UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

CIUDAD UNIVERSITARIA

INTERVENCIÓN BREVE A DISTANCIA BASADA EN LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL PARA EL SEGUIMIENTO DEL PLAN DE ALIMENTACIÓN EN PERSONAS CON PREVIO INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

TESIS
Que para optar por el grado de

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

Presenta
BRENDA CARBAJAL GUTIÉRREZ

Tutor: Dr. Héctor Rafael Velázquez Jurado, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.
Revisora: Dra. Angélica Riveros Rosas, Facultad de Contaduría y Administración

Miembros del Comité:
Dr. Marco Antonio Martínez Ríos, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez
Dra. Mariana Gutiérrez Lara, Facultad de Psicología
Dr. Samuel Jurado Cárdenas, Facultad de Psicología

Ciudad de México, Septiembre 2021

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

Índice

RESUMEN *5*

INTRODUCCIÓN *6*

CAPÍTULO 1. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA *10*

Historia natural de la enfermedad **11**

Epidemiología **11**

Infarto Agudo al Miocardio **12**

Tratamiento **13**

Factores de riesgo cardiovascular **14**

Prevención secundaria y cambios en el estilo de vida **16**

CAPÍTULO 2. ABORDAJE PSICOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES *19*

Entrevista motivacional y factores de riesgo cardiovasculares **19**

Entrevista motivacional y enfermedades cardiovasculares **21**

Fases de la Entrevista Motivacional **25**

Fase 1. Construyendo la motivación para el cambio 25

Fase 2. Fortaleciendo el compromiso para el cambio 29

MÉTODO *32*

Pregunta de investigación **32**

Objetivo general **32**

Objetivos específicos **32**

Participantes **32**

Criterios de inclusión **32**

Criterios de exclusión **33**

Formulación clínica de los casos **33**

Instrumentos **38**

Variable Independiente **38**

Variables Dependientes **38**

Diseño del estudio **40**

Análisis de datos **40**

Procedimiento **41**

RESULTADOS *43*

DISCUSIÓN *54*

ANEXO 1 ..... *69*

ANEXO 2 ..... *70*

ANEXO 3 ..... *98*

ANEXO 4 ..... *103*

ANEXO 5 ..... *104*

ANEXO 6 ..... *105*

Agradecimientos

A mi papá, por hacer de la maestría y todo lo que implicó un proceso menos complicado, gracias por consentirme y demostrar tu amor en tu forma peculiar de hacerlo. A mi hermana Regina, por ser una fuente de calma y esperanza en los días complicados, por permitirme conocerte a profundidad, ser mi cómplice y por todas las risas compartidas. A Adriana por recibirme en su hogar y aceptarme fácilmente.

A mi mamá, por la paciencia que me tuvo en este proceso, por todo el amor incondicional que ofrece sin esperar nada a cambio más que constancias y tesis con dedicatorias especiales.

A Juan, por ser mi compañero incondicional, por empujarme incluso en los días en los que yo sentía que ya no podía avanzar más, gracias por el amor, el aprendizaje y la compañía.

A Tania, por ser mi amiguita y compañera de risas en el aula, en la tesis y en la vida. Gracias por siempre escucharme, por la compasión que tienes cuando yo no la tengo conmigo misma y sobre todo por crecer junto a mi.

A Caro, por todo el apoyo que me ofreciste cuando me sentía perdida, por las veces que me hiciste notar que sí estaba avanzando, por enseñarme el maravilloso camino de la DBT y por ser una fuente constante de admiración.

A Eli, gracias por tu ternura y por las porras que siempre me echaste para lograr terminar este trabajo, ojalá todos tuvieran una amiga como tú.

A Esme, a parte de amiga, eres para mi una maestra, gracias por compartir tus conocimientos, habilidades y experiencia conmigo y por siempre recordarme que este camino sí tenía un final.

A Clau, por llegar a mi vida y enseñarme siempre que compartes tus experiencias conmigo.

Al equipo que inició en la Clínica de Insuficiencia Cardiaca y terminó en el tercer piso de hospitalización. A mi compañero Carlos Silva, por invitarme al Instituto a seguir trabajando, por construir dos servicios conmigo (IC y tercer piso) y seguir a pesar de todas las adversidades.

Al Dr. Eduardo Chuquiure y al Dr. Oscar Fiscal por mirar más allá de la medicina y permitirnos trabajar en su equipo.

Especialmente, al Dr. Gerardo Vieyra por ser un gran amigo y ofrecer su apoyo de manera incondicional durante este proceso. A la Dra. Laura Rodríguez por recibirnos en su servicio y permitirme realizar este trabajo.

A los médicos pasantes de servicio social Emmanuel, Elyz y Ale por su gran apoyo y amistad, hicieron del hospital un lugar divertido incluso en los días de mayor tensión. También a Cris y Alan por el apoyo que me brindaron en la atención y seguimiento de los pacientes que participaron en este estudio, por escucharme en los momentos de alta tensión y ofrecerme su apoyo.

Al Dr. Héctor Velázquez, por su valioso apoyo y confianza en mi para la realización de este trabajo. A la Dra. Angélica Riveros por sus apreciables observaciones que enriquecieron este trabajo. Al Dr. Marco Antonio Martínez Ríos, la Dra. Mariana Gutiérrez y al Dr. Samuel Jurado por tomarse el tiempo de ofrecerme sus comentarios para mejorar este trabajo.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por su apoyo a la realización de mis estudios de maestría.

Y primordialmente, a los pacientes que confiaron en mi y participaron en este proyecto aún a la distancia.

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo determinar el porcentaje de seguimiento del plan de alimentación después de una intervención a distancia basada en la entrevista motivacional para personas con antecedente de Infarto Agudo al Miocardio. Se utilizó un diseño experimental de caso único (n=1) con dos réplicas de tipo A-B con seguimiento hasta de dos semanas. Participaron 3 pacientes con antecedente de Infarto Agudo al Miocardio del Instituto Nacional de Cardiología. Para analizar los datos obtenidos, se realizó un análisis visual para las variables de consumo de cada grupo de alimentos, se utilizó la fórmula de Porcentaje de Meta Obtenido (PMO) para calcular el alcance de las metas establecidas en el consumo de alimentos del plan de alimentación y se calculó el cambio clínico con los resultados pre y post de los indicadores biológicos evaluados. A partir de los resultados obtenidos es posible mencionar que la intervención tuvo un alcance parcial de las metas en el seguimiento del plan de alimentación. El caso que se benefició más en el incremento del PMO para la mayoría de los grupos de alimentos fue el caso 1, mientras que el caso 2 fue quien obtuvo cambios significativos en la mayor parte de los indicadores biológicos evaluados. En conclusión, la EM podría ser un enfoque inicial, aunque no el único, en las intervenciones dirigidas al cambio del estilo de vida pues el evento cardiaco agudo y la hospitalización pueden influir en que el paciente identifique la discrepancia entre su comportamiento actual y el alcance de sus objetivos de salud.

Palabras Clave: entrevista motivacional, infarto agudo al miocardio, alimentación, intervención breve.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial el Infarto Agudo al Miocardio (IAM) es la causa más frecuente de mortalidad en adultos (Sociedad Europea de Cardiología, 2017) y uno de los principales determinantes de incapacidad y gasto sanitario (Quiles & Miralles-Vicedo, 2014). En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2018) reportó que las enfermedades del corazón ocuparon el primer lugar entre las principales causas de muerte. En el 2015 el 19.6% del total de decesos fueron ocasionadas por una enfermedad cardiaca, y de éstas el 61.9% fueron por IAM (Secretaría de Salud, 2017). La Secretaría de Salud (2017) reportó que en el 2014 el 23.4% de los egresos por IAM fue por fallecimiento, es decir, 1 de cada 4 pacientes que ingresaron por IAM a las instituciones de la Secretaría de Salud fallecieron.

El IAM es el resultado de un conjunto de factores de riesgo que predisponen a las personas a padecerlo, entre los principales se encuentran: la edad (a partir de los 61 años en promedio), antecedentes hereditarios, el consumo de tabaco, hipertensión, hipercolesterolemia, obesidad y diabetes (Secretaría de Salud, 2017). Estos factores de riesgo producen eventos cardiacos recurrentes particularmente en el primer año después del primer evento.

En el contexto actual, la pandemia por COVID-19 ha aumentado el riesgo de fallecimiento en las personas que viven con enfermedades cardiovasculares, pues éstas han sido señaladas como factores de riesgo para presentar la infección con sintomatología grave presentando consecuencias importantes sobre el sistema cardiovascular, además del riesgo de enfermedad grave, la pandemia y las medidas de confinamiento han tenido como consecuencia una disminución en la búsqueda de atención médica así como de los procedimientos de intervención médica para el tratamiento de las enfermedades coronarias (Naylor-Wardle et al., 2021).

Para lograr que la mortalidad y la recurrencia de estos eventos disminuya, es importante enfocar los recursos sanitarios en la prevención secundaria dirigida a los

factores de riesgo y la adherencia de las personas a los tratamientos (Quiles & Miralles-Vicedo, 2014). Varios autores han llevado a cabo investigaciones para probar el efecto de diversas intervenciones dirigidas al cambio comportamental, sin embargo, existen varias limitaciones metodológicas tales como las mediciones mediante escalas que dependen de la percepción subjetiva de la persona (Sankaran et al., 2019; Piepoli et al., 2016; Campos-nonato, et al. , 2018) y el contenido de las intervenciones ya que algunas sólo se enfocan en la educación de la persona (Piepoli, Hoes, et al., 2016; Dale et al., 2015) sin la implementación de técnicas que permitan efectuar los cambios requeridos en el estilo de vida para mejorar el bienestar y calidad de vida de las personas así como disminuir la tasa de mortalidad.

Los programas de prevención secundaria se han empleado a través de la rehabilitación cardiaca para reducir el riesgo de la recurrencia de la enfermedad y de re-hospitalización, sin embargo, la adherencia a los programas de rehabilitación cardiaca es baja con un rango de 30% al 80% de abandono (Rocha-Nieto et al., 2017); algunas de las barreras reportadas por las personas para no apegarse a estos esquemas son la distancia entre casa y el centro de rehabilitacón, el tiempo y el costo (Sankaran et al., 2019) mientras que barreras psicológicas reportadas son la depresión, ansiedad, enfermedades psiquiátricas, abuso de sustancias, falta de apoyo social y pobre bienestar psicológico (Piepoli, Corrà, et al., 2016).

Diversos estudios resaltan la importancia de las intervenciones dirigidas a la modificación del comportamiento de las personas con enfermedad cardiovascular, programas dirigidos al abandono del cigarrillo, la implementación de dietas más saludables, el incremento de actividad física, reducción de peso, reducción del consumo de alcohol y lograr los niveles de presión arterial por debajo de 140/90 mm Hg y de colesterol entre 125 a 200 md/dL (Byrne et al., 2005; Sebregts et al., 2003; Angermayr et al., 2010), han demostrado tener efectos de moderados a buenos en el tratamiento de las personas que acaban de tener un IAM.

Dado que los cambios conductuales en el estilo de vida son fundamentales en la población con enfermedades cardiovasculares, se han probado diversas intervenciones con el objetivo de implementar las modificaciones necesarias en su estilo de vida, sin embargo, una de las barreras clave para el cambio conductual es la falta de motivación (Copeland et al., 2015). Una de las principales intervenciones psicológicas que se enfoca en favorecer la adherencia al tratamiento farmacológico y cambio conductual es la Entrevista Motivacional (EM), esta intervención tiene como objetivo fortalecer la motivación personal y el compromiso con un objetivo específico mediante la obtención y exploración de las razones de la persona para el cambio dentro de una atmósfera de aceptación y compasión (Copeland et al., 2015).

La EM es efectiva para el abandono del cigarrillo, aumento de las conductas de autocuidado y el aumento de la adherencia al tratamiento farmacológico en personas con enfermedades cardiovasculares (Poudel, et al., 2019; Lee, et al., 2016; Barker-Collo et al., 2015) en personas con enfermedades cardiovasculares. La Asociación Americana del Corazón (2010) realizó un estudio donde evaluó la efectividad de las intervenciones para promover la actividad física y cambios en el estilo de vida para la reducción de factores de riesgo cardiovasculares y entre las intervenciones que han demostrado mayor efectividad se encuentra la EM para mejorar la adherencia a la dieta e incremento de actividad física.

Debido a las condiciones que la pandemia por COVID-19 generó en la población mundial, surgió la necesidad de implementar intervenciones a distancia que se adaptaran a los protocolos de salud sin poner en riesgo a las personas beneficiarias de ellas. Diversos estudios han utilizado diferentes modalidades de atención, entre ellas están las intervenciones vía telefónica y por video llamada, los resultados de estos protocolos de investigación hasta ahora son mixtos y se considera que tienen un alcance más amplio (Sudhir, 2017) dentro de los grupos poblacionales con enfermedades no transmisibles.

Por todo lo anterior, el objetivo del presente trabajo fue determinar el porcentaje de seguimiento del plan de alimentación después de una intervención a distancia basada en la entrevista motivacional para personas con antecedente de Infarto Agudo al Miocardio del Instituto Nacional de Cardiología.

CAPÍTULO 1. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

La cardiopatía isquémica es una enfermedad caracterizada por la obstrucción parcial o total de las arterias coronarias, que se encargan del suministro de sangre al músculo del corazón.

Esta obstrucción es causada por la arterioesclerosis coronaria, que es un proceso lento de acumulación de grasas que producen el estrechamiento de las mismas y derivando en un fuerte desequilibrio en el suministro de oxígeno al corazón (Fundación Española del Corazón, 2019).

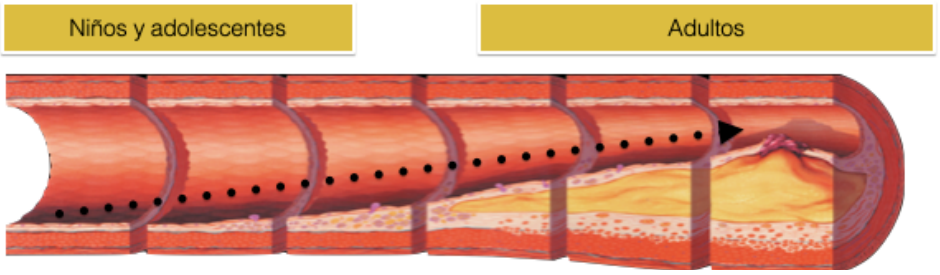
De acuerdo con la Fundación Española del Corazón (2019) existen tres tipos de cardiopatía isquémica:

- Angina de pecho estable. Se define como una obstrucción anatómica de una o varias arterias coronarias que produce un déficit de aporte sanguíneo cuando aumentan los requerimientos metabólicos del miocardio al realizar ejercicio, es decir, existe un desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno. Los síntomas se caracterizan por un dolor recurrente en el tórax debido a falta de irrigación sanguínea en el miocardio; este dolor puede irradiarse a la mandíbula, garganta, hombros, espalda, brazo y muñeca izquierda. Estos síntomas suelen desaparecer con el reposo, en un tiempo usualmente menor a 15 minutos y no mayor de 30 minutos (Guadalajara, 2006).
- Angina de pecho inestable. Se considera que esta es un signo de muy alto riesgo de infarto o muerte súbita, se desencadena igual que el infarto sin la obstrucción completa de la arteria coronaria y sin muerte celular. A diferencia de la angina de pecho estable, no desaparece con el reposo y no se encuentra asociada al ejercicio.
- Infarto Agudo al Miocardio (IAM). Es la obstrucción completa de una arteria coronaria debido a un trombo y la rotura de una placa ateroesclerosa.

Historia natural de la enfermedad

La cardiopatía isquémica es generada en su mayoría por la ateroesclerosis, este fenómeno ocurre debido a la formación y depósito de placas de ateroma en el tejido de las arterias coronarias que de forma progresiva van obstruyendo la luz del vaso, esta obstrucción es fija, crónica y lentamente progresiva. Cuando ocurre la ruptura de una de estas placas ateromatosas se genera un trombo que ocluye la arteria y genera un déficit súbito de irrigación sanguínea en el miocardio, como resultado de esto se produce la falta de oxigenación al tejido cardiaco, este déficit es agudo, grave y a menudo irreversible, causando en poco tiempo la necrosis del tejido (Guadalajara, 2006). En la figura 1 se puede observar la progresión de la placa de ateroma que se desarrolla a lo largo del ciclo vital y se complica en la adultez con la presencia de factores de riesgo involucrados en la formación de esta placa (Martínez-Ríos, 2019).

Figura 1. Evolución de la ateroesclerosis



Nota. Imagen tomada de Martínez-Ríos, M. (2019). *Conferencia Ignacio Chávez 2019 Inauguración del CLVI año académico*. Presentación, Academia Nacional de Medicina de México.

Epidemiología

Según la Organización Mundial de la Salud (2018) la cardiopatía isquémica ha sido la principal causa de muerte en el mundo durante los últimos 15 años. Tan sólo en el 2016 esta enfermedad ocasionó 15,2 millones de defunciones a nivel mundial.

Específicamente, el IAM es la causa más frecuente de muerte en el mundo (Sociedad Europea de Cardiología, 2017) y uno de los determinantes principales de incapacidad y gasto sanitario (Quiles & Miralles-Vicedo, 2014).

En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2018) reportó que las enfermedades del corazón ocuparon el primer lugar entre las principales causas de muerte. Durante el 2015 19.6% del total de muertes fueron ocasionadas por una enfermedad cardiaca, y de éstas 61.9% fueron por IAM (Secretaría de Salud, 2017). La Secretaría de Salud (2017) reportó que en 2014 23.4% de los egresos por IAM fue por fallecimiento, es decir, una de cada cuatro personas que ingresaron por IAM a las instituciones de la Secretaría de Salud fallecieron.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Cardilogía (2019) la tasa de mortalidad en 2018 por enfermedades isquémicas del corazón fue de 32.15%, mientras que la tasa de morbilidad en el mismo año fue 31.16%.

De esta forma, los datos indican que la cardiopatía isquémica, específicamente el IAM es un problema de salud pública, que debe ser atendido a nivel nacional e internacional.

Infarto Agudo al Miocardio

El Infarto Agudo al Miocardio (IAM) es “la necrosis de las células del músculo cardiaco como consecuencia de una isquemia prolongada producida por la reducción súbita de la irrigación sanguínea coronaria, que compromete una o más zonas del miocardio” (Coll et al., 2016).

La guía de la Sociedad Europea de Cardiología (Sociedad Europea de Cardiología, 2017) reporta que los principales síntomas del IAM son:

- Opresión o dolor torácico
- Náuseas o vómitos
- Falta de aire
- Fatiga
- Palpitaciones
- Síncope
- Aturdimiento

De acuerdo con Anderson & Morrow (2017) existen cinco tipos de infarto:

- Infarto debido a aterotrombosis coronaria
- Infarto debido a un desajuste entre la oferta y la demanda que no es el resultado de una aterotrombosis aguda
- Infarto que causa muerte súbita sin la oportunidad de un biomarcador o confirmación de electrocardiograma
- Infarto relacionado a una intervención coronaria percutánea (ICP) (tipo 4a) e infarto relacionado con trombosis de un stent coronario (tipo 4b)
- Infarto relacionado con injerto de derivación de arteria coronaria

Tratamiento

- **Fibrinólisis farmacológica.** Consiste en la admistración de fármacos que tienen como función principal la desintegración del coágulo.
- **Intervención Coronaria Percutánea (ICP).** Este tipo de tratamiento es utilizado dilatar las arterias obstruidas. Consiste en introducir un cateter en la arteria femoral, radial o braquial, en la punta del cateter se encuentra un globo desinflado con una malla o stent; el cateter es dirigido a la arteria coronaria dañada por medio de un cable guía, posteriormente el globo con stent es inflado para dilatar la arteria y finalmente se coloca el stent que permite que la arteria permanezca dilatada (Falk et al., 2009).
- **Cirugía de revascularización coronaria.** Consiste en la colocación de injertos de derivación en las arterias coronarias. Este injerto se utiliza para

hacer un desvío alrededor de la zona bloqueada en la arteria, es decir, la arteria coronaria se une a una nueva arteria que viene desde la aorta o desde la arteria subclavia. Para crear los injertos de derivación se utilizan comunmente la vena safena que se encuentra en la pierna, la arteria mamaria interna localizada en el torax y/o la arteria radial en la muñeca (Fundación Española del Corazón, 2019).

Factores de riesgo cardiovascular

La naturaleza de las enfermedades cardiacas es compleja y su etiología multifactorial, es por esto que resulta importante y necesario enlistar los factores de riesgo que han demostrado estar asociados con estas enfermedades (Fernández-Abascal et al., 2003).

Un factor de riesgo cardiovascular se define como “una característica biológica, un hábito o estilo de vida que aumenta la probabilidad de padecer o de morir a causa de una enfermedad cardiovascular en aquellos individuos que los presentan” Lobos & Brotons (2011).

Existen diversas clasificaciones para los factores de riesgo, por ejemplo, Larrinaga & Hernández (2016) clasifican los factores de riesgo en modificables y no modificables. Estos últimos se consideran como características fijas del sujeto y de naturaleza inherente, estos son:

- Edad
- Sexo
- Antecedentes familiares

Mientras que los factores de riesgo susceptibles a ser modificados son:

- Dislipidemia
- Hipertensión arterial
- Diabetes

- Tabaquismo
- Sedentarismo
- Obesidad
- Dieta inadecuada

Estos resultan estar fuertemente relacionados con la autorregulación comportamental.

