no pues no, hay que pensarlo también, es una cosa fea, fea, fea, mi suegra acabó sin piernas, como vi todo eso, digo no, para qué le vamos

a buscar, ¿cómo vamos a acabar? (ella y su esposo), ¿quién nos va a cuidar? (Fem. 7)

Discusión

La conducta alimentaria, como un complejo de procesos que interactúan mutuamente en su interacción, se modifican de manera similar a las pautas de un aprendizaje de autorregulación en el contexto del manejo de la enfermedad (Ogden, 2005).

La característica cíclica de las interacciones entre las etapas, desde el inicio del cambio de comportamientos relacionados con la comida y la consolidación de algunas formas de consumo, preparación y elección de alimentos, es constantemente evaluada con respecto a la percepción de la sintomatología propia de la enfermedad.

Lo anterior es consistente con las propuestas de los modelos teóricos en psicología de la salud, que coinciden en que durante el manejo de un padecimiento crónico se analizan a nivel cognitivo aspectos como la percepción del riesgo que implica la enfermedad, así como la severidad de las consecuencias y complicaciones; por lo que se desarrolla, a partir de estas evaluaciones, un control de sí mismo a través de la regulación de las propias conductas (Rodríguez, Díaz-González, & García, 2013).

Las dimensiones de selectividad y preparación de los alimentos, son parte de las estrategias empleadas por los participantes para habituarse a un patrón de consumo que les permita distinguir una sensación de bienestar físico (Lai, Lew-Ting & Chie, 2004), esto disminuye la percepción del riesgo, y las complicaciones muy temidas, tales como la invalidez física o ceguera.

Por otra parte, Zimerman (2000) señala que la autorregulación es un proceso en el que la observación y la simulación participan en el cambio de patrones conductuales. El desarrollo de las habilidades para lograr el control de sí mismo, está caracterizado precisamente por los procesos cognoscitivos que se van adquiriendo en la experiencia de enfermedad.

En los resultados, se observan aspectos de la conducta alimentaria que se relacionan con el aprendizaje de formas de automonitorización en la diada comida-síntoma, es decir, la cantidad y tipo de alimento; y su relación con la presencia de cierta sensación física desagradable.

Asimismo, se identificaron estrategias para la planeación de la preparación y consumo de los alimentos, en específico en las actividades cotidianas. Esta habilidad se desarrolla a partir del conocimiento de las propiedades de los alimentos y de

su selección en ambientes laborales y de convivencia social.

Las conductas relacionadas con la planeación de la conducta alimentaria, se organizan básicamente para procurar la ausencia de la sintomatología. Este dato coincide con propuestas que hacen énfasis en que para lograr un cambio conductual sostenido, respecto a la alimentación, es importante que las personas generen sus propias metas para optimizar la autorregulación y por lo tanto los logros (Pelletier, Dion & Reid, 2004).

La autorregulación (Bandura, 1991), tiene implicaciones sociales donde se considera el contexto en el cual se realiza (Jackson, Mackenzie & Hobfoll, 2000). El impacto de las influencias sociales y familiares en el manejo de los procesos de regulación (Peel, Parry, Douglas & Lawton, 2005) sugieren que la conducta individual es producto de claves sociales y culturales, como se puede observar en la manifestación de conducta alimentaria en ambientes cotidianos, laborales y sociales de convivencia (Beverly, Wray & Miller, 2008); de éstos últimos se establece una diferencia entre familiares y personas ajenas al participante.

Otra diferencia en el aprendizaje de pautas de automanejo y autorregulación de la conducta alimentaria se observa en el rol de género, pues

los hombres basan sus elecciones de alimentos con base en la disponibilidad y en las características nutricionales de los mismos, con base en la observación que hacen de la preparación de los platillos en casa (Arenas-Montreal, Ruiz-Rodríguez, Bonilla-Fernández, Valdez, & Hernández-Tezoquipa, 2013).

Algunos estudios mencionan que ciertas conductas se presentan en los participantes durante periodos específicos del tratamiento, como una especie de autonegociación para controlar ciertos aspectos del régimen, acompañado de una actitud de autocontrol. Esto se manifestó en los participantes de esta investigación cuando al inicio del tratamiento intentaron compensar el consumo de alimentos no permitidos por la dieta por otros en menor cantidad, generando la percepción de que sí se están siguiendo las prescripciones médicas (Ingadottir & Halldorsdottir, 2008).