Por otro lado, Lee, et al. (2016) clasifican los factores de riesgo para presentar un IAM en metabólicos y conductuales.
Los factores de riesgo metabólicos son:

- Hipertensión.
- Dislipidemia
- Diabetes
- Sobrepeso y obesidad

Mientras que los factores de riesgo conductuales son:

- Tabaquismo
- Inactividad física
- Dieta inadecuada
- Consumo elevado de alcohol

A su vez, otros autores como Fernández-Abascal et al., (2003) agregan los factores de riesgo emocionales que incluyen:

- El patrón de comportamiento tipo A
- Emociones como ira y hostilidad
- Depresión
- Ansiedad
- Falta de apoyo social

Es importante resaltar el componente conductual manifestado dentro de los factores de riesgo, dado que además de influir en el desarrollo y curso de la enfermedad están influidos por la conducta y por el régimen de tratamiento, es por esto que los cambios comportamentales son decisivos para la prevención y tratamiento de la enfermedad (Fernández-Abascal et al., 2003).

De esta forma, las intervenciones dirigidas a la modificación de la conducta resultan necesarias para el abordaje integral del paciente con alguna cardiopatía, pues si bien, dada la disfunción químico-biológica que experimenta el cuerpo se pueden lograr beneficios desde el ámbito farmacológico, el componente conductual resulta determinante para disminuir los síntomas de las cardiopatías y reducir su progreso.

Prevención secundaria y cambios en el estilo de vida

La prevención secundaria es definida como el nivel de atención que se enfoca en la estratificación de riesgo temprano, de manera que optimice la iniciación de tratamiento para detener el progreso de una enfermedad (Piepoli, et al., 2016).

Este nivel de atención es altamente recomendado para todas las personas con cardiopatía isquémica y tiene como objetivo reducir la aparición de nuevos eventos cardiacos y la mortalidad asociada (Diogène et al., 2004). Los programas de prevención secundaria se componen principalmente del tratamiento médico (betabloqueadores, aspirinas, IECAS y estatinas) (Sebregts, 2004) y rehabilitación cardiaca (Lee,et al 2016).

La rehabilitación cardiaca es una intervención multidisciplinaria para la evaluación y manejo del riesgo cardiovascular, se proporciona asesoramiento sobre actividad física, apoyo psicosocial así como la prescripción y adherencia adecuada a los medicamentos (Piepoli,et al., 2016). Sin embargo, la adherencia a los programas de rehabilitación cardiaca es baja; algunas de las barreras reportadas

por las personas para no apegarse a estos esquemas son la distancia entre casa y el centro de rehabilitación, el tiempo y el costo (Sankaran et al., 2019) mientras que barreras psicológicas reportadas son la depresión, ansiedad, enfermedades psiquiátricas, abuso de sustancias, falta de apoyo social y pobre bienestar psicológico (Piepoli, et al., 2016).

Es por esto que es importante, la implementación de intervenciones breves y personalizadas que permitan a las personas a realizar los cambios en el estilo de vida necesarios para disminuir el riesgo cardiovascular. Desde la psicología, se han realizado varios los esfuerzos por mejorar la calidad de vida, la adherencia así como para fomentar los estilos de vida saludables en las personas que viven con cardiopatía isquémica.

Por ejemplo, en un ensayo controlado aleatorizado con el objetivo de apoyar a las personas para desarrollar habilidades conductuales y cognitivas de *"selfmanagement*" o automanejo por medio de un programa de terapia cognitivo conductual y entrevista motivacional, los módulos estaban dirigidos a variables como activación física, dieta, adherencia, dejar de fumar, depresión,ansiedad y apoyo social. Los resultados mostraron que el grupo de tratamiento tuvo una reducción del riesgo a los 2 y 4 meses, también existieron diferencias significativas en la reducción de la circunferencia de la cintura a los 4 meses, en el aumento de actividad física y en capacidad funcional medida mediante el test de la caminata de 6 minutos (Murphy et al., 2013).

En un estudio realizado en los países bajos, se realizó una intervención que combinaba técnicas de manejo del estrés y un programa de educación en salud para disminuir los niveles de colesterol LDL en personas con infarto agudo al miocardio (Sebregts, et al., 2003), se encontró que las personas con niveles de colesterol basales altos eran las más beneficadas ya que su colesterol LDL disminuyó 29%, mientras que el grupo control mostró una disminución del 19%.

Por otro lado, en una revisión sistemática (Richards et al., 2017) se encontró que las intervenciones psicológicas no tienen efecto sobre la reducción de la mortalidad total, en cuanto a variables psicológicas como ansiedad, depresión y estrés se reporta que no hay resultados concluyentes dado que la calidad de la evidencia es baja o muy baja a pesar de que en diversas investigaciones han mostrado disminuciones en los niveles de ansiedad y depresión.

La evidencia actual aún no muestra resultados definitivos que marquen un tipo de intervención como la más efectiva, se ha estudiado el impacto intervenciones de tipo cognitivo conductual e intervenciones educativas con modalidades grupales, individuales y virtuales (uso de sms, aplicaciones y llamadas telefónicas) y los resultados son mixtos para las variables de disminución de riesgo cardiovascular y mortalidad (Murphy et al., 2013; Angermayr, et al., 2010; Sankaran et al., 2019; Anderson et al., 2017) y resultados positivos en el aumento en la adherencia a los cambios de estilo de vida, calidad de vida, sintomatología ansiosa y depresiva y cambios en medidas antropométricas (Dale et al., 2015; Ce, et al., 2016; Murphy et al., 2013).

CAPÍTULO 2. ABORDAJE PSICOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

La Asociación Americana del Corazón (2010) proporciona una serie de recomendaciones basadas en evidencia sobre la implementación de intervenciones para cambiar estilo de vida con el objetivo de reducir los factores de riesgo cardiovascular en adultos; dentro de estas recomendaciones se incluyen diversas estrategias que forman parte de la Terapia Cognitivo Conductual para promover los cambios comportamentales de las personas. Entre estas estrategias que han demostrado ser eficaces se encuentran: el establecimiento de metas, auto monitoreo, retroalimentación y reforzamiento, intervenciones dirigidas a mejorar la autoeficacia, programas de incentivos, modelamiento, solución de problemas, prevención de recaídas y la entrevista motivacional.

La Entrevista Motivacional (EM), fue creada inicialmente para tratar adicciones, sin embargo, se ha ido probando su eficacia en el tratamiento de otros problemas conductuales y de salud como diabetes, tabaquismo, obesidad, VIH, enfermedad mental, salud dental entre otras (Wong et al., 2020; Auer et al., 2016; Coumans, et al., 2019; Scharer et al., 2019; Ertem & Duman, 2019 & Rigau-Gay, et al.).

Se han realizado varias investigaciones donde se prueba la efectividad de la EM sobre los factores de riesgo cardiovasculares y en personas que cuentan con un diagnóstico de enfermedad cardiovascular, a continuación, se presentan los principales hallazgos encontrados en las investigaciones realizadas con estos dos grupos mencionados.

Entrevista motivacional y factores de riesgo cardiovasculares

En un ensayo controlado aleatorizado realizado por Bóveda-Fontán et al., (2015) se evaluó la eficacia de la EM en personas con dislipidemia, los resultados mostraron una reducción significativa en los niveles medidos de colesterol LDL en

la muestra total sin diferencias significativas entre grupos, por otro lado, cuando se analizaron los parámetros lipídicos combinados (LDL, colesterol total y triglicéridos) un mayor porcentaje de usuarios alcanzó cifras objetivo en el grupo experimental frente al control, también se observó que la proporción de personas con obesidad se redujo en un 8.4% en el grupo experimental frente a 6.7% en el grupo control.

Los autores concluyen que la EM es superior frente a la atención estándar (que consistió en asesoramiento sobre la necesidad de cambiar hábitos poco saludables hacia hábitos cardio protectores) en la proporción de usuarios que logran los objetivos de control de lípidos y dado que la población del estudio no tenía antecedentes de eventos cardiovasculares, los cambios logrados fueron clínicamente relevantes en cuanto a su potencial para reducir la incidencia de enfermedades cardiovasculares.

Hardcastle, et al. (2013) evaluaron la efectividad a largo plazo de la EM para reducir el riesgo cardiovascular en usuarios atendidos en un entorno de atención primaria, eligieron personas que presentaran al menos un factor de riesgo cardiovascular (IMC $\geq$ 28 Kg/m^2, hipertensión o hipercolesterolemia). Los participantes asignados aleatoriamente al grupo de EM tuvieron una primera cita con un especialista en actividad física o un dietista, con la oportunidad de reunirse hasta cuatro ocasiones más, por 20 o 30 minutos, dentro de los siguientes 6 meses.

Se encontró una reducción significativa en el colesterol en el grupo de EM entre el inicio y el periodo de seguimiento de seis meses, una diferencia que se mantuvo en el seguimiento de dieciocho meses, mientras que para el grupo control no existieron cambios significativos en los niveles de colesterol a lo largo del tiempo. Los hallazgos de este estudio también indican que el IMC se redujo inicialmente en el grupo de EM, pero luego volvió a los niveles basales a los dieciocho meses.

Otro hallazgo relevante se derivó de un análisis de regresión múltiple donde se encontró que entre más sesiones hayan tenido los usuarios, mayor era la

reducción de triglicéridos, ésta fue la única variable que resultó estar asociada con el número de sesiones, los autores comentan que esto indica que una intervención de EM de alta intensidad puede conducir a mejoras significativas en el colesterol hasta un año después de la intervención.

Entrevista motivacional y enfermedades cardiovasculares

En una revisión sistemática realizada por Sokalski, et al. (2019) se examinó la efectividad de la EM sobre las prácticas de autocuidado en población adulta con Insuficiencia Cardiaca (IC). Los hallazgos indican que la EM es efectiva para mejorar el autocuidado, la actividad física y conocimiento de autocuidado cuando se usa sola o en combinación con ejercicio estructurado, materiales educativos o atención estándar. También, este estudio reveló que la intervención fue menos efectiva cuando se ofreció por teléfono en relación con las sesiones presenciales. Cuando se ofreció junto con materiales educativos, el éxito de la Entrevista Motivacional mejoró.

En un ensayo controlado aleatorizado, realizado Masterson et al. (2016), que tenía como objetivo evaluar la eficacia de una intervención personalizada de EM versus la atención habitual (que consistía en ofrecer a los participantes materiales educativos diseñados para ayudar a las personas a identificar y abordar las barreras del autocuidado, mantener una dieta baja en sodio y llevar un estilo de vida activo) sobre la mejoría de los comportamientos de autocuidado, los síntomas físicos y la calidad de vida de la IC.

En este estudio participaron 67 personas, 26 en el grupo control y 41 en el grupo experimental, la intervención incluyó una sesión de EM en el hogar y 3 llamadas telefónicas de seguimiento en el transcurso de 90 días. Los resultados muestran que hubo una tendencia hacia la mejoría en la dimensión mantenimiento de la variable autocuidado para las personas que recibieron la intervención de EM, esta mejoría fue numéricamente más grande en el grupo de intervención comparado

con el grupo con tratamiento usual, aunque el tamaño del efecto fue moderado (d de Cohen = 0.44), la diferencia entre los grupos no fue inicialmente estadísticamente significativa. Después de ajustar por grupo de intervención diversas variables, hubo un aumento estadísticamente significativo de 8.7 puntos en el grupo de EM en comparación con el grupo de atención habitual a los 90 días. Finalmente en la variable de calidad de vida, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos

Este estudio concluye que es probable que la EM por sí sola no sea suficiente para mejorar la calidad de vida de las personas que están gravemente enfermos, dado que esta intervención se enfocó en aspectos específicos del autocuidado y la calidad de vida se ve influenciada por una variedad de factores complejos que no fueron evaluados en el estudio realizado.

Por otro lado, Rouleau et al., (2018) realizaron un ensayo controlado aleatorizado donde evaluaron el impacto de la EM sobre la intención de participar en rehabilitación cardiaca en usuarios con síndrome coronario agudo y encontraron que los participantes que recibieron la intervención reportaron mayor intención de asistir a rehabilitación cardiaca, informaron como “necesaria” la rehabilitación y asistieron a más sesiones de ejercicio, también reportaron que los usuarios que recibieron la intervención asistieron 75% más a sus sesiones de ejercicio agedadas comparada con el 54% de los usuarios que recibieron el tratamiento usual. Los autores concluyeron que la aplicación de la EM como preludio a la rehabilitación es una estrategia prometedora para facilitar la recuperación después de un evento coronario.

La evidencia de la efectividad de la EM en usuarios con enfermedades cardiovasculares es mixta, ya que resulta efectiva para algunas variables mientras que para otras no se encuentran diferencias estadísticamente significativas. Por ejemplo, Lee, et al. (2016) realizaron una revisión sistemática con el objetivo de identificar la mejor evidencia disponible relacionada con la efectividad de la EM sobre la modificación del estilo de vida, los resultados fisiológicos y psicológicos

para personas en riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular o con el diagnóstico de enfermedades cardiovasculares. Encontraron que la EM mostró un efecto positivo significativo sobre el hábito de fumar solamente, mientras que para variables como actividad física, consumo de frutas y verduras, ingesta de grasas, presion arterial, perfil de lípidos, IMC la EM no tuvo efectos significativos comparada con el tratamiento usual.

En 2019, Poudel, et al. realizaron una revisión sistemática donde encontraron que la EM facilitó un aumento significativo desde el inicio en usuarios con IC en conductas de autocuidado, también se encontraron diferencias significativas para aumento de actividad física, calidad de vida y disminución en las readmisiones hospitalarias.

Estos resultados mixtos se deben a varias circunstancias, tales como la falta de descripción detallada de las intervenciones, la heterogeneidad de las mediciones ya que diversos estudios utilizan diversos instrumentos para medir la misma variable y esto dificulta los análisis para comparar los resultados entre investigaciones y el tiempo de seguimiento que se sugiere sea más prolongado para facilitar la generación de evidencia del efecto sostenido de la EM en los indicadores biológicos de los usuarios.

La EM es un tipo de intervención que ha comenzado a demostrar cambios significativos a corto y mediano plazo y se ha posicionado como una herramienta que puede complementar las medidas de prevención secundaria farmacológica ya que al ser una intervención breve centrada en la persona potencializa los cambios comportamentales en el estilo de vida y en el autocuidado requeridos para disminuir el riesgo cardiovascular.

Definición de Entrevista Motivacional

La entrevista motivacional (EM) es definida como “un estilo de conversación colaborativa para fortalecer la motivación y el compromiso de una persona para cambiar” (Miller & Rollnick, 2013). Se trata de una intervención breve y centrada en la persona que promueve conductas de cambio por medio de la resolución de la ambivalencia (Miller & Rollnick, 1999), tratando de evocar y explorar las razones para el cambio, apoyar la autonomía y comunicando respuestas estratégicas hacia las percepciones del usuario en un ambiente de aceptación, compasión y sin juicios (Rouleau et al., 2018).

Es común que los usuarios que presentan algún tipo de conducta problemática muestren ambivalencia ante la posibilidad de cambio. Miller & Rollnick, (1999) definen la ambivalencia como “sentirse de dos maneras diferentes con respecto a algo o a alguien”, las personas pueden notar razones para cambiar y razones para no hacerlo y esto es una característica normal y común de todos los procesos de cambio; es muy frecuente que los usuarios de los servicios de salud sean conscientes de su necesidad de modificar su estilo de vida poco saludable, pero, por varias razones (por ejemplo, falta de motivación o autoeficacia, percepción de que se requiere un esfuerzo excesivo, recaídas previas, falta de apoyo social, etc.), están atrapados en su propia ambivalencia (Pietrabissa et al., 2017).

La EM tiene como objetivo ayudar a las personas a explorar su ambivalencia a través del cambio conductual. Este tipo de intervención se fundamenta en cinco principios generales (Miller & Rollnick, 2013) estos son:

1. Expresar empatía. Se caracteriza por una actitud de aceptación, en donde el terapeuta busca comprender los sentimientos y perspectivas de los usuarios sin juzgar, criticar o culpar. La escucha reflexiva es fundamental para expresar empatía y hacerle saber a la persona que el terapeuta tiene deseos de comprender sus puntos de vista.

2. Crear discrepancia. Consiste en hacerle ver al usuario el lugar en el que se encuentra y en el que quisiera estar, es decir, identificar la distancia entre su conducta actual y los objetivos que desea alcanzar.
3. Evitar la discusión. Una de las características principales de la EM radica en que no es confrontativa, es decir, que el terapeuta evita caer en la trampa de defender su argumento, ya que esto comúnmente produce resistencia por parte del usuario y disminuye las probabilidades de cambio. A su vez, la resistencia es un buen indicador de que se deben modificar las estrategias que se han utilizado.
4. Darle un giro a la resistencia. Este principio requiere que el terapeuta obtenga el mayor beneficio posible de la situación, la resistencia es una oportunidad para sugerirle al usuario un nuevo punto de vista desde el cual puede encontrar nuevas soluciones a sus problemas.
5. Fomentar la autoeficacia. Se trata de aumentar las percepciones de los usuarios acerca de su capacidad para hacer frente a los obstáculos y tener éxito en el cambio.

Fases de la Entrevista Motivacional

La entrevista motivacional tiene dos fases, a continuación, se describe cada una de ellas.

Fase 1. Construyendo la motivación para el cambio

Esta primera fase tiene como objetivo construir la motivación para el cambio; es común que durante esta fase el cliente se encuentre en etapa de pre contemplación o contemplación y por ende muestre ambivalencia y resistencia al cambio. Esta fase se centra primariamente en construir la motivación mediante la amplificación y clarificación de la discrepancia.

Es importante que en esta parte del tratamiento el terapeuta cree una atmósfera de confianza y aceptación donde el usuario pueda hablar y analizar sus problemas. Es por esto que durante esta primera parte se hace uso de determinadas

estrategias para ayudar al cliente en la resolución de la ambivalencia. Estas estrategias son:

1. Preguntas abiertas. Esta estrategia tiene como objetivo que el usuario ofrezca la mayor cantidad de información respecto al problema que lo trae a terapia. Con las personas más resistentes resulta útil utilizar preguntas que den información acerca del lado positivo y negativo de la conducta problema.
2. Escucha reflexiva. Es una de las estrategias y habilidades cruciales dentro de la EM, en esta estrategia se saca una deducción de lo que la persona ha comunicado, es decir, es una forma de descodificar lo que el cliente ha dicho y devolvérselo en una frase. Es una forma de comprobar la información, más que de asumir que el terapeuta sabe lo que el usuario quiso decir.
3. Afirmar. Esto se realiza en forma de comentarios positivos, frases de aprecio y comprensión.
4. Resumir. Esta estrategia tiene como objetivo sintetizar la información que se ha logrado reunir, los resúmenes se hacen de forma periódica y especialmente en la primera sesión al finalizar la entrevista inicial para devolverle al usuario los puntos más importantes que se encontraron. También es una forma de hacerle saber que se le está escuchando de forma activa y de permitirle a la persona que examine de forma simultánea los aspectos positivos y negativos, reconociendo que ambos están presentes.
5. Provocar afirmaciones automotivadoras. Las frases automotivadoras son aquellas donde el usuario expresa las razones para cambiar y la tarea del terapeuta es facilitar la expresión de estas frases. Esta estrategia es fundamental para crear discrepancia y resolver la ambivalencia de las personas. Existen cuatro tipos de frases automotivadoras que se pueden identificar en el lenguaje verbal y no verbal del usuario, estas son: reconocimiento del problema, expresión

de preocupación, intención de cambiar directa o implícita y expresión de optimismo sobre el cambio.

Otras de las estrategias comunes que se emplean dentro de la EM que se centran en desarrollar la motivación para el cambio son: establecimiento de la agenda, el balance decisional, evaluar la importancia de los motivos para cambiar y generar charla de cambio (Hardcastle et al., 2013), estas estrategias son utilizadas para lograr que el usuario asuma la responsabilidad de hacer cambios mediante la resolución de la ambivalencia.

El balance decisional es una de las principales estrategias utilizadas dentro de la EM, éste consiste en analizar junto con el usuario los beneficios percibidos de mantenerse igual y los costes percibidos de hacer un cambio. El balance decisional (Figura 1) se usa para profundizar en ese estado de ambivalencia, para aclarar los factores motivacionales contrapuestos y para estimular a la persona a que considere la posibilidad de cambiar (Miller & Rollnick, 1999).

Figura 2. Balance decisional

	SEGUIR IGUAL	HACER UN CAMBIO
BENEFICIOS		
COSTOS		

Es común que durante esta primera fase las personas muestren resistencia al cambio, Miller y Rollnick enumeran las conductas que manifiestan resistencia por

parte del usuario, estas son: argumentar en contra del cambio, interrumpir, negar e ignorar lo que el terapeuta comenta durante la terapia. Para manejar la resistencia Miller & Rollnick (1999) establecen un abanico de estrategias, tales como:

1. Devolución simple. Consiste en el reconocimiento o identificación de la situación con la que la persona está en desacuerdo, sus emociones y percepciones, de tal forma que sólo se hace énfasis en algunos elementos importantes que el usuario ha dicho evitando la trampa de la confrontación.
2. Devolución amplificada. Para esta estrategia es necesario que el terapeuta retome lo que el usuario ha comentado de una forma exagerada o amplificada, si esta estrategia da buen resultado el usuario retrocederá en su discurso y se fomentará la otra parte de la ambivalencia.
3. Devolución de las dos caras de la ambivalencia. Consiste en reconocer lo que el usuario ha dicho y añadir a esto otros elementos de su ambivalencia, se puede hacer uso de los comentarios que el usuario ha hecho en otras sesiones para lograr la devolución de las dos caras de la ambivalencia.
4. Cambio de tema. Consiste en desviar la atención del paciente de lo que está resultando la resistencia para seguir avanzando, esta estrategia tiene que ver con el hecho de rodear los obstáculos en vez de intentar saltar por encima de ellos.
5. Acuerdo con un giro. Consiste en una estrategia sutil donde se está de acuerdo con el usuario, pero con un ligero giro o cambio de dirección que impulsa la discusión hacia delante.
6. Énfasis en la elección y control personal. Consiste en hacerle saber al usuario que tiene la libertad de elegir lo que ocurre y que el cambio depende totalmente de sus decisiones.
7. Reformulación. Consiste en reconocer la validez de las percepciones de la persona y al mismo tiempo ofrecer un nuevo significado o

interpretación de éstas de tal forma que sean de utilidad y contribuyan al cambio.

8. Paradoja terapéutica. Se sugiere el uso de esta estrategia sólo si no se ha tenido buenos resultados con el resto de las estrategias ya mencionadas, ya que su uso requiere habilidad considerable y cierta precaución. Esta estrategia consiste en colocar al usuario en una situación donde se le hace ver que la única opción viable es que siga con la conducta que le ha causado problemas, es decir, que siga como antes, sin cambiar. Se espera que el usuario se mueva en una dirección beneficiosa donde exponga razones suficientes para llevar a cabo el cambio.

Todas estas estrategias tienen la intención de liberar a los usuarios de la necesidad de defenderse contra la ansiedad creada por el desbalance o discrepancia entre sus metas y su conducta (Riegel et al., 2006).

La EM considera a la resistencia como una oportunidad, es por esto que durante esta fase se trabaja para motivar al usuario y evita que la resistencia surja o aumente.

Fase 2. Fortaleciendo el compromiso para el cambio

Como su nombre lo indica el objetivo de esta fase es aumentar el compromiso para el cambio, de acuerdo con Miller & Rollnick, (1999) existen varios indicadores de que el usuario se encuentra listo para pasar a la fase dos, estos son:

1. Disminución de la resistencia
2. Disminución de preguntas sobre el problema
3. Resolución
4. Afirmaciones automotivadoras
5. Aumento de las preguntas sobre el cambio

6. Imaginar cómo sería la vida cuando se realicen los cambios
7. Experimentación

Miller & Rollnick (1999) reportan el uso de diversas estrategias para hacer la transición a la fase dos, éstas apoyan al usuario en el comienzo de esta etapa. Estas estrategias son:

- Recapitulación. Es un resumen que incluye las percepciones del usuario acerca del problema, la ambivalencia, datos acerca de la presencia de riesgos, indicadores reportados por la persona acerca de las intenciones de cambio y la evaluación del terapeuta especialmente los temas donde se coincide con las preocupaciones del usuario. La recapitulación lleva directamente a la formulación de las preguntas clave.
- Preguntas clave. Son preguntas abiertas que tienen como objetivo que el usuario hable y piense sobre el cambio, el tema de las preguntas es el siguiente paso que se debe tomar, es decir, el "¿qué sigue?".
- Información y consejo. Algunas veces las personas, piden apoyo para pensar en ideas o sugerencias acerca de cómo llevar a cabo el cambio, aquí el terapeuta puede ofrecer información y consejo, sin embargo, es importante estimular al usuario para que comparta las ideas que ha tenido acerca del cambio, también se sugiere moderar las sugerencias que el terapeuta ofrezca, así como brindar una serie de consejos en vez de solo uno.
- Negociar un plan. Con la información que se obtuvo por medio de las preguntas abiertas y con las ideas expuestas acerca de cómo llevar a cabo el cambio, el plan para llevar a cabo el cambio puede comenzar a tomar forma. El primer paso para estructurar el plan es establecer los objetivos, para después, considerar las opciones de cambio y finalmente se estructura el plan junto con el usuario.

La finalización del plan de acción conduce naturalmente al tema del compromiso, el cual conlleva que la persona otorgue su aprobación y aceptación para llevar a cabo el plan. Es importante conseguir la aceptación verbal por parte del usuario e indagar si existen aún resistencias, si es así, el uso de las estrategias comentadas durante la fase uno del tratamiento es recomendable para la resolución de la ambivalencia (Miller & Rollnick, 1999).

MÉTODO

Pregunta de investigación

¿Cuál es el porcentaje de seguimiento del plan de alimentación después de una intervención a distancia basada en la entrevista motivacional para personas con antecedente de Infarto Agudo al Miocardio?

Objetivo general

Determinar el porcentaje de seguimiento del plan de alimentación después de una intervención a distancia basada en la entrevista motivacional para personas con antecedente de Infarto Agudo al Miocardio.

Objetivos específicos

- Adecuar el consumo de verduras y frutas a los requerimientos individuales de la persona.
- Adecuar el consumo de cereales y proteínas a los requerimientos individuales de la persona.

Participantes

Participaron 3 pacientes con antecedente de Infarto Agudo al Miocardio del Instituto Nacional de Cardiología “Dr. Ignacio Chávez. Todos hombres mayores de edad, en la tabla 1 se detallan las características de los mismos.

Criterios de inclusión

- 18 años en adelante
- Pacientes con antecedente de Infarto Agudo al Miocardio que haya ocurrido mínimo hace 3 meses.
- Que el paciente firme el consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Comorbilidad psiquiátrica o deterioro físico que imposibilite a participar de forma independiente en el tratamiento.
- No contar con los recursos electrónicos mínimos indispensables para realizar la comunicación por video llamada.

Tabla 1. Características de los participantes

Caso	**1**	**2**	**3**
Edad	73	64	67
Sexo	Hombre	Hombre	Hombre
Escolaridad	Licenciatura	Preparatoria	Maestría
Ocupación	Desempleado	Desempleado	Desempleado
Estado civil	Casado	Casado	Casado
Peso (kg)	74	73	121
Talla (cm)	174	164	170
IMC	24.44	27.14	41.87
Infartos previos	0	1	0
DM2	Sí	Sí	No
HAS	No	Sí	Sí
Tabaquismo suspendido	Sí	Sí	Sí
Sobrepeso	No	Sí	No
Obesidad	No	No	Sí

Formulación clínica de los casos

Los casos se formularon de acuerdo con los elementos establecidos por Nezu, Nezu, & Lombardo, (2006) En primer lugar, se encuentran las *variables distales,* que consisten en aquellos factores del desarrollo o historia de la persona

que juegan un papel importante en el surgimiento del problema a tratar. En segundo lugar, están las *variables de antecedentes*, relacionadas con el ambiente y que funcionan como estímulos detonadores o discriminativos de las conductas problema. En tercer lugar, se encuentran las *variables organísmicas*, relacionadas con la persona (características afectivas, biológicas, comportamentales y socioculturales), juegan un papel mediador o moderador en la presenación de la respuesta. Las *variables de respuesta* son el cuarto elemento y hacen referencia a las metas instrumentales del tratamiento, es decir, los principales problemas conductuales, afectivos y cognitivos que la persona presenta y a las que el tratamiento irá dirigido. En quinto y último lugar se encuentran las *variables de consecuencia*, que son todas aquellas variables que tiene relación con la persona y con su ambiente y se presentan como resultado de las variables de respuesta (Nezu et al., 2006).

A continuación se preseta la formulación clínica de los casos estudiados.

Caso 1

Un hombre de 73 años de edad, quien vive con su esposa, quien trabajaba rentando e instalando equipo de audio en eventos sociales. Presentó un infarto agudo al miocardio a inicios del mes de septiembre de 2020, el participante reporta antecedentes de tabaquismo y se le diagnostica diabetes mellitus durante la hospitalización.

En la figura 2 se presenta la información obtenida de manera organizada siguiendo el orden de la formulación para el participante identificado como Caso 1.

Figura 3. Formulación del Caso 1

V. Distales	V. Antecedente	V. Organísmicas	V. de Respuesta	Consecuencias
Actualmente vive con su esposa quien no sigue un plan de alimentación saludable. Pérdida de empleo y dificultades económicas debido a contingencia sanitaria por pandemia de COVID-19 Tabaquismo, consumía al menos 7 cigarrillos al día.	Disminución en su desempeño en actividades de la vida diaria (jardinería, transporte, trabajo etc.) Su esposa consume alimentos altos en grasas y azúcares	Hombre de 73 años de edad. Tabaquismo, disminuye su consumo a partir de la pandemia. Diabetes mellitus diagnosticada al momento de hospitalización Altos niveles de estrés debido a las dificultades económicas. Percepción de ser una persona saludable anteriormente y de tener autocontrol al momento de alimentarse.	Falta de auto control. Incremento en la ingesta de alimentos altos en azúcares (pan dulce) Baja adherencia al medicamento. Pensamientos sobre abandonar el tratamiento “yo no quiero terminarme esto que compré [refiriendose a los medicamentos], me tengo que curar antes de que se acabe” “tomar tanto medicamento, me desmotiva, nunca en mi vida había tomado tantos medicamentos” Retomar actividades físicas moderadas sin detenerse al presentar síntomas de dolor en el pecho o fatiga	Corto plazo: Reducción del malestar. Aumento en la percepción de autocontrol de la conducta alimenticia. Por ejemplo: “soy una persona que desde siempre se ha cuidado y tengo mucho autocontrol” Largo plazo Mantenimiento del problema de salud debido a la falta de seguimiento de las porciones establecidas en su plan de alimentación Emocionales: tristeza, preocupación, desesperación Fisiológicas: Dolor en el pecho y fatiga

Caso 2

En la figura 3 se presenta la formulación del caso 2, se trata de un hombre de 64 años de edad, quien vive con su esposa, presentó su primer infarto en el año 2012, con diagnóstico de diabetes mellitus y de hipertensión; se identifica un historial fluctuante de adherencia al plan alimenticio desde el primer evento cardiovascular.

Figura 4. Formulación del Caso 2

V. Distales	V. Antecedente	V. Organísmicas	V. de Respuesta	Consecuencias
Primer Infarto agudo al miocardio en 2012 Tabaquismo por 20 años. Dificultades económicas debido a contingencia sanitaria por pandemia de COVID-19 Cada tres meses realizarse estudios de laboratorio para corroborar que sus niveles de colesterol y glucosa se encuentran estables.	Sensación de hambre durante la cena Cogniciones negativas sobre el curso de la enfermedad: "estoy consciente de que en cualquier momento hay desenlace [referido a que puede fallecer]" Ver resultados de laboratorio fuera de los rangos esperados.	Cogniciones negativas sobre sí mismo: "no puedo mantener a mi familia" Segundo infarto agudo al miocardio Tabaquismo suspendido 4 días antes de ingresar al hospital. Diagnóstico de diabetes desde hace 12 años Diagnóstico de hipertensión después del primer infarto Falta de información acerca de su plan de alimentación (hacer su plan de lo que debe de comer, abastecerse de los alimentos del plan e integrar los alimentos en un platillo y no saber el tamaño de las porciones)	Aumento de la ingesta de alimentos como barbacoa o carnitas. Aumento de la ingesta de pan dulce Consumo de 9 cigarrillos a la semana Modificar su alimentación sólo cuando sus estudios de laboratorio salían alterados Emocionales: tristeza	Corto plazo: sensación de saciedad y disminución del malestar por el hambre. Percepción de control de la enfermedad. Baja adherencia al plan de alimentación fluctuante. Aislamiento de su familia. Largo plazo: Aumento de factores de riesgo cardiovascular para presentar nuevamente un infarto.

Caso 3

En la figura 4 se muestra la formulación del caso 3, quien es un hombre de 67 años, quien en el año de 2016 tuvo un infarto y en 2017 se le diagnostica insuficiencia cardiaca con una Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo (FEVI) de 41%, además presenta diagnóstico de hipertensión arterial, obesidad grado 3 y tabaquismo suspendido. Ingresa a hospitalización durante septiembre 2020 para colocación de marcapaso.

Figura 5. Formulación del Caso 3

V. Distales	V. Antecedente	V. Organísmicas	V. de Respuesta	Consecuencias
Responsable económicamente de su esposa e hijos. Dificultades económicas debido a contingencia sanitaria por pandemia de COVID-19 Infarto agudo al miocardio en 2016. Tabaquismo suspendido.	Hacer las compras de alimentos para el consumo semanal. Percepción de bienestar físico. Al notar que sus hijos consumen alimentos hipercalóricos	Bajo autocontrol para evitar el consumo de alimentos hipercaloricos. Cogniciones como: “las necesidades de mis hijos están primero que las mías” Comorbilidades: HAS desde hace 10 años e Insuficiencia cardiaca. Obesidad grado 3. Colocación de marcapaso debido a bloqueo AV completo. Falta de información acerca de su plan de alimentación (tamaño de las porciones).	Abandono de plan de alimentación. Disminución en el consumo de frutas y verduras Aumento en el consumo de grasas y azúcares. Sentir culpa al no poder proveer la cantidad de alimentos para él y toda su familia. Consumo hipercalorico social.	Corto plazo: No consume las porciones de frutas y verduras necesarias y prescritas en su plan de alimentación. Convivencia con sus hijos, percepción de pertenencia o inclusión a la familia. Largo plazo: Mantenimiento del problema de salud debido a la falta de seguimiento de las porciones establecidas en su plan de alimentación

Instrumentos

- **Autoregistro de dieta y toma de medicamentos.** Serie de formatos de autoregistros construido específicamente para el programa de prevención secundaria. Previamente diseñado y piloteado con los pacientes, ajustado a sus necesidades (Anexo 1).
- **Escala de Riesgo Cardiovascular Framingham** (Instituto Mexicano del Seguro Social, s.f.). Permite estimar el riesgo a 10 años del primer infarto agudo al miocardio en función de los siguientes factores de riesgo: edad, sexo, tabaquismo, diabetes, hipertensión, presión arterial sistólica así como colesterol HDL y total.

Variable Independiente

La variable independiente de esta investigación fue una intervención psicológica basada en entrevista motivacional vía videollamada. Estuvo compuesta por tres módulos, el primero tuvo como objetivo motivar al cambio a los participantes y brindarles información acerca del infarto agudo al miocardio y de su plan de alimentación, el segundo módulo estaba dirigido a establecer un plan de acción para que el participante modificara su comportamiento y el tercer módulo tuvo como objetivo anticipar y prevenir la aparición de una recaída. En la tabla 2 se presentan las actividades desarrolladas en cada uno de los módulos mencionados.

Variables Dependientes

- Número de porciones de frutas de acuerdo a lo establecido en el plan de alimentación
- Número de porciones de verduras de acuerdo a lo establecido en el plan de alimentación
- Número de porciones de proteínas de acuerdo a lo establecido en el plan de alimentación
- Número de porciones de cereales sin grasa de acuerdo a lo establecido en el plan de alimentación

- Porcentaje de riesgo cardiovascular
- Reducción de colesterol LDL mg/dL
- Reducción de colesterol total mg/dL
- Reducción de triglicéridos mg/dL

Tabla 2. Actividades desarrolladas en cada módulo

	Actividades desarrolladas
Módulo 1	• Provocar la plática de cambio en el discurso de la persona • Desarrollar en conjunto la técnica de balance decisional • Explicar el concepto de Infarto Agudo al Miocardio, factores de riesgo, síntomas y conductas de autocuidado • Revisar el plan de alimentación en cuanto a porciones y grupos de alimentos. • Establecer la agenda de trabajo con la persona
Módulo 2	• Recapitular la situación actual de la persona. • Formulación de preguntas abiertas • Establecer la meta a la que se espera llegar. • Establecer los objetivos requeridos para cumplir la meta. • Desarrollar en conjunto un plan de acción para el cumplimiento de los objetivos
Módulo 3	• Explicar el concepto de recaída • Explicar tipos de situaciones de riesgo e identificar posibles situaciones de riesgo en la vida de la persona • Identificar el tipo de situación a la que la persona es más vulnerable. • Evocar conductas alternativas a las habituales para hacer frente a las situaciones.

Diseño del estudio

Se utilizó un diseño experimental de caso único (n=1) con dos réplicas de tipo A-B con seguimiento hasta de dos semanas. Durante la primera fase (A) se realizó la entrevista inicial, se entrenó a los participantes en el registro de alimentación y se recogieron los datos de línea base, esta fase tuvo una duración de hasta de 15 días. Posteriormente en la segunda fase (B) se aplicó la interveción antes mencionada y al terminarla se realizó el seguimiento hasta por dos semanas.

Análisis de datos

Para analizar los datos obtenidos, se optó de manera inicial por un análisis visual para las variables de consumo de frutas, verduras, proteínas y cereales sin grasas, además de esto se utilizó la fórmula de Porcentaje de Meta Obtenido (PMO) (Ferron et al., 2020) para analizar el grado en que los participantes alcanzaron las metas establecidas en el consumo de alimentos de su plan de alimentación, así mismo, se analizó el cambio clínico con los resultados pre y post de los niveles de colesterol total, colesterol LDL y triglicéridos .

El Porcentaje de Meta Obtenido es un análisis que toma en cuenta específicamente el progreso hacia el nivel objetivo del comportamiento y se diferencia de otras estimaciones del tamaño del efecto en que las observaciones se comparan con un resultado u objetivo ideal. Cuando la meta es la adquisición de un comportamiento, la ecuación para calcularlo es la siguiente:

$$PMO = \frac{\beta - \alpha}{\gamma - \alpha} \times 100$$

Donde γ es el nivel de conducta deseado o la meta a la que se espera llegar, α es el nivel esperado de comportamiento en ausencia de intervención; una cantidad que se basa en las observaciones de la línea de base y β es el nivel del comportamiento obtenido durante la intervención.

Por lo tanto, el progreso hacia la meta da como resultado un valor positivo para PMO independientemente de si la meta es aumentar o disminuir el comportamiento. Un valor de 100 indicaría que se alcanzó el nivel de la meta, mientras que los valores por encima de 100 son posibles si se excede el nivel de la meta y los valores por debajo de 0 son posibles e indicarían un movimiento en la dirección opuesta a la meta (Ferron et al., 2020).

Para calcular la significacia clínica se utilizó el Cambio Clínico Objetivo (CCO) (Cardiel, 1994), para obtener este índice se calcula la diferencia entre las puntuaciones obtenidas en el pre test y post test y se divide entre el pre test. Los cambios superiores a 0.20 son consideraros clínicamente significativos.

Por último, se calculó el riesgo cardiovascular por medio de la calculadora Framingham que proporciona el Instituto Mexicano del Seguro Social, (s.f.) en su página web, esta herramienta mide las probabilidades de sufrir un paro cardiaco en los siguientes 10 años y se calcula con base en el sexo, edad, presión sanguínea sistólica, hipertensión, tabaquimo, diabetes, colesterol total y HDL y como resultado proporciona el porcentaje de riesgo cardiovascular.

Procedimiento

Se realizó una revisión del censo diario del tercer piso de hospitalización del Instituto Nacional de Cardiología, el expediente electrónico de aquellos pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y estaban por ser dados de alta fue revisado para recabar datos como peso, talla, niveles de colesterol, hemoglobina glicosilada y presión arterial. Posteriormente, fueron invitados a participar en el estudio, en primer lugar, se les explicó el objetivo del proyecto y la modalidad del mismo (a distancia).

A los pacientes que se mostraban interesados en participar se les hizo entrega de un sobre que contenía lo siguiente: el formato de consentimiento

informado, dos cuadernillos de registro conductual, un formato de balance decisional y un formato de plan de acción. En primer lugar se les pedía a los pacientes que leyeran el consentimiento informado, después se resolvían dudas y después el consentimiento era firmado. Se explicaron el resto de documentos incluidos en el sobre y se solicitaron los datos del participante para establecer contacto con ellos, de igual forma se les proporcionó el contacto de la psicóloga encargada del proyecto.

Aproximadamente, después de una semana del alta del paciente y del primer contacto presencial, se les llamaba por teléfono para agendar la primera videollamada. La comunicación con los pacientes fue por medio de la aplicación Whatsapp, la intervención fue proporcionada por videollamada de la misma aplicación y cuando existieron problemas de conexión que imposibilitaban la comunicación se establecía contacto por llamada telefónica para seguir con la intervención. De manera semanal los participantes enviaban fotografías de sus registros conductuales vía mensajería de la aplicación anteriormente mencionada.
Durante la primera videollamada, se realizó la entrevista inicial que buscaba identificar los principales factores de riesgo a los que cada paciente estaba expuesto, también durante esta sesión se explicaba el llenado del cuadernillo de registro conductual. Algunas veces eran necesarias dos sesiones para finalizar la entrevista inicial, mientras, los pacientes seguían realizando sus registros conductuales como parte de la línea base.

Después de finalizar la entrevista inicial, se daba inicio a la intervención modular que se describió a detalle en el manual basado en el trabajo de Miller & Rollnick (2013) construido para este proyecto (Anexo 2) . Al finalizar la intervención, se realizaron dos seguimientos para conocer si los participantes tenían alguna dificultad u obstáculo para seguir sus planes de acción establecidos durante la intervención.

Por último, los datos fueron capturados y analizados para evaluar la efectividad del tratamiento.

RESULTADOS

En la figura 5 se muestra la cantidad de porciones de frutas y verduras consumidas por el participante identificado como Caso 1, la porción de verduras indicada en el plan de alimentación de este participante fue de 5 y 2 porciones de frutas. El análisis visual de los datos, muestra que durante la línea base no se mostró ningún patrón que indique tendencias en el consumo de frutas o de verduras. También se puede observar que el consumo de frutas excedía el número de porciones indicadas en el plan de alimentación, mientras que el consumo de porciones de verduras se encontraba por debajo del número de porciones establecidas en el plan de alimentación para este participante.

Figura 6. Consumo de frutas y verduras del Caso 1.