Por otro lado, el seguimiento de la dieta, a pesar de que se adopta con cierta obligación, no afecta de manera negativa la percepción de sus consecuencias, pues produce una sensación de autocontrol que se refuerza por la ausencia de sintomatología desagradable en comparación con otras investigaciones, donde las personas manifiestan pérdida de autonomía al tener que comer solamente lo que se les indica (Masís, 2005).

Otro aspecto importante implicado en el proceso de aprendizaje de la conducta alimentaria en la diabetes está relacionado con la cantidad del consumo. Herman y Polivy (2004) sugieren que la regulación de la ingestión a través de la observación de otros puede ser más efectiva que otras estrategias tales como seguir las prescripciones médicas e incluso dirigir la conducta con base en las propias intenciones o metas de las personas.

En este caso, varios participantes reportaron que frecuentemente algún miembro de su familia funcionaba como factor externo que ayuda a la regulación de la cantidad de los alimentos que se ingieren e incluso a la selección de los mismos en un ambiente social, como puede ser una fiesta o reunión social. Este aspecto vincula los elementos cognoscitivos, sociales y motivacionales (Zimmerman, 2008) en una interacción que ayuda a la adaptación a nuevos patrones alimentarios (Baldwin & Falciiglia, 1995).

Conclusión

El cambio de la conducta alimentaria en condición de enfermedad, implica un proceso de re-aprendizaje de pautas en la selección, preparación y consumo de los alimentos, en un contexto socio-cultural y económico. La participación de los profesionales de la salud será comprender el proceso y apoyar a las personas para el logro y

mantenimiento de los cambios, considerando el estado epidemiológico de la enfermedad (Hernández, Gutiérrez & Reynoso, 2013). Se sugiere que en futuras investigaciones se incluya una población mayor para el conocimiento de los cambios, así como de una metodología que permita la generalización de datos.

Referencias

- Alcaraz, N., Chávez, A., Amador, G., Reyes, A., Loya, J., Vargas, R. (2009). Influencia del patrón cultural dietético del paciente diabético en el apego al régimen alimenticio. *Cultura de los cuidados*; XIII, 25: 104-110.
- Arenas-Monreal, L., Ruiz-Rodríguez, M., Bonilla-Fernández, P., Valdez Santiago R, Hernández-Tezoquipa, I. (2013). Cambios alimenticios en mujeres morelenses migrantes a Estados Unidos. *Salud Publica de México*, 55 (1): 35-42.
- Baldwin, T, Falciiglia, G. (1995). Application of cognitive behavior theories to dietary change in clients. *Journal of the American Dietetic Association*, 95: 1315-1317.
- Bandura, A. (1991) Social Cognitive Theory of Self-regulation. *Organizational behavior and human decision processes* 50 (2):248-287.