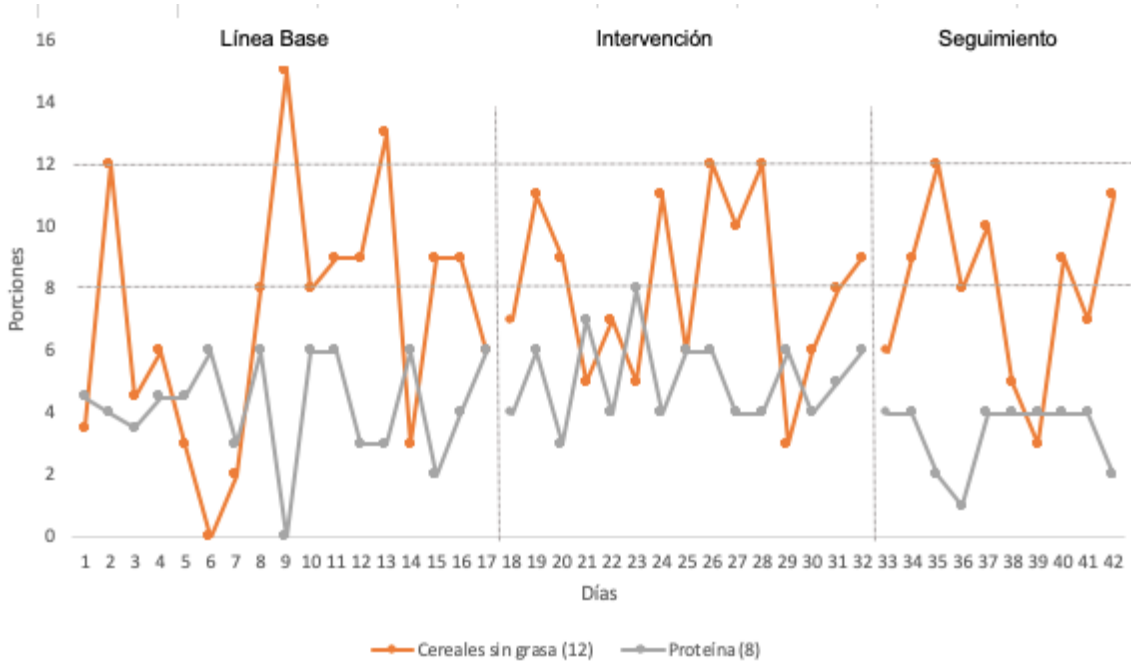
Nota. Las líneas marcan el número de porciones recomendado para cada grupo de alimentos. 5 porciones para las verduras y 2 porciones para las frutas.

Durante la fase de intervención no se observan cambios en el consumo de frutas ya que se siguen presentando días donde el consumo excede el número de porciones establecidas o donde se encuentra por debajo de lo recomendado. En cuanto al consumo de verduras durante la fase de intervención se observa un leve incremento comparado con la línea base, sin embargo, no se alcanza la cantidad

de porciones establecidas en el plan de alimentación. Durante el seguimiento no se observan cambios significativos en el consumo de estos alimentos.

En la figura 6 se muestra el gráfico del consumo de cereales sin grasa y proteínas del Caso 1, la porción de cereales indicadas fue de 12 y 8 porciones de proteína. Se puede observar que durante la línea base no se identifica ninguna tendencia para ambos grupos de alimentos, para el consumo de cereales es posible notar que durante casi todas las mediciones de esta fase el consumo se encuentra por debajo de lo establecido y en dos ocasiones se identifica que el consumo fue mayor a lo recomendado. Mientras que para las proteínas se identifica que el consumo siempre estuvo por debajo de las porciones indicadas.

Figura 7. Consumo de cereales sin grasa y proteína del Caso 1.



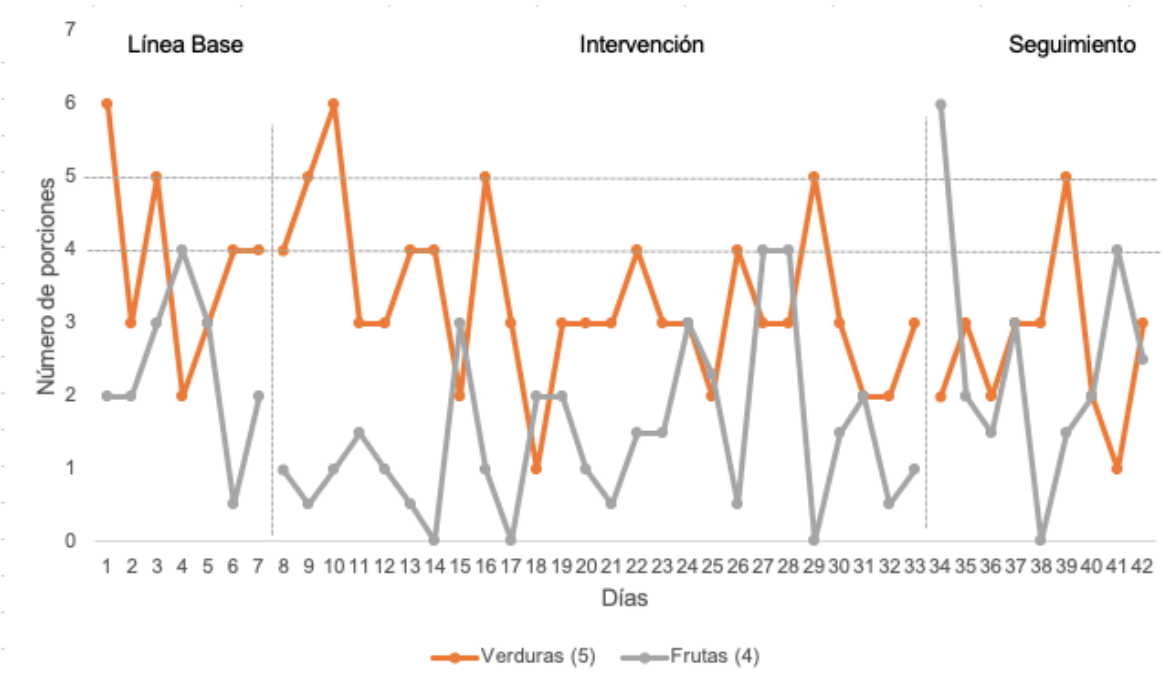
Nota. Las líneas marcan el número de porciones recomendado para cada grupo de alimentos. 12 porciones para los cereales sin grasa y 8 porciones para las proteínas.

Durante la fase de intervención se identifica un leve incremento cercano al consumo esperado de cereales sin grasa en los días 19, 20 y 24 y un consumo adecuado en los días 26 y 27 mientras que en el resto de los días el consumo de

este grupo de alimentos se observa por debajo de lo esperado. Mientras que para las proteínas no se identifican cambios comparados con la línea base pues el consumo sigue por debajo de lo establecido en el plan de alimentación de este participante. Durante el seguimiento no se observan cambios significativos en el consumo de estos alimentos.

En la figura 7 se presentan los datos recabados del consumo de frutas y verduras del participante identificado como el Caso 2, durante la línea base no se identifican patrones que indiquen tendencias en el consumo de ambos grupos de alimentos. Para las frutas se puede observar que la cantidad de porciones consumidas durante esta fase estuvo por debajo de las 4 porciones recomendadas, en cuanto a las verduras se identifica que en la mayor parte de las mediciones el consumo se encuentra por debajo de las 5 porciones establecidas en el plan de alimentación de este participante.

Figura 8. Consumo de frutas y verduras del Caso 2.

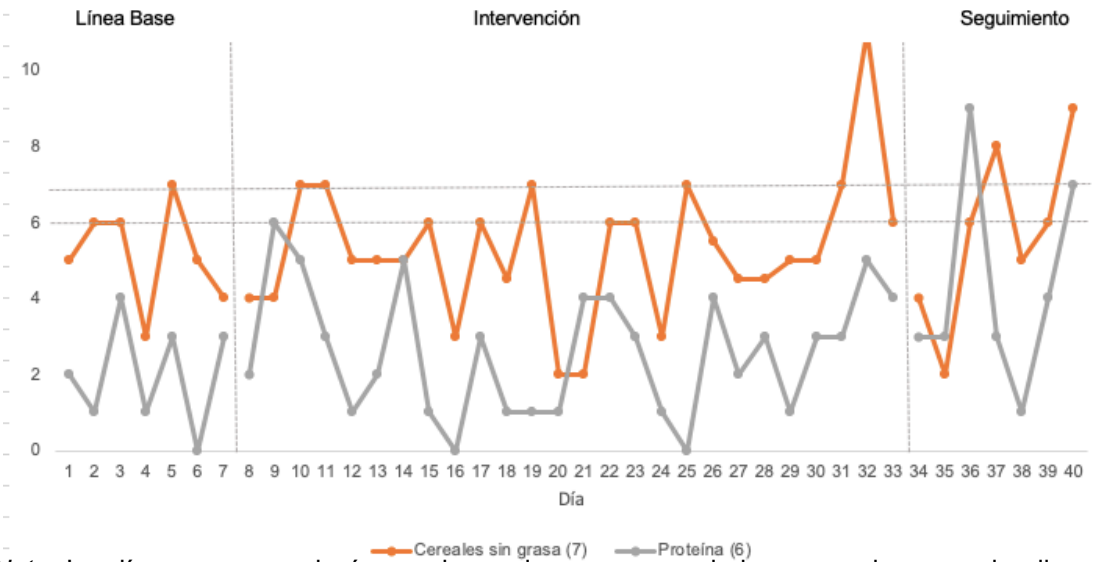


Nota. Las líneas marcan el número de porciones recomendado para cada grupo de alimentos. 5 porciones para las verduras y 4 porciones para las frutas.

Durante la fase de intervención no se observan cambios en el consumo de frutas pues durante esta fase el participante no consumió las porciones indicadas, mientras que para el consumo de verduras se identifica que durante los días 9, 16 y 29 se alcanzó el consumo requerido de este grupo, el resto de los días estuvo por debajo de lo esperado. En la fase de seguimiento no se observan cambios significativos en el consumo de estos alimentos.

En la figura 8 se observa el gráfico de consumo de los cereales sin grasa y de las proteínas, para los primeros el consumo establecido fue de 7 porciones mientras que para las proteínas fue de 6 porciones. Se puede observar que durante la línea base no se identifican tendencias en el consumo de ambos grupos de alimentos, tanto las proteínas como los cereales sin grasa se observan por debajo del consumo esperado en la mayor parte de las mediciones. Durante la fase de intervención se observa que en los días 10,11, 20, 25 y 31 el consumo de los cereales sin grasa fue el esperado mientras que el resto de los días el consumo estuvo por debajo de lo establecido. El consumo de proteínas siguió por debajo de lo esperado durante la fase de intervención. En la fase de seguimiento no se observan cambios significativos en el consumo de estos alimentos.

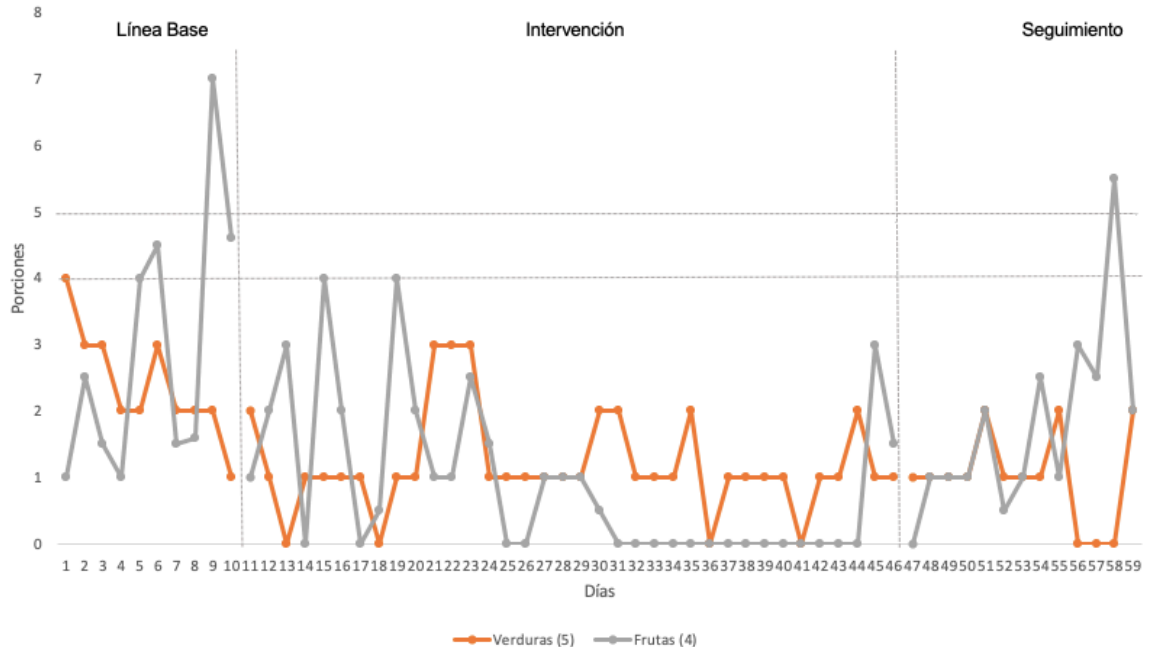
Figura 9. Consumo de cereales sin grasa y proteína del Caso 2.



Nota. Las líneas marcan el número de porciones recomendado para cada grupo de alimentos. 7 porciones para los cereales sin grasa y 6 porciones para las proteínas.

En la figura 9 se presenta el gráfico del consumo de frutas y verduras para el participante identificado como Caso 3, para este participante el consumo de frutas esperado fue de 4 porciones y de 5 para las verduras. Como se puede observar, durante la línea base el consumo de verduras se encuentra por debajo de lo esperado. Para el consumo de frutas se observa que en los días 6, 9 y 10 el consumo estuvo por arriba de las 4 porciones recomendadas, en el resto de las mediciones se encontró por debajo de lo esperado.

Figura 10. Consumo de frutas y verduras del Caso 3



Nota. Las líneas marcan el número de porciones recomendado para cada grupo de alimentos. 5 porciones para las verduras y 4 porciones para las frutas.

Durante la fase de intervención se observa que el consumo de ambos grupos de alimentos se encuentra aún por debajo de las porciones establecidas en el plan de alimentación. En el caso de las frutas se observa que a partir del día 31 hasta el día 44 el consumo fue de cero debido a que el participante reportó malestares estomacales. En el seguimiento no se observan cambios significativos en el consumo de ambos grupos de alimentos.

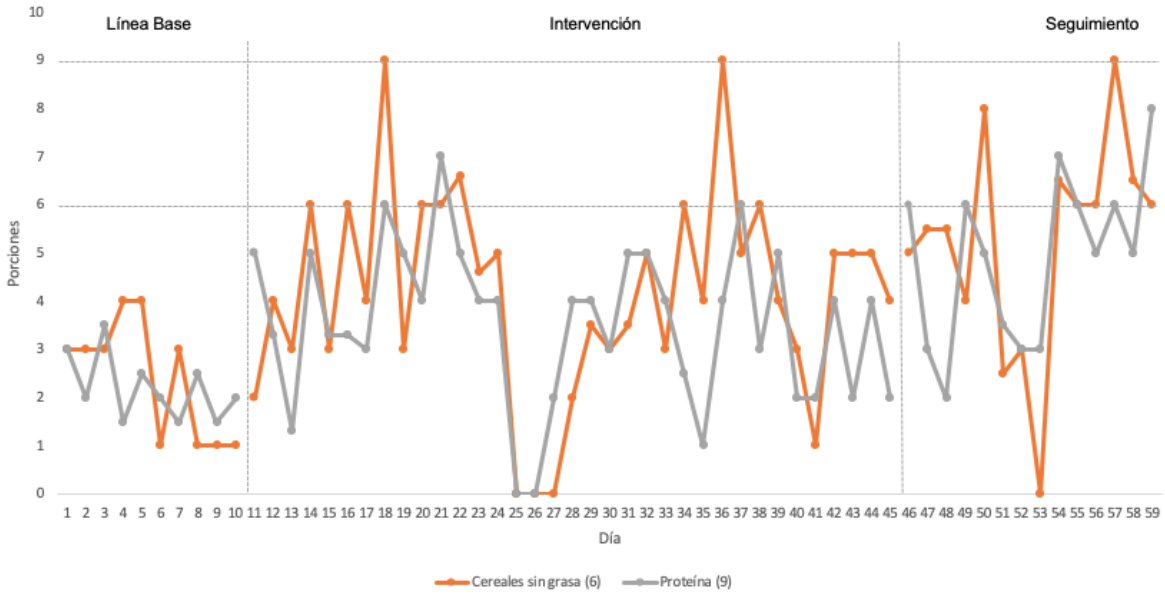
En la figura 10 se observa el gráfico del consumo de los cereales sin grasa y proteínas del Caso 3, en el plan de alimentación de este participante se indicó que el número de porciones indicadas para los cereales fue de 6 y de 9 para las

proteínas. Durante la fase de línea base se observa que para ambos grupos no se identifican tendencias en el consumo de estos alimentos además de que la cantidad de porciones se encuentra por debajo de lo establecido.

En la fase de intervención se identifica un leve incremento en la cantidad de porciones de cereales sin grasa que el participante consumió, sin embargo, se observa que sólo en los días 14, 17, 20, 34 y 39 el número de porciones fue el ideal para este grupo de alimentos, mientras que los días 18, 22 y 36 el consumo estuvo por arriba de lo establecido; el resto de los días estuvo por debajo de lo recomendado.

En cuanto al consumo de proteínas, se identifica que no se alcanzó el número de porciones recomendadas durante la fase de intervención. Por último, en la fase de seguimiento, no se identificaron cambios en el consumo de ambos grupos de alimentos.

Figura 11. Consumo de cereales sin grasa y proteína del Caso 3



Nota. Las líneas marcan el número de porciones recomendado para cada grupo de alimentos. 6 porciones para los cereales sin grasa y 9 porciones para las proteínas.

En la tabla 2 se presenta el cálculo del PMO para cada grupo de alimentos de los tres casos estudiados, al menos para el caso 2 y 3 las frutas y verduras fueron los alimentos que mostraron retrocesos en el alcance de las metas esperadas, mientas que los cereales sin grasa y las proteínas presentaron avances hacia la meta esperada en los tres casos estudiados.

Tabla 3. Porcentaje de Meta Obtenido

Caso	Frutas	Verduras	Cereales sin grasa	Proteínas
1	42.72%	16.12%	16.66%	27.41%
2	-57.32%	-48.07%	8.87%	15.38%
3	-188.25%	-46.15%	48.57%	19.62%

Por otro lado, se presentan los resultados pre y post intervención de colesterol total, en la figura 11 se pueden observar los cambios obtenidos para cada caso estudiado. Como se observa el Caso 1 fue el único que tuvo un aumento en el nivel de colesterol total después de la intervención, en el resto de los casos estudiados se observa una disminución en los niveles de este indicador. De acuerdo con la Asociación Americana del Corazón (2020), los niveles deseables de colesterol total en la sangre deben encontrarse por debajo de los 200 mg/dL; de acuerdo con este criterio todos los casos se encuentran en los niveles sugeridos.

En la figura 12 se presentan los cambios en triglicéridos, el criterio en el que este indicador debe encontrarse es por debajo de los 150mg/dL (Asociación Americana del Corazón, 2020), de acuerdo con esto se observa que el caso 2 y 3 mostraron un disminución de este indicador encontrándose en los niveles deseables mientras que el Caso 1 mostró un aumento después de la intervención.

Figura 12. Niveles de colesterol total: pre y post

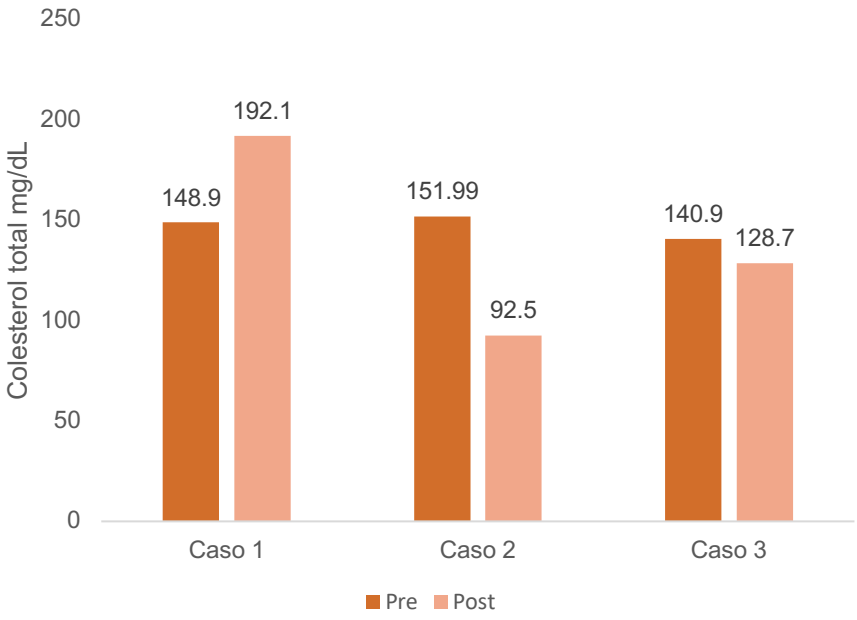
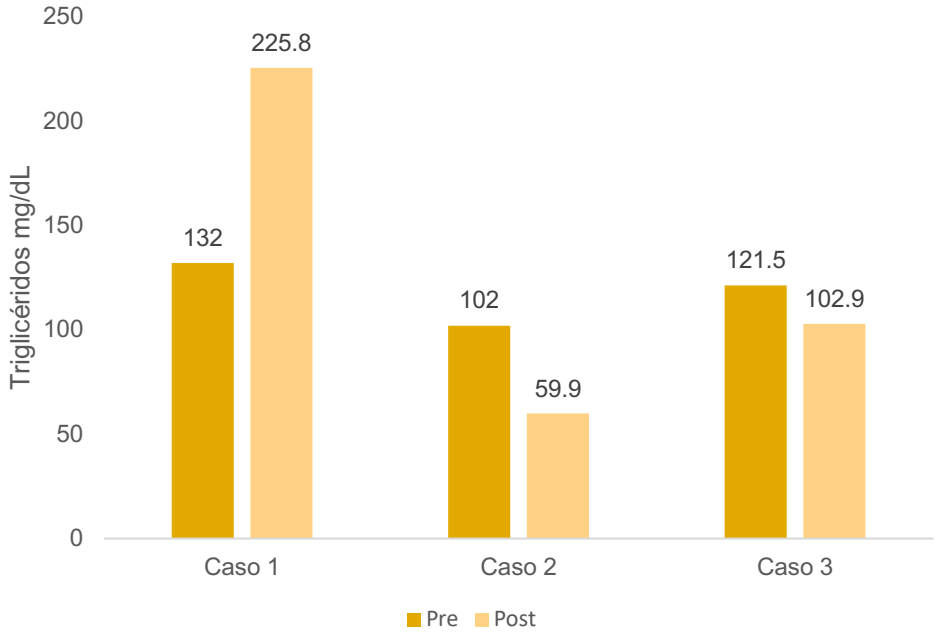


Figura 13. Niveles de triglicéridos: pre y post

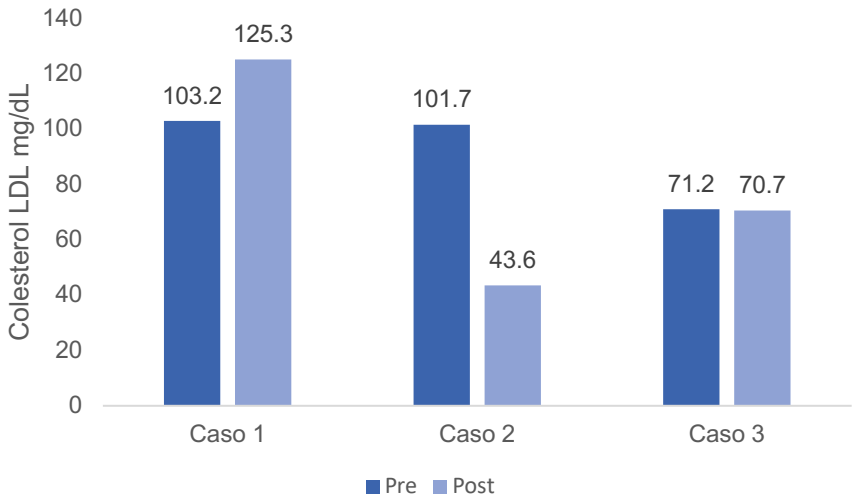


En cuanto a los niveles de colesterol LDL en la figura 13 se presentan los resultados obtenidos antes y después de la intervención, donde al igual que en los indicadores anteriores se observa que el Caso 1 aumentó el nivel de colesterol LDL después de la intervención. Se puede observar que el caso 2 fue quien obtuvo la

mayor reducción en este indicador encontrándose en las metas esperadas (>70 mg/dL) de acuerdo con la Sociedad Europea de Cardiología (2017), mientras que el caso 3 tuvo una mínima disminución en este indicador.

Como se observa el Caso 1 no mostró mejorías en los niveles de colesterol total, colesterol LDL y triglicéridos, mientras que la hemoglobina glucosilada mostró mejorías leves. En cuanto al Caso 2 se identifican mejorías clínicas en los niveles de colesterol total, colesterol LDL y triglicéridos y finalmente el Caso 3 no mostró mejorías en ninguno de los indicadores evaluados.

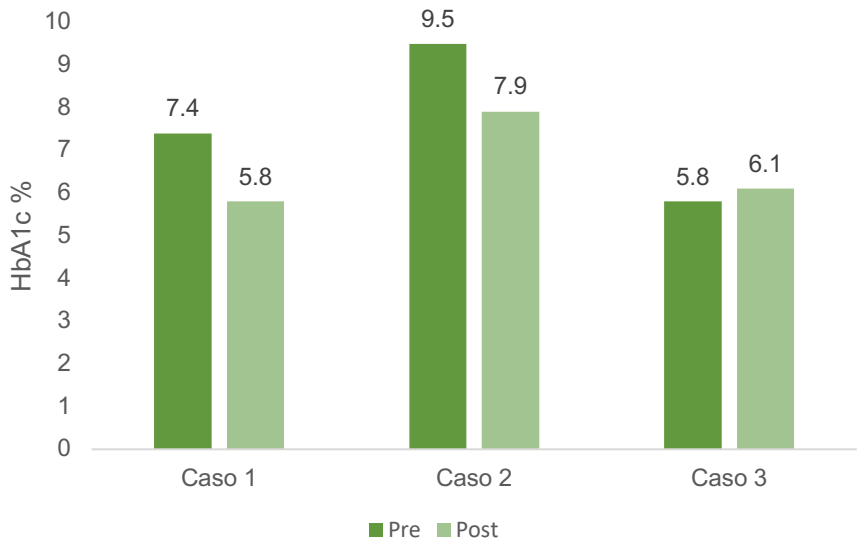
Figura 14. Niveles de colesterol LDL: pre y post



Por otro lado, en la figura 14 se muestran los niveles obtenidos antes y después de la intervención para la HbA1c de los tres casos estudiados. La meta para las personas que viven con diabetes (Casos 1 y 2) es mantener este indicador en niveles ≤7%, de acuerdo con esto, se observa que el Caso 1 fue el único en lograr alcanzar esta meta mientras que el Caso 2 disminuyó el nivel de este indicador comparado con la medición pre sin embargo, se encuentra aún por encima del valor deseable, por último el Caso 3 aumentó sus niveles de hemoglobina glucosilada después de la intervención en un 0.3% ya que este participante no

cuenta con el diagnóstico de diabetes se considera que se encuentra en el límite de los niveles deseables.

Figura 15. Niveles de hemoglobina glucosilada: pre y post



A partir del análisis del cambio clínico objetivo (Cardiel, 1994) de las variables biológicas, considerando como cambios clínicos significativos aquellos que fueran mayores a 0.20 se encontró que el Caso 2 mostró cambios significativos con valores negativos para las variables de colesterol total, LDL y triglicéridos, por el contrario el Caso 1 se observaron valores positivos, lo que representa un incremento para las variables de colesterol total, LDL y triglicéridos mientras que la hemoglobina glucosilada obtuvo valor negativo significativo. Por último, para el Caso 3 no se mostraron cambios clínicamente significativos.

Tabla 4. Cambio Clínico Objetivo

Caso	Colesterol total	Colesterol LDL	Triglicéridos	HbA1c
1	0.290	0.214	0.710	-0.216
2	-0.391	-0.571	-0.412	-0.168
3	-0.086	-0.007	-0.153	0.051

En cuanto a la evaluación del riesgo cardiovascular se observa que para el Caso 1 hubo un incremento de 3.3%, mientras que el Caso 2 no mostró cambios; por otro lado se encontró una disminución del 5.1% para el Caso 3, este caso fue el único que cambió la clasificación de riesgo de medio a bajo.

Tabla 5. Riesgo Cardiovascular

Caso	% Pre	Clasificación Pre	% Post	Clasificación Post
1	21.5%	Alto	24.8%	Alto
2	24.8%	Alto	24.8%	Alto
3	13.7%	Medio	8.6%	Bajo

Como se observa, el caso que se benefició más de la intervención en cuanto al incremento en el PMO para la mayoría de los grupos de alimentos fue el caso 1 pues no se observaron resultados negativos en el alcance de las metas para los cuatro grupos de alimentos evaluados. Por otro lado, en el análisis de los indicadores biológicos el caso 2 fue quien obtuvo cambios significativos en la mayor parte de los indicadores evaluados, a comparación del caso 1 donde se identificó un aumento de los mismos. El caso 3 fue el único caso que modificó el riesgo cardiovascular después de la intervención, sin embargo, al analizar el alcance de las metas para el seguimiento del plan de alimentación se observan empeoramientos en el consumo de frutas y verduras, mientras que en la evaluación de los indicadores biológicos no obtuvo cambios clínicamente significativos. Finalmente, se puede agregar que los cambios que requirieron mayor complejidad para llevarse a cabo fueron el incremento en el consumo de frutas y verduras, mientras que el consumo de cereales y proteínas fue más sencillo de incrementar.

DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue evaluar el efecto de una intervención basada en la entrevista motivacional para mejorar el seguimiento del plan de alimentación en personas con antecedente de Infarto Agudo al Miocardio. A partir de los resultados obtenidos es posible mencionar que la intervención tuvo un alcance parcial de las metas en el seguimiento del plan de alimentación de los participantes.

En una revisión sistemática realizada por Lee, et al. (2016) se encontraron hallazgos similares donde la EM no tuvo beneficios estadísticamente significativos en el incremento del consumo de frutas y verduras de los participantes estudiados. Mientras que, Copeland, et al. (2015) mencionan que la evidencia de la EM y su relación con la dieta y otras variables de salud es mixta pues diversos estudios han reportado resultados a favor y en contra de esta intervención sobre dichas variables.Estos hallazgos podrían ser explicados debido a las diferencias metodológicas en cuanto a intensidad y duración de las intervenciones, pues se ha observado que aquellas intervenciones con mayor duración tienen mayores efectos y los cambios conductuales se mantienen por más tiempo. Además es importante mencionar que se ha encontrado que el hecho de que los participantes identifiquen cambios observables a corto plazo, como en el peso, favorece la adherencia a los tratamientos que buscan modificar los hábitos alimenticios; dado que la medición del riesgo cardiovascular implica una serie de variables modificables y no modificables los cambios que se pueden observar en este indicador pueden presentarse a largo plazo, lo que no proporcionaría retroalimentación inmediata a los participantes y que probablemente disminuiría su motivación al cambio; este hallazgo podría señalar la importancia de la retroalimentación constante a los participantes conforme avanza la intervención.

Asimismo, se identificaron reducciones en los niveles de colesterol total, triglicéridos y colesterol LDL en dos de los casos reportados; a excepción del caso 1 que mostró incrementos en estos indicadores, esto puede ser explicado

debido a las dificultades económicas que el participante reportó durante la intervención pues esto impidió que adquiriera sus medicamentos, lo cual tuvo un fuerte impacto en los indicadores biológicos estudiados. Específicamente, el paciente reportó que tenía el conocimiento acerca de las porciones de alimentos que debía consumir, sin embargo, al no contar con los recursos económicos para hacerlo la adherencia al plan de alimentación también se vio afectada y dado que el objetivo de la presente investigación no se encaminó a la resolución de las barreras económicas no se abordó esta cuestión durante la intervención.

Los cambios en estos parámetros concuerdan con los hallazgos de Hardcastle, et al., (2013) y Gianos et al. (2018), quienes encontraron una reducción en los niveles de colesterol después de una intervención basada en EM, por otro lado, Bóveda-Fontán et al. (2015) encontraron que el nivel de colesterol total y LDL disminuyó significativamente en los dos grupos de su estudio (tratamiento usual vs EM) durante el periodo de seguimiento y no existieron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, lo cual no supone una mejoría clínica superior de la EM sobre el tratamiento usual. A pesar de que la evidencia no es concluyente en cuanto a la eficacia de la EM, estos hallazgos también podrían estar relacionados con lo mencionado anteriormente acerca de la intensidad y duración de las intervenciones que se manejan en las distintas investigaciones reportadas.

Algunos autores como Thompson et al. (2011) señalan que las personas con enfermedades cardiovasculares tienen múltiples factores de riesgo, lo que plantea un gran desafío ya que la mayoría de las investigaciones relacionadas al uso de la EM se han enfocado en la modificación de un comportamiento, esto debido a la complejidad en la modificación del estilo de vida de estos pacientes. Estas implicaciones señalan la urgencia de incluir enfoques más directivos, didácticos y enfáticos que permitan iniciar y mantener el cambio en los comportamientos asociados con un evento cardíaco agudo. Bóveda-Fontán et al. (2015) proponen que la EM podría ser un enfoque inicial en la atención para

posteriormente incluir otro tipo de intervenciones de mayor duración e intensidad, esta propuesta podría favorecer en las primeras etapas del tratamiento el incremento de la motivación al cambio de los pacientes que inicien la intervención y a su vez tendría un impacto positivo en el mantenimiento de los cambios en el estilo de vida que se lleven a cabo a lo largo del tratamiento.

Por otro lado, es importante mencionar que esta investigación no encontró cambios en el riesgo cardiovascular del caso 1 y 2, el único caso que mostró una disminución en el porcentaje de riesgo fue el 3, esto puede ser explicado, debido a que este participante no cuenta con la comorbilidad de diabetes lo que favorece que el riesgo pueda ser susceptible a la disminución. Lo anterior se corrobora con lo encontrado por Murphy et al., (2013), quienes encontraron un efecto positivo, aunque modesto, en la reducción del riesgo cardiovascular en los pacientes que recibieron una intervención compuesta por EM y terapia cognitivo conductual dirigida al cambio de diversos factores de riesgo modificables tales como el tabaquismo, el sedentarismo, los hábitos de alimentación poco saludables, adherencia farmacológica y variables psicológicas como ansiedad, depresión y apoyo social.

Algunas de las limitaciones de este estudio, se encuentran en la falta de seguimiento a los participantes por parte del equipo de medicina y nutrición de la institución, debido a las condiciones de la pandemia por COVID-19 que dificultaron la atención individualizada ya que la mayor parte de los recursos, como en la mayoría de los hospitales de México, estuvieron dirigidos a la atención de las personas que ingresaban por la infección antes mencionada, estos recursos incluían a los y las nutriólogas de la institución donde se realizó este estudio por lo que el seguimiento personalizado a cada participante no pudo ocurrir. Bambra,et al., (2020) examinaron las implicaciones de la pandemia de COVID-19 sobre la desigualdad en el ámbito de la salud, y encontraron que las personas con afecciones crónicas existentes (por ejemplo, cáncer o enfermedad cardiovascular)

tienen menos probabilidades de recibir tratamiento y diagnóstico, ya que los servicios de salud se ven saturados al lidiar con la pandemia.

Otra variable que influyó en los resultados obtenidos, y que de igual manera se relaciona con la emergencia sanitaria del país, fueron las dificultades económicas que los participantes sufrieron, pues todos ellos perdieron su fuente de ingreso, esto a su vez, tuvo un impacto negativo en el consumo de las porciones ingeridas de todos los grupos de alimentos pues fue un común denominador que los pacientes reportaran problemas para adquirir las cantidades necesarias de frutas, verduras, cereales y proteínas para cubrir las necesidades de ellos y sus familias. Por otro lado, el consumo de grasas con proteína (nueces, almendras, cacahuates, pistaches etc.) fue mínimo, el motivo de la ausencia de este grupo de alimentos, al igual que los anteriormente mencionados fue el alto costo de los mismos. Este último punto se relaciona a su vez, con las dificultades mencionadas con anterioridad, para incluir al equipo de nutrición dentro del presente estudio pues la atención personalizada a los participantes hubiera permitido el ajuste de los planes de alimentación de acuerdo a las condiciones económicas de cada participante, esto señala el impacto de la falta de acceso a los servicios sanitarios sobre la salud de los pacientes.

Otra de las condicionantes del presente trabajo radica en las dificultades que se presentaron para que los participantes registraran su consumo de grasas sin proteínas (aceites y mantequilla), pues debido a que todos ellos no se encargaban de preparar los alimentos que ingerían durante el día no fue posible obtener datos confiables acerca del consumo de este tipo de alimentos, por esta razón, se propone que para futuras investigaciones se haga uso de registros fotográficos y además se incluya a las personas cuidadoras de los participantes para obtener un registro aún más confiable de las porciones de grasas ingeridas.

Manoj & Vijayaraghavan (2021) señalan el impacto de los problemas económicos a largo plazo debido al desempleo sobre la salud

cardiovascular al limitar el acceso a alimentos de buena calidad, así como el aumento de hábitos negativos como el tabaquismo, menor actividad física e indirectamente a través de vías psicológicas: mayor prevalencia de ansiedad y depresión, agotamiento y hostilidad. Estos factores aumentan el riesgo de enfermedades cardiovasculares y de mal pronóstico, debido a cambios fisiológicos agudos o crónicos. Por otro lado, Naylor-Wardle, et al., (2021) realizaron una revisión donde buscaron evaluar el impacto del estado socioeconómico sobre la salud cardiovascular durante la pandemia por COVID-19 y de igual manera reportan que el aumento de la pobreza tiene el efecto colateral de aumentar la inseguridad alimentaria y por ende la disminución del consumo de alimentos saludables. Estos hallazgos señalan el impacto de las variables socioeconómicas sobre el mantenimiento de hábitos saludables de las personas que viven con enfermedades crónico degenerativas además de las condiciones que la pandemia agregó en la vida de los pacientes y las dificultades que se presentaron a partir de esto.

Otro elemento que se considera como parte de las áreas que se pueden mejorar del presente estudio radica en el número de sesiones, en promedio la intervención tuvo una duración de 5 sesiones, es decir, fue una intervención breve y dadas las características de los participantes (múltiples factores de riesgo, antecedentes de baja adherencia a cambios en la dieta y múltiples comorbilidades) se podría sugerir para futuras investigaciones el uso de enfoques más intensivos para apoyar el cambio de estilo de vida donde además se pueda incluir como un comportamiento objetivo la realización de ejercicio. Uno de los estudios que encontró hallazgos importantes en relación al tema de la duración fue el de Hardcastle, et al., (2013) quienes reportaron una correlación entre el número de sesiones de EM y reducciones en los niveles de triglicéridos, este dato podría indicar que el uso de intervenciones más duraderas e intensivas favorecen los cambios a nivel fisiológico de los participantes.

El presente trabajo presenta varias fortalezas, una de ellas fue la creación de un manual para el terapeuta donde se especificaron todos los

procedimientos a realizar durante la intervención, esto favoreció la integridad del tratamiento proporcionado y disminuyó la posibilidad de sesgos durante su aplicación. Además, el uso del PMO como medida de cambio para identificar el progreso alcanzado en cada grupo de alimentos por cada participante, resulta otra de las fortalezas de la investigación pues a diferencia de otras medidas que únicamente consideran el aumento o disminución de una variable sin tener un criterio específico de la conducta evaluada. Además de esto, se considera importante mencionar que en este trabajo se incluyó la medición del número de las porciones consumidas de cereales y proteínas, este aspecto no suele incluirse dentro de la literatura de esta línea de investigación pues los resultados suelen reportar el consumo de frutas, verduras y grasas dejando de lado estos grupos de alimentos que forman parte importante de la alimentación balanceada de las personas que viven con enfermedades cardiovasculares.

Otra fortaleza radica en el diseño modular de la intervención, ya que esto permitió que los contenidos fueran revisados de acuerdo a los avances de cada participante, sin limitar la intervención a un número específico de sesiones. Por último, el hecho de haber implementado la intervención a distancia permitió que los participantes se involucraran en el tratamiento sin ponerse en riesgo debido a las condiciones de la pandemia por COVID-19, se espera que la implementación de las intervenciones a distancia como ésta favorezca la adherencia de los participantes a través de la flexibilidad en las modalidades de atención.

En conclusión, el presente trabajo constituye un antecedente exploratorio que mostró un alcance parcial de las metas en la adherencia al plan de alimentación de los participantes que sufrieron un IAM, esto representa un aporte importante en la atención debido a que se llevó a cabo durante el confinamiento por la pandemia sin tener un contacto directo que pudiera poner en riesgo a los participantes. Se sugiere que para futuras investigaciones se aumente la duración de la intervención, se evalúen otras variables que podrían tener influencia en la efectividad de la intervención como el apoyo social, algunos rasgos de personalidad

(como el patrón de comportamiento tipo A) así como la evaluación del impacto que el diagnóstico de la enfermedad cardiovascular puede tener sobre la motivación al cambio de estilo de vida, se recomienda también la inclusión de intervenciones que busquen mejorar la adherencia a los cambios de estilo de vida dentro de los programas de rehabilitación cardiaca donde participan otros profesionales de la salud (personal médico y de nutrición) que proporcionan un enfoque integral en la atención a los pacientes, por último se sugiere la implementación de algún tipo de apoyo institucional o público que permita el manejo de las limitaciones económicas de los participantes. Se considera que la EM podría ser un enfoque inicial, aunque no el único, para las intervenciones dirigidas a la modificación del estilo de vida, debido a que el evento cardiaco agudo y la hospitalización pueden ser factores que influyan sobre la motivación al cambio de los participantes, ya que resulta un evento donde el paciente puede notar la discrepancia entre su comportamiento actual y el alcance de sus objetivos de salud, por lo que la EM sería una intervención adecuada posterior al alta hospitalaria para favorecer el inicio de estos cambios.

REFERENCIAS

Anderson, J., & Morrow, D. (2017). Acute Myocardial Infarction. *The New England Journal of Medicine*, *21*(367), 2053–2064. doi.org/10.1056/NEJMra1606915

Anderson, L., Brown, J., Clark, A., Dalal, H., Rossau, H., Bridges, C., & Taylor, R. (2017). Patient education in the management of coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *6*, 1–39. doi.org/10.1002/14651858.CD008895.pub3.www.cochranelibrary.com

Angermayr, L., Melchart, D., & Linde, K. (2010). Multifactorial lifestyle interventions in the primary and secondary prevention of cardiovascular disease and type 2 diabetes mellitus - A systematic review of randomized controlled trials. *Annals of Behavioral Medicine*, *40*(1), 49–64. doi.org/10.1007/s12160-010-9206-4

Asociación Americana del Corazón. (2010). Interventions to Promote Physical Activity and Dietary Lifestyle Changes for Cardiovascular Risk Factor Reduction in Adults: A scientific Statement From the Amerian Heart Association. *Circulation*, *27*(122), 406–441. doi.org/10.1161/CIR.0b013e3181e8edf1.Interventions

Asociación Americana del Corazón. (2020). ACC/AHA lipid guidelines: Personalized care to prevent cardiovascular disease. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, *87*(4), 231–239. doi.org/10.3949/ccjm.87a.19078

Auer, R., Gencer, B., Tango, R., Nanchen, D., Matter, C. M., Lüscher, T. F., Windecker, S., Mach, F., Cornuz, J., Humair, J. P., & Rodondi, N. (2016). Uptake and efficacy of a systematic intensive smoking cessation intervention using motivational interviewing for smokers hospitalised for an acute coronary syndrome: a multicentre before-after study with parallel group comparisons. *BMJ Open*, *6*(9), e011520. doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011520

Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., & Matthews, F. (2020). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *74*(11), 964–968. doi.org/10.1136/jech-2020-214401

Barker-Collo, S., Krishnamurthi, R., Witt, E., Feigin, V., Jones, A., Mcpherson, K., Starkey, N., Parag, V., Jiang, Y., Barber, P. A., Rush, E., Bennett, D., & Aroll, B. (2015). Improving adherence to secondary stroke prevention strategies

through motivational interviewing: Randomized controlled trial. *Stroke*, *46*(12), 3451–3458. doi.org/10.1161/STROKEAHA.115.011003

Bóveda-Fontán, J., Barragán-Brun, N., Campiñez-Navarro, M., Pérula-De Torres, L. Á., Bosch-Fontcuberta, J. M., Martín-Álvarez, R., Arbonies-Ortiz, J. C., Novo-Rodríguez, J. M., Criado-Larumbe, M., Fernández-García, J. A., & Martín-Rioboó, E. (2015). Effectiveness of motivational interviewing in patients with dyslipidemia: a randomized cluster trial. *BMC Family Practice*, *16*(1), 1–16. doi.org/10.1186/s12875-015-0370-2

Byrne, M., Walsh, J., & Murphy, A. W. (2005). Secondary prevention of coronary heart disease: Patient beliefs and health-related behaviour. *Journal of Psychosomatic Research*, *58*(5), 403–415. doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.11.010

Campos-nonato, I., Hernández-Barrera, L., Pedroza-Tobías, A., Medina, C., & Barquera, S. (2018). Hipertensión arterial en adultos mexicanos: prevalencia, diagnóstico y tipo de tratamiento. Ensanut MC 2016. *Salud Pública Mex*, *60*(18), 233–243. doi.org/10.21149/8813

Cardiel, R. (1994). La medición de la calidad de vida. In F. Moreno, F. Cano-Valle, & H. García-Romero (Eds.), *Epidemiología clínica* (pp. 189–199). Interamericana-McGraw-Hiill.