- Beverly, E., Wray, L., Miller, C. (2008) Practice implications of what couples tell us about type 2 diabetes management. *Diabetes Spectrum*, 21(1):39-45.
- Boekaerts M, Pintrich P, Zeidner M. Self regulation: An overview. En: M. Boekaerts, P. Pintrich, M. Zeidner (Comp.) *Handbook of self-regulation*. New York: Academic Press, 2000.
- Chiquete, E., Nuño, P., Panduro, A. (2001). Perspectiva histórica de la diabetes mellitus. Comprendiendo la enfermedad. *Investigación en Salud*, III (99): 5-10.
- Conner, M., Norman, P. (2005). Predicting health behaviour: A social cognition approach. En: M. Conner, P. Norman (Eds.) *Predicting Health behavior: Research and practice with social cognition models*. Glasgow: Bell & Bain Ltd.
- Creer T. (2000) Self- management of chronic illness. En: M. Boekaertes, P. Pintrich, M. Zaidner, (Comp.) *Handbook of self-regulation*. New York: Academic Press, 2000.
- Franz, M., Bantle, J.P., Beebe, C.A., Brunzell, J.D., Ciasson, J., Garg, A. et al (2002) Evidence-based nutrition principles and recommendations for the treatment and prevention of diabetes and related complications. *Diabetes Care*, 25:148-198.
- Franz, M., Boucher, L., Green-Pastors, J., Powers, A. Evidence-based nutrition practice guidelines for diabetes and scope and standards of practice. *Journal of the American Dietetic Association*, Supp. 108(4):S52-S58.
- Franz, J. (2008) What makes diabetes medical nutrition Therapy effective?. *Review of Endocrinology*. 2008; April:16-19.
- Herman, P., Polivy, J. (2004) The self-regulation of eating: Theoretical and practical problems. En: V. Baumeister, (Comp.) *Handbook of self-regulation*. New York: Guilford Press, 2004.
- Hernández, M., Gutiérrez, J.P., Reynoso, N. (2013) Diabetes mellitus en México. El estado de la epidemia. *Salud Pública México*, 55(sup 2):129-13.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía. Día Mundial de la Diabetes. Estadísticas a propósito del día mundial de la diabetes. Consultado el 13 de septiembre de 2013. <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/diabetes0.pdf>
- Ingadottir, B., Halldorsdottir, S. (2008). To discipline a "dog": The essential structure of mastering diabetes. *Qualitative Health Research*, 18(5): 606-619.

- Jackson, T., Mackenzie, J., Hobfoll, S. (2000). Communal aspects of self-regulation. En: M. Boekaerts, P., Pintrich, M., Zeidner (Comp.) *Handbook of self-regulation*. New York: Academic Press.
- Lai, A., Lew-Ting, Y., Chie, C. (2004). How diabetic patients think about and manage their illness in Taiwan. *Diabetic Medicine*, 22:286-292.
- León, J.M., Medina, S. (2002) *Psicología Social de la Salud: Fundamentos teóricos y metodológicos*. Sevilla: Comunicación Social.
- Masís, P. (2005). Significados y prácticas de alimentación de un grupo de personas adultas mayores diabéticas y sus familiares en el cantón de la Unión, Cartago. *Anales en Gerontología*, 5: 39-53. Disponible en: <http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/article/view/8863>
- Morris, S., Wylie-Rossett, J. (2010) Medical Nutrition therapy: A key to diabetes management and prevention. *Clinical diabetes*, 28:12-18.
- Nix S. W. (2005). *Basic Nutrition & Diet therapy*. Elsevier Mosby:Philadelphia.
- Ogden J. (2005). *Psicología de la alimentación*. Madrid: Morata.
- Osorio J, Weisstaub N, Castillo C. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Rev. Chil Nutr*; 29(3).
- Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa, Nota Descriptiva No. 312. Diabetes Octubre de 2013. Consultado el 13 de agosto de 2013. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- Peel, E., Parry, O., Douglas, M., Lawton, J. (2005). Taking the biscuit? A discursive approach to managing diet in type 2 diabetes. *Journal of health psychology*. 10 (6): 779-872.
- Pelletier, L., Dion, S., Slovinec, M., Reid, R. (2004). Why do you regulate what you eat?: Relationships between forms of regulation, eating behavior, sustained dietary behavior change, and psychological adjustment. *Motivation and Emotion*. 28 (3):245-277.
- Rodríguez, L., Díaz-González, E., García, J.C. (2013). Un instrumento para evaluar factores disposicionales relacionados con la adherencia a la dieta en pacientes diabéticos. *Enseñanza e investigación en psicología*. 18(2):263-276.

Strauss, A., Corbin, J. (1994). Grounded theory methodology: an overview. En: N. Denzin, Y. Lincoln, (Eds.) *Handbook of qualitative research*. California: Sage, 273:285.

Strauss, A., Corbin, J., (1998). *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory*. California: Sage.

Zimmerman, B.J. (2000). Attaining self-regulation: A social cognitive perspective. En: M. Boekaerts, P. Pintrich, M. Zeidner, (Eds.) *Handbook of self-regulation*. New York: Academic Press.

Zimmerman B. (2008). Methodological developments, and future prospects investigating self-regulation and motivation: historical background. *Educ Res J*, 45 (1):166-183.