Ce, F., Ja, L., Mn, M., & Sl, H. (2016). Self management programmes for quality of life in people with stroke (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *CD010442*(8). doi.org/10.1002/14651858.CD010442.pub2.www.cochranelibrary.com

Coll, Y., Valladares, F., & González, C. (2016). Infarto agudo de miocardio. Actualización de la Guía de Práctica Clínica. *Revista Finlay*, *6*(2), 170–190. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000200010%0Ahttp://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2221-24342017000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es%0Ahttp://scielo.sld.cu/pdf/rf/v6n2/rf10206.pdf

Copeland, L., McNamara, R., Kelson, M., & Simpson, S. (2015). Mechanisms of

change within motivational interviewing in relation to health behaviors outcomes: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, *98*(4), 401–411. doi.org/10.1016/j.pec.2014.11.022

Coumans, J. M. J., Bolman, C. A. W., Friederichs, S. A. H., Oenema, A., & Lechner, L. (2019). Development of a personalised web-based diet and physical activity intervention based on motivational interviewing and self-determination theory: Study Protocol of MyLifestyleCoach (Preprint). *JMIR Research Protocols*, *9*. doi.org/10.2196/14491

Dale, L. P., Whittaker, R., Jiang, Y., Stewart, R., Rolleston, A., & Maddison, R. (2015). Text message and internet support for coronary heart disease self-management: Results from the text4heart randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, *17*(10), 1–12. doi.org/10.2196/jmir.4944

Diogène, E., Agustí, A., Bosch, M., & Brotons, C. (2004). Actualización de la prevención secundaria de la cardiopatía isquémica. *Atención Primaria*, *33*(1), 44–49.

Ertem, M. Y., & Duman, Z. Ç. (2019). The effect of motivational interviews on treatment adherence and insight levels of patients with schizophrenia: A randomized controlled study. *Perspectives in Psychiatric Care*, *55*(1), 75–86. doi.org/10.1111/ppc.12301

Falk, E., Shah, P., & de Feyter, P. (2009). *Ischemic Heart Disease* (R. Maxwell (ed.)). Manson Publishing. doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004

Fernández-Abascal, E. G., Martín Díaz, M. D., & Sánchez, F. J. D. (2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*, *15*(4), 615–630.

Ferron, J., Goldstein, H., Olszewski, A., & Rohrer, L. (2020). Indexing effects in single-case experimental designs by estimating the percent of goal obtained. *Evidence-Based Communication Assessment and Intervention*, *14*(1–2), 6–27. doi.org/10.1080/17489539.2020.1732024

Fundación Española del Corazón. (2019). *Cardiopatía Isquémica*. https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/cardiopatia-isquemica.html

Gianos, E., Schoenthaler, A., Guo, Y., Zhong, J., Weintraub, H., Schwartzbard, A., Underberg, J., Schloss, M., Newman, J. D., Heffron, S., Fisher, E., & Berger, J. S. (2018). Investigation of Motivational Interviewing and Prevention Consults to Achieve Cardiovascular Targets (IMPACT) trial. *American Heart Journal*, *199*, 37–43. doi.org/10.1016/j.ahj.2017.12.019.Investigation

Guadalajara, B. J. F. (2006). *Cardiología* (Sexta edic). Méndez Editores.

Hardcastle, S. J., Taylor, A. H., Bailey, M. P., Harley, R. A., & Hagger, M. S. (2013). Effectiveness of a motivational interviewing intervention on weight loss, physical activity and cardiovascular disease risk factors: A randomised controlled trial with a 12-month post-intervention follow-up. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *10*, 1–16. doi.org/10.1186/1479-5868-10-40

INEGI, I. N. de E. y G. (2018). Comunicación Social. In *Comunicado De Prensa Núm . 525 / 18 31 De Octubre De 2018 Características De Las Defunciones Registradas*.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (n.d.). *Riesgo Cardiovascular*. http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/apps-sano/riesgo-cardiovascular-colesterol

Instituto Nacional de Cardilogía. (2019). *Estadísticas*. https://www.cardiologia.org.mx/transparencia/transparencia_focalizada/estadisticas/

Larrinaga, S. V., & Hernández, M. E. (2016). Factores psicosociales relacionados con las enfermedades cardiovasculares. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*, *22*(3), 1–5.

Lee, W. W. M., Choi, K. C., Yum, R. W. Y., Yu, D. S. F., & Chair, S. Y. (2016). Effectiveness of motivational interviewing on lifestyle modification and health outcomes of clients at risk or diagnosed with cardiovascular diseases: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, *53*(1), 331–341. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.09.010

Lobos, B. J. M., & Brotons, C. C. (2011). Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención. *Atencion Primaria*, *43*(12), 668–

677. doi.org/10.1016/j.aprim.2011.10.002

Manoj, M. T., & Vijayaraghavan, G. (2021). Psychosocial impact of COVID-19 on Cardiovascular Health. *Circulation*, *9*(2), 84–89. doi.org/10.1161/01.cir.35.5.821

Martínez-Ríos, M. (2019). *Conferencia Ignacio Chávez 2019 Inauguración del CLVI año académico*. Presentation, Academia Nacional de Medicina de México.

Masterson, R., Patey, M., Lee, C. S., Kuan, A., Jurgens, C., & Riegel, B. (2016). Motivational interviewing to improve self-care for patients with chronic heart failure: MITI-HF randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, *99*(2), 256–264. doi.org/10.1016/j.physbeh.2017.03.040

Miller, W., & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Paidós.

Miller, W., & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing Helping people to change* (Thrid Edit). The Guilford Press.

Murphy, B. M., Worcester, M. U. C., Higgins, R. O., Elliott, P. C., Le Grande, M. R., Mitchell, F., Navaratnam, H., Turner, A., Grigg, L., Tatoulis, J., & Goble, A. J. (2013). Reduction in 2-year recurrent risk score and improved behavioral outcomes after participation in the “beating heart problems” self-management program: Results of a randomized controlled trial. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, *33*(4), 220–228. doi.org/10.1097/HCR.0b013e31828c7812

Naylor-Wardle, J., Rowland, B., & Kunadian, V. (2021). Socioeconomic status and cardiovascular health in the COVID-19 pandemic. *Heart*, *107*(5), 358–365. doi.org/10.1136/heartjnl-2020-318425

Nezu, A., Nezu, C., & Lombardo, E. (2006). De la formulación de caso al diseño del tratamiento: Uso de un modelo de resolución de problemas. In *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas* (pp. 1–51). El Manual Moderno.

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Las 10 principales causas de defunción*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death

Piepoli, M. F., Corrà, U., Dendale, P., Frederix, I., Prescott, E., Schmid, J. P., Cupples, M., Deaton, C., Doherty, P., Giannuzzi, P., Graham, I., Hansen, T. B., Jennings, C., Landmesser, U., Marques-Vidal, P., Vrints, C., Walker, D., Bueno, H., Fitzsimons, D., & Pelliccia, A. (2016). Challenges in secondary prevention after acute myocardial infarction: A call for action. *European Journal of Preventive Cardiology*, *23*(18), 1–13. doi.org/10.1177/2047487316663873

Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L., Cooney, M.-T., Corrà, U., Cosyns, B., Deaton, C., Graham, I., Hall, M. S., Hobbs, F. D. R., Løchen, M.-L., Löllgen, H., Marques-Vidal, P., Perk, J., Prescott, E., Redon, J., … ESC Scientific Document Group. (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal*, *37*(29), 2315–2381. doi.org/10.1093/eurheartj/ehw106

Pietrabissa, G., Manzoni, G. M., Rossi, A., & Castelnuovo, G. (2017). The MOTIV-HEART study: A prospective, randomized, single-blind pilot study of brief strategic therapy and motivational interviewing among cardiac rehabilitation patients. *Frontiers in Psychology*, *8*(FEB), 1–12. doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00083

Poudel, N., Kavookjian, J., & Scalese, M. J. (2019). Motivational Interviewing as a Strategy to Impact Outcomes in Heart Failure Patients: A Systematic Review. *Patient*, *13*(1), 43–55. doi.org/10.1007/s40271-019-00387-6

Quiles, J., & Miralles-Vicedo, B. (2014). Estrategias de prevención secundaria del síndrome coronario agudo. *Revista Española de Cardiología*, *67*(10), 844–848. doi.org/10.1016/j.recesp.2014.04.015

Richards, S. H., Anderson, L., Jenkinson, C. E., Whalley, B., Rees, K., Davies, P., Bennett, P., Liu, Z., West, R., Thompson, D. R., & Taylor, R. S. (2017). Psychological interventions for coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *25*(4), 247–259. doi.org/10.1177/2047487317739978

Riegel, B., Dickson, V. V., Hoke, L., McMahon, J. P., Reis, B. F., & Sayers, S. (2006). A motivational counseling approach to improving heart failure self-

care: Mechanisms of effectiveness. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *21*(3), 232–241. doi.org/10.1097/00005082-200605000-00012

Rigau-Gay, M. M., Claver-Garrido, E., Benet, M., Lusilla-Palacios, P., & Ustrell-Torrent, J. M. (2018). Effectiveness of motivational interviewing to improve oral hygiene in orthodontic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Health Psychology*. doi.org/10.1177/1359105318793719

Rocha-Nieto, L. M., Herrera-Delgado, C., & Vargas-Olano, M. O. (2017). Adherencia al Tratamiento en Rehabilitación Cardíaca: Diseño y Validación de un Programa de Intervención Biopsicosocial. *Revista Colombiana de Psicologia*, *26*(1), 61–81. doi.org/10.15446/rcp.v26n1.53610

Rosengren, D. B. (2018). *Builing Motivational Interviewing Skills A Practitioner Workbook*. The Guilford Press.

Rouleau, C. R., King-Shier, K. M., Tomfohr-Madsen, L. M., Bacon, S. L., Aggarwal, S., Arena, R., & Campbell, T. S. (2018). The evaluation of a brief motivational intervention to promote intention to participate in cardiac rehabilitation: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, *101*(11), 1914–1923. doi.org/10.1016/j.pec.2018.06.015

Sankaran, S., Dendale, P., & Coninx, K. (2019). Evaluating the impact of the hearthab app on motivation, physical activity, quality of life, and risk factors of coronary artery disease patients: Multidisciplinary crossover study. *Journal of Medical Internet Research*, *7*(4), 1–15. doi.org/10.2196/10874

Scharer, J., Arnold, R., Wald, R., Nichols, J., Medoff, D., Himelhoch, S., & Bennett, M. E. (2019). Personal Approach to Treatment Choices for HIV (PATCH): Randomized Controlled Trial of a Brief Motivational Enhancement Intervention to Improve Medication Adherence in Persons with HIV. *AIDS and Behavior*, *0123456789*. doi.org/10.1007/s10461-019-02759-3

Sebregts, E. (2004). *Secondary prevention in coronary artery disease : evaluation of a behavioral intervention aimed at the reduction of risk factors in coronary patients*.

Sebregts, E. H., Falger, P. R., Bär, F. W., Kester, A. D., & Appels, A. (2003). Cholesterol Changes in Coronary Patients after a Short Behavior Modification

Program. *International Journal of Behavioral Medicine*, *10*(4), 315–330. doi.org/10.1207/S15327558IJBM1004_3

Secretaría de Salud. (2017). *La atención del infarto agudo al miocardio en México* (Secretaría de Salud (ed.)).

Sociedad Europea de Cardiología. (2017). Guía ESC 2017 sobre el tratamiento del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST. *Revista Española de Cardiología*, *70*(12), 1039–1045. doi.org/10.1016/j.recesp.2017.10.049

Sokalski, T., Hayden, K. A., Raffin Bouchal, S., Singh, P., & King-Shier, K. (2019). Motivational Interviewing and Self-care Practices in Adult Patients with Heart Failure: A Systematic Review and Narrative Synthesis. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *00*(0), 00–00. doi.org/10.1097/JCN.0000000000000627

Sudhir, P. M. (2017). Advances in psychological interventions for lifestyle disorders: Overview of interventions in cardiovascular disorder and type 2 diabetes mellitus. *Current Opinion in Psychiatry*, *30*(5), 346–351. doi.org/10.1097/YCO.0000000000000348

Thompson, D. R., Chair, S. Y., Chan, S. W., Astin, F., Davidson, P. M., & Ski, C. F. (2011). Motivational interviewing: A useful approach to improving cardiovascular health? *Journal of Clinical Nursing*, *20*, 1236–1244. doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03558.x

Wong, M. K., Cheng, S. Y. R., Chu, T. K., Lam, F. Y., Lai, S. K., Wong, K. C., & Liang, J. (2020). Impact of Motivational Interviewing on Self-Management in Patients With Type 2 Diabetes: Protocol for a Pilot Randomized Controlled Trial. *JMIR Research Protocols*, *9*(3), e15709. doi.org/10.2196/15709

Registro de Alimentos

En la siguiente tabla anota las porciones de los alimentos que consumiste durante el día. Puedes guiarte por el método de la mano que se encuentra al inicio de tu cuadernillo, recuerda anotar la cantidad de porciones que consumiste en cada comida.

	Lun (/ /)	Mar (/ /)	Mier (/ /)
Desayuno			
Colación			
Comida			
Colación			
Cena			

Juev (/ /)	Vier (/ /)	Sab (/ /)	Dom (/ /)

ANEXO 1

ANEXO 2

INTERVENCIÓN BREVE A DISTANCIA BASADA EN LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL PARA EL SEGUIMIENTO DEL PLAN DE ALIMENTACIÓN EN PERSONAS CON PREVIO INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

Manual de tratamiento

Lic. Brenda Carbajal Gutiérrez

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

Ciudad de México, 2020

Evaluación Inicial

Objetivo General

Evaluar y detectar las necesidades de educación del usuario antes de comenzar el tratamiento.

Objetivos Específicos

1. Evaluar la sintomatología ansiosa y depresiva del participante.
2. Identificar los factores de riesgo del paciente por medio de una entrevista semiestructurada.
3. Identificar los objetivos que el paciente quiere cumplir en la terapia.

Actividades a desarrollar

1. Lectura y firma del consentimiento informado
2. Recolección de datos para la ficha de identificación del paciente
3. Entrega de cuadernillo de registro y ejercicio de llenado
4. Entrevista inicial

Desarrollo del Módulo

1. Lectura y firma del consentimiento informado

Se dará inicio a la sesión informando sobre el objetivo de la investigación a quienes cumplan con los criterios de inclusión, tanto a pacientes como a quienes están a cargo de su cuidado.

Se dará lectura al consentimiento informado en caso de que decidan participar, se realizará la lectura en voz alta y al finalizar se le preguntará al paciente si tiene alguna pregunta o comentario, se responderán las dudas en caso de existir, posteriormente se le pedirá al paciente y a su familiar que firmen en las áreas correspondientes y el terapeuta responsable hará lo mismo.

2. Recolección de datos para la ficha de identificación del usuario

Al finalizar la firma del consentimiento informado se llenará el formato de ficha de identificación con los datos de la persona y al finalizar se le pedirá al familiar que espere afuera del consultorio para realizar la evaluación de sintomatología ansiosa y depresiva.

3. Entrevista Inicial

Para finalizar esta sesión se realizará la entrevista inicial (Anexo 3), se indagará qué factores de riesgo son los que el usuario presenta, la temporalidad de los mismos e intentos de solución de problemas. También se identificarán posibles barreras para la adherencia al tratamiento así como creencias y pensamientos asociados a las recomendaciones de modificación en el estilo de vida que el equipo médico le proporcionó al paciente.

Es importante mencionar que durante esta entrevista las únicas estrategias a utilizar serán las respuestas de escucha, tales como el reflejo y la paráfrasis, ya que las estrategias de Entrevista Motivacional serán utilizadas durante los módulos de intervención.

Durante la entrevista resulta importante identificar los aspectos que la persona considera importantes, ya que estos serán parte fundamental de las metas que se establezcan. Estas metas pueden identificarse en el discurso del usuario, para esto resulta útil el uso de las respuestas de escucha anteriormente mencionadas.

A lo largo de la entrevista se irán identificando aquellos aspectos o áreas vitales que son importantes para el paciente, al finalizar se realizará un breve resumen de lo comentado a lo largo de la sesión y es en esta parte donde el terapeuta se encargará de puntualizar los aspectos que el paciente mencionó y que pueden ser las áreas importantes donde se fundamentará el tratamiento. Para finalizar esta actividad, se preguntará al paciente por las expectativas que tiene acerca de la terapia.

Se agendará con el paciente la siguiente cita, recordándole la importancia del llenado del cuadernillo de registro y solicitando que traiga el mismo a la sesión para trabajar en ello.

4. Entrega de cuadernillo de registro y ejercicio de llenado

Posteriormente se le entregará al usuario su cuaderno de registro, se le explicará en qué consiste cada hoja de llenado y se realizará un ejercicio pidiendo a la persona que enuncie las conductas del día anterior para ilustrar el llenado del cuadernillo y resolver posibles dificultades.

Módulo 1: Motivación al cambio y psicoeducación

Objetivo General

Motivar al cambio a la persona y brindarle información acerca del infarto agudo al miocardio y de su plan de alimentación.

Objetivos Específicos

1. Provocar e identificar frases automotivadoras en el discurso de la persona
2. Realizar un balance decisional de los pros y contras del cambio, así como de mantenerse igual.
3. Otorgar información por medio de una presentación power point y posteriormente se evaluará si el usuario comprendió la misma por medio de un checklist (Anexo 4).
4. Otorgar información sobre el plan de alimentación ofrecido en el instituto.

Actividades a desarrollar

1. Provocar la plática de cambio en el discurso de la persona
2. Desarrollar en conjunto la técnica de balance decisional
3. Explicar el concepto de Infarto Agudo al Miocardio, factores de riesgo, síntomas y conductas de autocuidado
4. Revisar el plan de alimentación en cuanto a porciones y grupos de alimentos.
5. Establecer la agenda de trabajo con la persona

Desarrollo del módulo

1. *Desarrollar discrepancia (Frases automotivadoras)*

Para esta actividad será necesario comenzar con entrevista para indagar cuáles son las percepciones que el paciente tiene acerca del problema. Esta actividad tiene como finalidad evocar en la persona la formulación de frases automotivadoras, de acuerdo con Miller y Rollnick (1999) estas frases pueden ser de cuatro tipos:

- De reconocimiento del problema. Son aquellas donde la persona identifica el problema y/o las consecuencias que este le ha traído, por ejemplo: *"No había entendido que seguir comiendo de esa manera me iba a traer consecuencias, y ya están aquí, este infarto es una advertencia"*
- De preocupación por los problemas que se identifican. Estas pueden ser identificadas de manera no verbal en la expresión facial del paciente, su postura etc., también puede notarse en algunas verbalizaciones como: *"Es preocupante que este es mi segundo infarto y aún no he podido cambiar del todo mi forma de comer"*
- De intención de cambiar (directa o implícita). Estas frases expresan que la persona quiere dar el paso inicial para el cambio por ejemplo *"tengo que mejorar mi salud, ya no quiero que esto me vuelva a pasar"*
- De expresión de optimismo sobre el cambio. Estas afirmaciones reflejan la creencia que el paciente tiene de poder realizar los cambios necesarios, por ejemplo, *"Si ya había logrado dejar de fumar antes, creo que puedo volver a lograrlo ahora"*

Se comenzará realizando preguntas abiertas que provoquen que el paciente sea quien más hable durante la sesión, es importante que el terapeuta identifique los elementos que conformarán parte de la discrepancia del paciente, por ejemplo:

Terapeuta: Me interesa saber ¿qué es lo que busca de este tratamiento psicológico?
Paciente: Ya no quiero fumar porque ya me dio este infarto y sé que si sigo así me puede dar otro y peor, pero la verdad es que se me antoja mucho el cigarro y quiero seguir fumando porque me relaja.
Terapeuta: Es decir que por un lado sabe las consecuencias que el cigarro tiene sobre su estado de salud y por el otro lado resulta muy difícil abandonar este hábito ya que cuando lo hace se siente más tranquila.
Paciente: Sí, ya no sé qué hacer porque de verdad quiero dejarlo pero me está costando mucho.

Fuente: Elaboración propia

Durante esta breve entrevista será importante que el terapeuta identifique las frases automotivadoras que el paciente diga en su discurso, un ejemplo de esto se presenta en la siguiente viñeta:

Terapeuta: Cuénteme ¿cuáles son las cosas que le preocupan?

Paciente: Me preocupa que mi enfermedad se vuelva más grave y tenga que tomar más medicamentos, por eso quiero que me ayude a saber qué hacer y no ponerme peor.

Terapeuta: Noto que le preocupa que su estado de salud empeore ¿qué otras cosas le preocupan acerca de su enfermedad?

Paciente: la verdad es que me da mucho miedo morir sin dejar un legado para mis hijos, con esto que me ha pasado lo que quiero es tiempo para poder seguir haciendo cosas con mi familia y enseñarles a mis hijos lo que yo hago.

Fuente: Elaboración propia

Además de estar atento a las frases automotivadoras será importante identificar los valores y metas del paciente, para ello resulta útil hacer uso de las estrategias básicas como escucha reflexiva y resúmenes. Los valores y metas del paciente resultan importantes dado que son aquellos aspectos que las personas consideran importantes en sus vidas y durante este modulo será fundamental identificarlos. En la siguiente viñeta se ejemplifica la identificación de valores y metas:

Paciente: me preocupa morirme sin haberle dejado a mis hijos un legado, no les he enseñado mi oficio, no les he enseñado a manejar ni siquiera

Terapeuta: por lo que veo sus hijos son muy importantes para usted y enseñarles significa dejarles algo de usted.

Paciente: Sí, es eso lo que quiero, dejarles algo mío.

Fuente: Elaboración propia

2. *Desarrollar en conjunto la técnica de balance decisional (resolución de ambivalencia)*

Para ayudarle al paciente a resolver la ambivalencia relacionada con las conductas problema será necesario retomar aspectos de la actividad anterior, ya que el terapeuta haya identificado en el discurso del paciente aquellas frases que se relacionan con las razones para cambiar y para no hacerlo, se realizará un breve resumen puntualizando en estas frases para después invitar al paciente a realizar un balance decisional. Además de hacer el ejercicio del balance decisional, resulta fundamental retomar las metas y valores que se identificaron en la actividad 1 ya que esto aumentará la motivación al cambio.

Para hacer el balance decisional será necesario utilizar el formato que se anexa (Anexo 5), en este formato se encuentra una tabla o matriz donde se establece cuál es la conducta problema y se analizan las razones para cambiar y las razones para mantenerse igual, de esta forma, se irán enlistando los beneficios y los costos de cada uno de estos dos rubros, a continuación, se presenta un ejemplo del formato de balance decisional:

"Seguir trabajando sin poner atención a mi salud"		
	SEGUIR IGUAL	HACER UN CAMBIO
BENEFICIOS	• *Remuneración económica* • *No tener que preocuparme por tomar medicamentos* • *No tener que preocuparme por cumplir horarios de comida*	• *Tener más energía* • *Pasar tiempo con mi familia* • *Ponerme un horario de trabajo* • *Sentirme menos cansado*
COSTOS	• *Alto costo de los gastos de hospitalización* • *Problemas con mi familia* • *Sentirme agotado todo el tiempo*	• *Costo de los medicamentos* • *Tener que recordar horario de medicamentos* • *Tener que hacer pausas para comer*

Fuente: Elaboración propia

3. *Explicar el concepto de Infarto Agudo al Miocardio, factores de riesgo, síntomas y conductas de autocuidado.*

Ya que se han identificado las razones para el cambio será relevante indagar la información que el paciente tiene acerca de la enfermedad. El terapeuta identificará aquellas áreas donde el paciente tiene dudas o información incorrecta, ya sea en el concepto de infarto, factores de riesgo, síntomas o conductas para cuidar la salud. Para otorgar la información se hará uso de la presentación y se hará énfasis en las áreas donde el paciente presentó más dudas.

Para finalizar, se evaluarán los conocimientos que el paciente adquirió después de la presentación para ello se hará uso de la lista de chequeo (Anexo 4) para dar como terminada esta actividad será necesario que el paciente obtenga una puntuación mínima de 11.

4. *Revisar el plan de alimentación en cuanto a porciones y grupos de alimentos*

Después de haber revisado la información sobre infarto agudo al miocardio, se revisará junto con el participante el plan de alimentación que le fue proporcionado por el Departamento de Dietética y Nutrición al salir de la hospitalización.

El plan de alimentación consiste en un cuadernillo donde se incluye la prescripción dietética individualizada para cada paciente, en ésta, se establece el número de porciones para cada grupo de alimentos que se pueden consumir durante el día. Además de la prescripción se añaden listas de todos los grupos de alimentos donde se establece el tamaño de las porciones para cada tipo de alimento.

Para esta actividad, se revisará el número de porciones de cada alimento que fue prescrita para la persona y posteriormente se le preguntará qué grupo de alimento es el que considera que se le dificulta más al regular sus porciones. una vez que este grupo haya sido identificado se revisará el número de porciones prescritas para este tipo de alimento y se revisará la lista del tamaño de las porciones del mismo, un ejemplo de esto se presenta en la siguiente viñeta:

Terapeuta: Ahora vamos a revisar su plan de alimentación, por favor abra su cuadernillo en la primera página, aquí vienen unos cuadros donde dice desayuno, comida, refrigerio y cena. Lo que vamos a hacer es contar cuantas porciones de alimentos tiene para todo el día, por ejemplo, donde dice cereales sin grasa en total tiene 9, 5 de verduras, 8 de alimentos de origen animal, 4 porciones de grasas y 1 lácteo. De estos alimentos cuénteme ¿cuál es el que se le dificulta más en cuanto a saber si lo puede comer y en qué cantidad?

Paciente: Las tortillas y el pan desde que salí no he comido nada de eso y la verdad es que se me antoja mucho…

Terapeuta: muy bien, entonces vamos a revisar la lista de cereales sin grasa, abra su cuadernillo en la página 4 y vamos a buscar en la lista que viene ahí el pan y las tortillas ¿qué dice?

Paciente: de tortillas dice que una pieza y de bolillo dice que es un tercio de pieza

Terapeuta: perfecto, en su plan como decíamos al inicio tiene prescritas 9 porciones de cereal, es decir que sí puede incluir la tortilla, el bolillo o el resto de alimentos que vienen en esta lista dentro de su alimentación siempre y cuando no salga de su porción. Por ejemplo, podría comer una torta en la mañana y ese bolillo sería igual a tres porciones de las nueve que tiene, o podría comer dos tortillas en su desayuno y eso sería igual a dos porciones de las nueve que tiene ¿me explico?

Paciente: sí, ya voy entendiendo

Terapeuta: muy bien, vamos a revisar el resto de alimentos de esta lista y sus porciones

Fuente: Elaboración propia

Este proceso se repetirá para el resto de grupos de alimentos prescritos en el plan de alimentación.

5. *Establecer la agenda de trabajo con el paciente*

El objetivo de establecer una agenda es facilitar la correspondencia entre los objetivos del paciente y los objetivos del tratamiento (Rosengren, 2018). Es decir que durante esta actividad será necesario hacer una devolución al usuario acerca de los aspectos que ha mencionado le preocupan, o situaciones que son un problema o desafío para él, por ejemplo:

Terapeuta: de acuerdo a lo que usted me ha dicho, hay varias situaciones que le preocupan, me ha comentado que quiere dejar de fumar porque eso puede ocasionarle otro infarto y a pesar de que lo ha intentado abandonar este hábito le ha resultado muy difícil, también me ha dicho que una de sus principales preocupaciones es el hecho de que considera que no ha pasado suficiente tiempo con sus hijos y finalmente considera que debe mejorar su alimentación ya que debido a su trabajo su dieta consistía en comida callejera. ¿estoy en lo correcto?
Paciente: sí
Terapeuta: de acuerdo, ahora teniendo claro cuáles son sus principales preocupaciones puedo notar que varias de ellas tienen que ver con su estilo de vida y también con su vida familiar, todas estas preocupaciones se encuentran relacionadas entre sí ya que para que usted pueda pasar mayor tiempo con su familia necesita estar sano y esto tiene que ver, por ejemplo, con el abandono del cigarro y el cambio en su dieta. ¿Qué le parece si trabajamos juntos para que usted logre pasar más tiempo con su familia y pueda mejorar su salud también?
Paciente: sí, es lo que quiero.

Fuente: Elaboración propia

Después de que se han identificado estas preocupaciones será importante acordar junto con el paciente cuál será el plan a seguir para comenzar a trabajar en ello.

Módulo 2. Establecimiento de un plan de acción

Objetivo General

Establecer un plan de acción para que el usuario modifique su comportamiento.

Objetivos específicos

1. Aumentar el seguimiento del plan de alimentación

Actividades a desarrollar

1. Recapitular la situación actual de la persona.
2. Formulación de preguntas abiertas
3. Establecer la meta a la que se espera llegar.
4. Establecer los objetivos requeridos para cumplir la meta.
5. Desarrollar en conjunto un plan de acción para el cumplimiento de los objetivos

Desarrollo del módulo

1. **Recapitular la situación actual de la persona y establecer la meta a la que se espera llegar.**

Al comenzar este módulo será necesario hacer un resumen del estado actual del usuario retomando los datos de la evaluación inicial que se realizó al inicio de la intervención, así como elementos identificados en el primer módulo de la intervención, el resumen debe contener:

- Las percepciones que la persona tiene acerca del problema. En esta primera parte del resumen se retomarán los elementos en el discurso de la persona que indican las preocupaciones que ha tenido y la intención que tiene de cambiar y las consecuencias que este problema ha tenido en las diferentes áreas de su vida. Por ejemplo:

Terapeuta: De acuerdo con lo que me ha comentado, usted se encuentra preocupado por el infarto que le ocurrió hace unos meses, ya que esto le ha hecho pensar que no ha pasado suficiente tiempo con su familia y ha notado que dedicarse únicamente a su trabajo ha tenido estas consecuencias en su salud ya que al estar cien por ciento dedicado a esto dejó de lado varios aspectos que resultan igual de importantes que su empleo como el tiempo de calidad que pasa con sus seres queridos.

Fuente: Elaboración propia

- Los componentes de la ambivalencia del paciente, es decir lo que considera positivo y negativo de la conducta problema. En este apartado del resumen será importante que se incluyan todas las razones para cambiar que se hayan identificado en el discurso de la persona y al mismo tiempo se debe reconocer la resistencia y/o ambivalencia que haya experimentado. En la siguiente viñeta se presenta un ejemplo de esto:

Terapeuta: También me ha comentado que, aunque por un lado dedicarse únicamente a su trabajo le hace sentir satisfecho por la remuneración económica que tiene así como que le permite ayudar a sus clientes para resolver problemas y por otro lado estar completamente dedicado a esto también le ha traído consecuencias graves en su salud ya que no contaba con horarios fijos de comida, le hacía falta descansar y algunas veces la carga de trabajo le provocaba mucho estrés, así como problemas con su familia ya que sus horarios no le permitían pasar suficiente tiempo con su esposa e hijos y esto hacía que discutieran constantemente.

Fuente: Elaboración propia

- Una revisión de los datos que se obtuvieron en la evaluación inicial (factores de riesgo presentes, resultados de laboratorio y riesgo cardiovascular actual). Durante esta sección del resumen se le informará al usuario los resultados de las evaluaciones que se realizaron al inicio de la intervención. Por ejemplo:

Terapeuta: Por otro lado, me gustaría hacer de su conocimiento, los últimos resultados de sus estudios de laboratorio que indican que será importante que se realicen varias modificaciones en su estilo de vida para disminuir su riesgo cardiovascular, es decir, adoptar hábitos que disminuyan sus niveles de colesterol y triglicéridos.

Fuente: Elaboración propia

- Los indicadores que la persona ha comentado sobre el deseo y la intención de hacer un cambio. En esta sección se retomarán las intenciones de hacer un cambio, ya sean las ideas que ha tenido para comenzar a hacer los cambios dirigidos a modificar el problema o los comportamientos que haya comenzado a realizar a partir de la conducta problema. En la siguiente viñeta se ejemplifica lo anterior:

Terapeuta: Desde que comenzamos a trabajar juntos, usted ha dicho que ahora está consciente de los riesgos que la enfermedad tiene y está dispuesto a modificar algunos aspectos de su estilo de vida, como establecer un horario de trabajo para cambiar sus hábitos de alimentación y tener tiempos de descanso y que esto al mismo tiempo le permita pasar más tiempo con su familia.

Fuente: Elaboración propia

- La evaluación de la terapeuta acerca de la situación de la persona, especialmente en aquellos temas donde se coincide con las preocupaciones de la persona. Para finalizar el resumen, el terapeuta ofrecerá su propia evaluación acerca del estado de la persona haciendo énfasis en las preocupaciones que comparte con el usuario, en esta sección será importante reforzar las intenciones de cambio que se han comentado con anterioridad para aumentar el compromiso al cambio. Por ejemplo:

Terapeuta: Todo esto que hemos comentado, es muy importante ya que usted pasó por este evento cardiaco y a partir de ello notó varias cosas en su vida que le gustaría cambiar, como lo que me ha dicho acerca de poner en orden los horarios de su trabajo ya que usted ha identificado que esto le ha ocasionado diversos problemas que han tenido estas consecuencias en su salud, puedo imaginar que pasar por esto fue muy difícil y pensar en todos los cambios que hay por hacer puede parecer abrumador, sin embargo, también noto que al darse cuenta de todo esto, usted se encuentra muy animado a comenzar a hacer los cambios que ha comentado y esto es muy importante ya que podemos comenzar a trabajar en la manera en la que usted puede lograr esto ¿qué le parece?.

Fuente: Elaboración propia

2. Formulación de preguntas abiertas

Al finalizar la recapitulación se debe preguntar al usuario si en el resumen considera que hizo falta agregar información, si no es así, lo que sigue es la formulación de preguntas abiertas que estén dirigidas al cambio, es decir, estas preguntas tienen como objetivo que la persona piense y hable sobre el cambio. Por ejemplo:

Terapeuta: De acuerdo, ahora que hemos resumido esta información parece como si las cosas no pudieran seguir de la manera en que han seguido hasta ahora. ¿Qué es lo que piensa hacer?

Paciente: creo que es momento de poner en orden todo lo que hago en mi trabajo, a mi lo que me gustaría es tener otros 20 años de vida para poder estar bien y sano y así poder pasar más tiempo con mi familia y dejarles un legado a mis hijos.

Fuente: elaboración propia

3. Establecimiento de la meta a la que se espera llegar.

La realización de estas preguntas llevará a la formulación de una meta por parte del usuario, la meta será el resultado o estado final al que el paciente desea llegar al finalizar su tratamiento, es importante que esta meta sea realista y viable.

Con base en las respuestas que la persona haya dado se irá formulando la meta final a la que se espera llegar, al inicio el usuario puede establecer metas muy subjetivas o irreales en estos casos será importante que el terapeuta proporcione apoyo para lograr que la meta sea clara, realista y viable, este apoyo se facilitará mediante de preguntas que estén dirigidas al análisis de la viabilidad de la meta establecida, tal y como se muestra en el siguiente ejemplo:

Paciente: creo que es momento de poner en orden todo lo que hago en mi trabajo, a mi lo que me gustaría es tener otros 20 años de vida para poder estar bien y sano y así poder pasar más tiempo con mi familia y dejarles un legado a mis hijos.
Terapeuta: entonces, usted quisiera alargar su tiempo de vida para aprovecharlo con su familia ¿de qué manera usted podría alargar su tiempo de vida?
Paciente: tendría que comenzar a cuidarme más, ya no quiero que me vuelva a pasar esto, para empezar, tendría que establecer un horario fijo de trabajo.
Terapeuta: ¿Entonces lo que usted quisiera es mejorar su estilo de vida?
Paciente: sí, es lo que me gustaría.
Terapeuta: De acuerdo, ¿qué le parece si establecemos esa como su meta a lograr en este tratamiento?
Paciente: Sí, de acuerdo

Fuente: elaboración propia

Se debe recordar que durante este módulo y a lo largo de toda la intervención, la persona es quien tiene la responsabilidad, la libertad y la posibilidad de poder elegir y este enfoque se deberá mantener en todos los módulos del tratamiento.

4. Establecer los objetivos requeridos para cumplir la meta.

Después de que se ha establecido la meta a seguir de la persona, se comenzará con el establecimiento de los objetivos para alcanzarla, de igual manera que en el establecimiento de la meta será importante identificar en el discurso de la persona si los objetivos que está planteando son claros y viables si no es así le ayudaremos a clarificarlos y plantearlos de tal forma que estos sean realistas y alcanzables. Una forma de evaluar la accesibilidad de los objetivos es pedirle a la persona que

considere cuales serían las consecuencias de seguir ese curso de acción, por ejemplo:

Terapeuta: Muy bien, ahora que ya tenemos clara la meta a la cual usted quiere llegar, analicemos juntos los pasos que son necesarios para que la alcance, ya me ha comentado algunos como comenzar a cuidarse más y modificar su horario de trabajo, cuénteme ¿qué implicaría para usted cuidarse más?
Paciente: pues tendría que empezar a tener un horario de comida fijo en mi trabajo y lo siguiente sería lo que voy a comer y pues puedo ir a mi casa si tengo tiempo
Terapeuta: ¿qué pasaría si usted no tiene oportunidad de regresar a su casa? ¿dónde comería?
Paciente: pues tendría que ir a una fonda y podría comer lo más sano que pueda o pedirle a la señora que me haga algo que tenga verduras intentando seguir la el plan que me dieron cuando salí del hospital
Terapeuta: De acuerdo, entonces parece que un objetivo podría ser seguir su plan de alimentación ya sea que coma en casa o fuera de ella, ¿lo estoy entendiendo bien?
Paciente: Sí, comer bien tanto en casa como fuera de ella.

Fuente: elaboración propia

De igual manera que en la actividad anterior, la respuesta a las preguntas favorecerá el establecimiento de objetivos claros y accesibles a los cuales dirigirse.

5. Desarrollar en conjunto un plan de acción para el cumplimiento de los objetivos.

La ultima actividad a llevar a cabo es el establecimiento de un plan para el cambio. La discusión de la meta y objetivos lleva naturalmente a esto, resultará útil llenar junto con el paciente el formato de plan de cambio que se presenta a continuación:

Figura 16. Formato de plan de cambio

MI PLAN DE CAMBIO

Mi meta es:
Las razones más importantes por las que quiero cambiar son:
Los objetivos principales para mí mismo, a la hora de llevar a cabo un cambio son:
Planifico hacer estas cosas a fin de conseguir mis objetivos:
Otras personas que me podrían ayudar a la hora de cambiar:
Deseo que mi plan tenga estos resultados positivos:

Como se puede observar, el formato de plan de cambio retoma elementos que ya se han trabajado al inicio de este modulo, por lo que al inicio será cuestión de repasar o simplemente re escribir junto con el paciente lo que ya se ha trabajado. El llenado del este formato se realizará de la siguiente forma:

- **Meta:** en este espacio deberá colocarse la meta a la que la persona desea llegar, esta meta ya fue establecida en la segunda actividad de este módulo por lo que sólo será cuestión de escribirla nuevamente en el formato del plan. Es importante recordar que esta meta debe ser realista y viable.
- **Razones más importantes por las que se quiere cambiar:** en este apartado se retoman algunos de los aspectos que el usuario considera importantes en su vida, estos pueden ser su familia, su trabajo, querer dejar un aprendizaje a sus hijos, etc. será necesario hacer explícito para la persona la relación que existe entre estas razones y el siguiente apartado del formato, que es el de objetivos.

- **Objetivos principales para la persona a la hora de llevar a cabo un cambio:** como se mencionó con anterioridad este apartado se encuentra estrechamente relacionado con las razones que la persona tiene para hacer los cambios, estos objetivos ya se establecieron en la actividad 3 del presente módulo y será cuestión de anotarlos con el usuario.
- **Lista de cosas por hacer para conseguir los objetivos:** este apartado es de vital importancia, ya que conforma la parte instrumental del trabajo realizado, aquí se enlistarán las conductas específicas que la persona llevará a cabo para cumplir con los objetivos, si el usuario tiene problemas o dificultades al momento de establecer las conductas el terapeuta puede ayudarle a especificar estas de tal forma que quede claro el comportamiento que es requerido para alcanzar los objetivos.
- **Personas que pueden apoyar a la hora de cambiar:** aquí se enlistaran a las posibles personas del entorno del usuario que pueden apoyarlo, puede que con anterioridad la persona ya haya comentado las fuentes de apoyo social que posee, se pueden retomar para llenar este apartado.
- **Resultados positivos que la persona espera obtener al cumplir con el plan:** finalmente, la persona establecerá qué es lo que espera de todo el plan que se ha establecido, es decir, si el usuario cree que con este plan llegará a su meta y qué tan probable es que lo lleve a cabo. En el caso de que la persona comente que no se encuentra tan segura de los resultados de este será necesario indagar la razón y analizar nuevamente las posibles barreras que pueden dificultar la realización exitosa del plan.

En la figura 2, se presenta un ejemplo de formato de plan de cambio llenado como se indicó anteriormente. Al finalizar, se realizará un breve resumen del plan de cambio para verificar junto con el paciente si no se está dejando de lado algún aspecto importante o si se pueden agregar elementos al mismo.

Se podrá pasar al siguiente módulo una vez que el plan de cambio se haya establecido.

Figura 17. Ejemplo de plan de cambio

Mi meta es: "Mejorar mi estilo de vida"
Las razones más importantes por las que quiero cambiar son: • No les he enseñado muchas cosas a mis hijos • Quiero disfrutar a mi familia, no he pasado suficiente tiempo con ellos por trabajar todo el día. • Me preocupa que me de otro infarto y que tenga consecuencias que sean más graves que me imposibiliten seguir trabajando.
Los objetivos principales para mí mismo, a la hora de llevar a cabo un cambio son: • Establecer un horario fijo de trabajo para poder incluir horas de comida • Seguir el plan de alimentación que me dieron en el hospital. • Tomar mis medicinas • Enseñarle a mi hijo cómo se hace mi trabajo
Planifico hacer estas cosas a fin de conseguir mis objetivos: • Llevar una agenda para tener actividades establecidas en mi día para no saturarme de trabajo. • Explicarle a mis clientes mi nueva forma de trabajar • Establecer que mi horario de comida será de 3 a 4 de la tarde • Llevarme comida de mi casa • Si como en la calle evitar los alimentos grasosos • Si como en la calle buscar comer platillos con verduras • Que mi hijo me acompañe a mi trabajo toda la semana para enseñarle cómo se hace • Tener un pastillero para que no se me olviden los medicamentos en casa • Ponerme una alarma en el celular para recordar tomar mi medicina en los horarios indicados por el médico
Otras personas que me podrían ayudar a la hora de cambiar: • Mi esposa • Mi hiijo • Mi hermano
Deseo que mi plan tenga estos resultados positivos: • Sentirme con más energía porque tengo horarios y puedo descansar • Acercarme más a mi hijo • Que mi hijo aprenda lo que hago • Pasar mas tiempo con mi familia porque tengo horarios y puedo verlos más seguido • Hacer menos probable que me de otro infarto • Prevenir que me den otras enfermedades

Módulo 3. Prevención de recaídas

Objetivo General

Anticipar y prevenir la aparición de una recaída

Objetivos específicos

1. Identificar las situaciones que aumentan el riesgo de una recaída.
2. Identificar las acciones que puede llevar a cabo ante situaciones que aumentan el riesgo de una recaída.

Actividades a desarrollar

1. Explicar el concepto de recaída
2. Explicar tipos de situaciones de riesgo e identificar posibles situaciones de riesgo en la vida de la persona
3. Identificar el tipo de situación a la que la persona es más vulnerable.
4. Evocar conductas alternativas a las habituales para hacer frente a las situaciones.

Desarrollo del módulo

1. **Explicar el concepto de recaída**

   Se comenzará explicándole al usuario que en este módulo de trabajo se realizará un plan para mantener los cambios que ha realizado y no los abandone, posteriormente se explicará el concepto de recaída, haciendo énfasis en que ésta implica un retroceso o empeoramiento en su estado de salud y como tal las personas son capaces de retomar los comportamientos necesarios para salir de ese retroceso. Una recaída estaría indicada por los siguientes elementos:

   - Datos de laboratorio: colesterol fuera de rangos aceptables, presión arterial elevada, glucosa en sangre elevada.

- Estilo de vida: abandono del plan de alimentación y abandono de uno o todos los medicamentos indicados por el personal médico.

A continuación, se presenta una viñeta que ejemplifica lo anterior:

Terapeuta: Hoy vamos a comenzar a trabajar en un plan para hacer que los cambios que usted ha realizado en su vida diaria puedan mantenerse, es un plan de prevención de recaídas, ¿usted sabe qué es una recaída?
Paciente: pues es como regresar a lo de antes ¿no?
Terapeuta: De cierta forma sí, una recaída es como retroceder a los comportamientos que teníamos antes, es un error y como un error, siempre podemos repararlo o hacer cosas para evitar que suceda, nuestro plan va dirigido a eso, a evitar que los errores sucedan, en este caso usted podría darse cuenta de que ha retrocedido al notar que sus niveles de colesterol y triglicéridos están elevados, o que su presión o glucosa está más alta de lo normal. O puede darse cuenta también de una recaída si ha dejado de seguir su plan de alimentación o ha dejado de tomar alguna o varias medicinas.

Fuente: Elaboración propia

Al terminar de explicar esto, se le preguntará al usuario si ha quedado claro el concepto, en caso de que existan dudas, se resolverán, si no hay se pasará a la siguiente actividad.

2. Explicar tipos de situaciones de riesgo e identificar posibles situaciones de riesgo en la vida de la persona

Al terminar de explicar el concepto de recaída, el terapeuta tendrá que explicarle a la persona que existen situaciones específicas que pueden poner en riesgo el mantenimiento de los nuevos comportamientos que se han implementado. Por ejemplo:

Terapeuta: Cuando comenzamos a realizar cambios en nuestro estilo de vida, puede haber ocasiones en las que nos enfrentamos a diversas situaciones que ponen en riesgo los cambios que se han logrado, por ello vamos a hablar acerca de esto para estar preparados en el caso de que alguna de estas situaciones llegue a ocurrir y evitar que los cambios que usted ha implementado se pierdan.

Fuente: Elaboración propia

Será necesario explorar junto con el paciente qué situaciones cree que pueden poner en riesgo los cambios que ha realizado, para ello primero se dará información acerca de las diferentes situaciones de riesgo con las que se puede encontrar, estas son:

- **Situaciones que provocan estados emocionales negativos**. Se refiere a situaciones que producen emociones como el enojo, la tristeza, ansiedad, frustración, aburrimiento etc. Esta categoría se puede explorar de la siguiente forma:

Terapeuta: Una de estas situaciones que comentamos tiene que ver con aquellas que nos producen emociones incómodas o que nos causan malestar, por ejemplo, enojo, tristeza, frustración etc. Muchas veces para enfrentarnos a estas emociones hacemos cosas que nos ayudan a calmarnos, por ejemplo, fumar, comer chatarra etc. ¿Me gustaría saber si usted recuerda alguna ocasión donde haya intentado cambiar algo en su estilo de vida y le haya costado trabajo mantener esos cambios?
Paciente: Sí, después de mi primer infarto intenté comer menos grasas y lo había logrado por unos meses, me sentía muy bien, pero después mi madre falleció y dejé todo… regresé a comer mal, ya no me daban ganas de cocinar y prefería comer cualquier cosa en la calle.
Terapeuta: entonces al sentir esta tristeza no tuvo ganas de preparar sus alimentos y fue difícil que siguiera con su alimentación balanceada, este es un muy buen ejemplo de una situación que nos produce emociones negativas y que pone en riesgo los cambios que se han logrado.

Fuente: Elaboración propia

- **Conflictos interpersonales.** Este tipo de situaciones tienen que ver con conflictos que se presentan en cualquier relación, por ejemplo, problemas en su matrimonio, miembros de la familia o en las relaciones laborales. Por ejemplo:

Terapeuta: Otro tipo de situaciones que puede llegar a afectar los cambios logrados tiene que ver con los conflictos que podemos llegar a tener con las personas que son importantes para nosotros, por ejemplo, alguna discusión con su esposa, problemas con otros miembros de su familia o problemas en el trabajo con algún compañero o jefe. ¿Le ha sucedido que este tipo de situaciones afecte?
Paciente: recuerdo que una vez, mi esposa se enfermó y yo estaba muy estresado, durante unos días no comí tan bien, tenía ganas de papitas y refresco y sí comí, pero no dejé por completo mi alimentación, sólo fue un antojo pasajero.

Fuente: Elaboración propia

- **Presión social.** Las situaciones relacionadas con la presión social se caracterizan por eventos en los cuales el individuo responde ante la influencia de otra persona o grupo de personas que ejercen presión para que el usuario realice determinado comportamiento. Por ejemplo:

Terapeuta: Hay otras situaciones que tienen que ver con la presión que otras personas pueden ejercer sobre nuestro comportamiento, por ejemplo, algunas veces si visitamos a algún familiar que nos invita a comer y notamos que lo que nos ofrece son alimentos con grasa, refresco etc. Puede ser que sea difícil rechazarlo o en otros casos, aunque podamos rechazarlos la persona que nos lo ofrece insiste y eso puede hacer que cedamos. ¿le ha sucedido algo así?
Paciente: al principio, cuando me dio el primer infarto mi familia y yo cambiamos nuestros hábitos y comíamos bien, una ocasión fui de vacaciones a la casa de mi hermano y él solo cocinaba carne con refresco, o alimentos muy grasosos y cuando yo intentaba llevar otros alimentos como verduras o frutas me criticaba Y hasta discutimos al final llegamos al acuerdo que si el no quería comer de los que yo llevaba no tenía que hacerlo.
Terapeuta: es un excelente ejemplo de este tipo de situaciones, vamos a trabajar para tener alternativas al momento de que usted se enfrente a esto.

Fuente: Elaboración propia

Después de que se han explicado los tipos de situaciones que ponen en riesgo los cambios realizados por la persona, y se ha explorado si el paciente ha tenido experiencias con las mismas, se le pedirá a la persona que establezca cuál de estas categorías de situaciones cree que es la que lo pone en mayor riesgo para regresar a los comportamientos anteriores. Por ejemplo:

Terapeuta: ya que hemos establecido los diferentes tipos de situaciones que pueden poner en riesgo los cambios que ha realizado, me gustaría saber ¿cuál de estas tres situaciones podría hacer que usted abandone sus hábitos nuevos?
Paciente: Yo creo que la primera, sobre las emociones, porque el resto como le platiqué si pude manejarlo mejor.

Fuente: Elaboración propia

4. Evocar conductas alternativas a las habituales para hacer frente a las situaciones.

Ya que el usuario ha identificado el tipo situación a la que es vulnerable se analizarán los comportamientos que llevaba a cabo anteriormente y que lo dirigían a la conducta problema, por ejemplo:

Terapeuta: ya que hemos identificado que las situaciones que le cuestan más trabajo son aquellas que involucran a las emociones difíciles vamos a analizar esta situación, cuénteme ¿qué era lo que obstaculizaba que usted siguiera con su alimentación en el ejemplo que me dio sobre el fallecimiento de su madre?
Paciente: pues al sentirme tan triste, no quería ponerme a pensar en lo que iba a comer, a veces ni comía y cuando sí me acordaba de comer pues comía lo primero que encontraba en la calle y pues a pesar de que pasó el tiempo y empecé a sentirme mejor seguí comiendo igual
Terapeuta: la pérdida fue muy dolorosa, por lo que escucho la tristeza era muy abrumadora en ese momento, tanto que no le permitía planificar su alimentación y con el paso del tiempo fue más difícil regresar a la alimentación que había comenzado a implementar. Me interesaría saber si hizo algo más para evitar esto, por ejemplo, pedirle ayuda a alguien para cocinar, buscar alimentos en la calle que no contuvieran tanta grasa... ¿realizó algo de esto?

Continúa en la siguiente página

Paciente: No, la verdad no, solo fue dejarme llevar por lo que sentía y cuando me di cuenta ya había recuperado el peso que perdí.

Fuente: Elaboración propia

Después de identificar los obstáculos a los que se enfrentó la persona se realizará junto con ella una lista de posibles comportamientos alternativos a realizar en caso de que una situación de este tipo pueda presentarse, estas conductas serán propuestas por el usuario y el terapeuta estará encargado de evaluar junto con él la viabilidad de que estos comportamientos puedan llevarse a cabo en el momento requerido. A continuación, se presenta un ejemplo de esto:

Terapeuta: ahora que hemos hablado de los obstáculos, es momento de hacer un plan a futuro para que usted esté listo en caso de que este tipo de situaciones vuelvan a ocurrir, para hacer este plan es necesario que pensemos en alternativas de comportamientos, estas alternativas deben de ayudarnos para que no perdamos los cambios que estamos realizando ¿qué alternativas se le ocurre que usted puede llevar a cabo si una situación como la que comentamos se presentara en el futuro?

Paciente: pues creo que si llegara a pasar algo que me ponga igual de triste intentaría pedirle ayuda a mi esposa o a la señora de la fonda donde a veces como para que me cocinen algo que tenga más verduras algo que no sea tan grasoso, o si tengo que comer en la calle buscaría algún alimento que contenga verduras, podría pedir que me preparen mi taco sin grasa

Terapeuta: evaluemos la primera opción que me ha dicho, pedirle ayuda a su esposa o a la señora de la fonda, ¿cómo sería la ayuda que su esposa podría darle?

Paciente: pues yo le diría que me mande en un tuper un guisado o fruta

Terapeuta: ¿Ya lo ha hecho con anterioridad?

Paciente: Sí, a ella le gusta cocinar, yo no aceptaba sus tupers porque no me gusta cargar, pero si algo así me volviera a suceder podría hacerlo por cierto tiempo.

Terapeuta: ¿y en cuanto a la fonda?

Continúa en la siguiente página

Paciente: pues la señora que cocina ya me conoce, solo sería cuestión de pedirle un platillo con menos grasa y que le ponga mas verduras, ella sabe que tuve el primer infarto y siempre que me ve me pregunta cómo estoy, creo que sí me podría ayudar
Terapeuta: de acuerdo estas opciones son bastante buenas, ¿qué le parece si las agregamos a la lista de posibles comportamientos a realizar en caso de una situación que provoque emociones complicadas se presente?
Paciente: Sí, me parece bien

Fuente: Elaboración propia

Finalización del proceso de intervención

Cuando se cuente con la lista de comportamientos alternativos ante situaciones de riesgo, será momento de pasar al término del proceso de intervención. Para esta última parte el terapeuta realizará un resumen de lo que se trabajó, se retomará el formato de plan de cambio con el objetivo de recordar junto con el paciente cuales son las razones por las cuales él o ella han decidido hacer cambios en su vida y remarcando la importancia de las metas y objetivos que el propio usuario estableció.

Terapeuta: Hemos llegado al final de nuestro trabajo juntos, hoy vamos a hacer un breve resumen de proceso que usted ha recorrido. Cuando lo conocí me dijo que usted quería cambiar su estilo de vida y que las razones más importantes para hacer estos cambios tenían que ver con que no les había enseñado muchas cosas a sus hijos, quería disfrutar por más tiempo de su familia ya que sentía que no había pasado suficiente tiempo con ellos por trabajar todo el día y también me comentó que le preocupaba que le diera otro infarto y tuviera consecuencias más graves que le hicieran imposible seguir trabajando.
Paciente: Así es
Terapeuta: También establecimos una serie cosas que usted iba a realizar con tal de conseguir estos objetivos y poco a poco ha ido implementando estos cambios en su vida con éxito y hace muy poco trabajamos en una especie de plan en caso de que ocurrieran situaciones que dificultaran que usted siguiera trabajando para alcanzar esos objetivos. Le hago este breve resumen para resaltar y reconocer el trabajo que usted ha estado realizando…

Continúa en la siguiente página

…y también para que no olvide que los cambios que ha implementado no sólo persiguen la meta de mejorar su estilo de vida, sino que esto le ayudará a acercarse más a los aspectos importantes que me ha comentado, es decir, su familia, sus hijos y su trabajo, todos estos cambios persiguen eso, que usted se encuentre en las mejores condiciones para estar en contacto con esto que es importante para usted.

Fuente: Elaboración propia

Al término del resumen se procederá a la evaluación final y el establecimiento de la fecha para la sesión de seguimiento.

ANEXO 3

ENTREVISTA INICIAL PARA PACIENTES CON INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

Datos generales

Nombre: _____ Número de registro: _____

Edad: _____ Empleo: _____

Antecedentes heredofamiliares: Diabetes ( )

Hipertensión ( )

Enfermedades cardiovasculares ( )

Tabaquismo ( )

Resumen de datos clínicos y bioquímicos:

Infartos Sí ( ) No ( ) ¿Cuántos? _____

Dislipidemias Sí ( ) No ( )

Antecedentes personales patológicos

Indicadores antropométricos

- Peso: _____
- Talla: _____
- Circunferencia cintura: _____
- Circunferencia cadera: _____
- IMC: _____

Signos vitales

- PA: ____/_____
- Pulso: _____
- Temperatura: _____
- Respiración por minuto: _____

Datos recientes de laboratorio

- HbA1c: _____
- Colesterol LDL: _____
- Colesterol HDL: _____
- Colesterol total: _____

- Triglicéridos: _____

Información sobre aspectos psicosociales como:

- En algún momento de su estancia hospitalaria ¿le dieron información acerca de la enfermedad y sus cuidados?
- ¿Cree que sea necesario hacer cambios en su estilo de vida a partir de este evento? ¿por qué?
- ¿Qué tipo de cambios?
- En su familia ¿hay alguna persona que pueda apoyarle para realizar estos cambios?
- ¿Qué tipo de apoyo le daría?
- Cree que en su familia o entorno familiar ¿existan obstáculos para poder realizar exitosamente estos cambios?

1. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

¿Cuál fue el motivo de su ingreso al Instituto Nacional de Cardiología?
*Si no es la primera vez que el px presenta un IAM:
¿En qué fecha presentó el primer IAM?
¿Qué estaba haciendo cuando le dio el infarto?
¿Realizó algún cambio después de este evento? Sí ¿cuál?
¿Presentó alguna dificultad para realizar estos cambios?
*Si es la primera vez que el px ingresa al INC:
Cuénteme ¿qué estaba haciendo cuando le dio el infarto?
¿Cuál fue su primera impresión o reacción al recibir el Dx de IAM?
Cuando le dieron el Dx ¿usted realizó preguntas al personal médico? Sí ¿cuáles? No ¿Por qué?
¿Qué pensó mientras recibía el Dx?
¿Cuál ha sido su estado de ánimo desde que se enteró de su Dx?
¿A qué causas atribuye usted el IAM?

2. FACTORES DE RIESGO

- **DM2, HAS y/o dislipidemia**

¿Desde cuándo presenta DM2, HAS y/o dislipidemia?

Anteriormente, ¿Qué medicamentos tomaba y para qué enfermedades servían?

En qué horarios y dosis estaban indicados sus medicamentos

¿En los últimos seis meses dejó de consumir alguno de sus medicamentos? Sí ¿por qué?

¿Qué hace para tomar sus medicamentos a tiempo? ¿qué hace cuando una dosis se le olvida?

¿Algún miembro de su familia lo apoya para la toma de sus medicamentos?

- **Tabaquismo**

¿Desde cuando fuma?

¿Cuántos cigarros consume?

¿Ante qué situaciones específicas fuma?

¿Cómo se siente cuando fuma?

*Si el paciente es ex fumador. ¿Hace cuanto tiempo dejó de fumar?

¿Por qué razón abandonó el cigarro? ¿Presentó alguna dificultad para dejar de fumar? Sí ¿cuál?

¿Cuántos cigarros consumía?

¿Ante qué situaciones específicas fumaba?

3. SITUACIÓN FÍSICA ACTUAL

¿Qué síntomas ha presentado en la última semana?

Síntomas	SI	NO
Dificultad para respirar		
Fatiga		
Dolor de cabeza		
Palpitaciones		
Náuseas o vómitos		
Boca seca		
Manos frías o sudorosas		

Síntomas	SI	NO
Tensión muscular (en cabeza, espalda, hombros)		
Dificultad para dormir y descansar		
Falta de apetito		
Decremento en el deseo sexual		
Comer en exceso		
Temblor de manos.		
Otro(s). Especifique		

4. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

- **Supervisión médica**

  ¿Con qué frecuencia asiste a sus citas médicas?

  ¿Ha tenido dificultades para ir a sus citas médicas? Sí ¿cuáles?

- **Toma de medicamentos**

  ¿Qué medicamentos toma?

  ¿En qué dosis y frecuencia toma sus medicamentos?

  ¿Dónde tiene sus medicamentos?

  ¿Cómo se asegura de resurtir el medicamento para tenerlo disponible?

  ¿Ha presentado alguno de estos problemas al tomar su medicamento?

  ( ) Olvidos

  ( ) Tomarlo después de la hora indica

  ( ) Tomar una dosis mayor a la prescrita

  ( ) Efectos adversos/secundarios de los medicamentos

  ¿Cuáles? _____

  ( ) Modifica su dosis dependiendo de cómo se siente

  ( ) Falta de recursos económicos para adquirirlos

  ( ) No le surtieron receta en el hospital

  ( ) Cree que el medicamento no es conveniente y por eso no lo toma

  ( ) Tiene alguna preocupación con respecto a sus medicamentos

¿Cuál? _____

¿Toma algún medicamento/tratamiento de terapias alternativas?

¿Con qué frecuencia?

- **Dieta**

Cuénteme ¿qué porciones de alimentos y bebidas consumió el día de ayer?

¿Durante su día presenta episodios donde come consume una cantidad excesiva de comida/atracones?

¿Le han recomendado cambiar su dieta?

¿Qué sugerencias le han dado?

¿Ha seguido las indicaciones por parte del nutriólogo en cuanto a porciones?

¿Qué dificultades ha presentado para seguir su plan de alimentación?

¿Cómo se siente y qué piensa con relación a la dieta prescrita por el nutriólogo?

- **Ejercicio**

¿Realiza o realizó ejercicio? Sí ¿cuál?

¿Con qué frecuencia y duración a la semana realiza esta actividad?

¿Ha tenido dificultades para realizar ejercicio?

¿Cómo se siente y qué piensa con relación al ejercicio?

ANEXO 4

Fecha: _____
Paciente: _____ Edad: _____
Comorbilidad: _____
Escolaridad: _____ Ocupación: _____
Aplicador: _____

LISTA DE CHEQUEO

TEMA	SI	NO	PUNTUACIÓN
¿Qué es? (2 ptos)			
Menciona que las arterias coronarias son las que llevan sangre al corazón			
Menciona la obstrucción de las arterias coronarias (coágulo, trombo, tapón)			
¿Por qué ocurre? (6 ptos)			
Menciona al menos un factor de riesgo no modificable (edad, sexo, herencia)			
Menciona consumo de tabaco			
Menciona falta de actividad física			
Menciona dieta inadecuada			
Menciona estrés			
Menciona comorbilidad (HAS o DM2)			
Síntomas (5 ptos)			
Menciona dolor u opresión en el centro del pecho			
Menciona dificultad para respirar			
Menciona nauseas o vómitos			
Menciona ganas de orinar			
Menciona sudor frío			
¿Qué hago para mejorar mi salud? (5 ptos)			
Menciona suspender de consumo de tabaco			
Menciona aumento de actividad física			
Menciona mejorar alimentación			
Menciona control de comorbilidad (HAS o DM2)			
Menciona el seguimiento de las indicaciones del médico			

PUNTUACIÓN TOTAL:

ANEXO 5

Conducta problema		
	SEGUIR IGUAL	HACER UN CAMBIO
BENEFICIOS		
COSTOS		

ANEXO 6

Mi meta es:
Las razones más importantes por las que quiero cambiar son:
Los objetivos principales para mí mismo, a la hora de llevar a cabo un cambio son:
Planifico hacer estas cosas a fin de conseguir mis objetivos:
Otras personas que me podrían ayudar a la hora de cambiar:
Deseo que mi plan tenga estos resultados positivos: