



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA

MODELO DE CONDUCTA PLANEADA, AFRONTAMIENTO Y SALUD MENTAL EN ADHERENCIA
A ALIMENTACIÓN CARDIOSALUDABLE Y EJERCICIO EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA
ISQUÉMICA

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
DOCTORA EN PSICOLOGIA

PRESENTA:

JESSICA BERENICE FLORES MENDOZA

TUTOR PRINCIPAL: DR. ROLANDO DÍAZ LOVING.

FACULTAD DE PSICOLOGÍA. UNAM

TUTORA ADJUNTA: DRA. MIRNA GARCÍA MÉNDEZ. FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA. UNAM

TUTOR EXTERNO: MTRO. JOSÉ LUIS ACEVES CHIMAL.

CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE DEL ISSSTE

JURADO A: DRA. MARÍA ELENA TERESA MEDINA-MORA ICAZA.
FACULTAD DE PSICOLOGÍA. UNAM; INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMON DE LA
FUENTE MUÑIZ

JURADO B: DRA. SOFÍA RIVERA ARAGÓN.

FACULTAD DE PSICOLOGÍA. UNAM

MÉXICO, CDMX

ABRIL, 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

A DIOS por haberme permitido cumplir este sueño que desde niña sembré con mucha esperanza en mi corazón y hoy en día con amor y alegría, orgullosamente FLORECIÓ.

A Verónica, Tutsi, Britney, Madonna, Niña y Silver por haberme amado, acompañado, apoyado, impulsado y motivado en este proceso, el cual a pesar de que no fue fácil, ustedes lo hicieron disfrutable y memorable con momentos inmarcesibles llenos de serotonina y dopamina, los cuales me permitieron aprender que con su amor todo es posible.

A mis padres y hermanos por haberme enseñado a insistir, persistir, resistir y nunca desistir a mis sueños sin importar las dificultades, poniendo a Dios siempre en primer lugar.

A mis alumnas y alumnos brillantes del equipo de conductoma humano cardiovascular

Sarita, Diana, Sharab, Fernando, Daniel, Ximena, Karen, Karla, Yamile y Sandra de la Facultad de Psicología y Medicina de la UNAM y UAM, por su pasión, confianza, aprendizaje, humildad, compañerismo, dedicación, compromiso y sobre todo trabajo en equipo, porque con ustedes aprendí lo que es realmente hacer investigación y que desde muy jóvenes podemos generar conocimiento original, de calidad y de frontera.

A mis amigas y colaboradoras de la Clínica Integral de Neurodesarrollo y Salud Mental-NeuroXotla por su hermandad, sororidad, aprendizaje y lucha constante desde cada una de nuestras trincheras.

“Y al final... si desde tu niñez siembras con amor un sueño en tu corazón y realmente crees y te aferras a el, corres el desafiante riesgo de florecer, de diversas formas inmarcesibles con el”.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la *Universidad Nacional Autónoma de México*, por la oportunidad de haberme abierto las puertas en su máxima casa de estudios para realizar mis estudios de posgrado en la *Facultad de Psicología de la UNAM*, así mismo agradezco al *Servicio de Cirugía Cardiovascular del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE* por permitirme desarrollar el presente proyecto y línea de investigación, así como a **los pacientes** que formaron parte de cada una de las diversas fases del proyecto y que dedicaron tiempo y espacio para contribuir con el estudio de su corazón y salud mental, a la ciencia.

Agradezco a la *Universitat de València en España* por permitirme realizar una estancia de investigación doctoral que me permitió pulir y consolidar la línea de investigación propuesta, así mismo agradezco al *Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología CONACyT* (Beca Doctoral No. CVU 814786) por el apoyo y recurso brindado en la realización de mis estudios de Doctorado.

De manera decorosa agradezco a mis tutores del doctorado: a la *Dra. Sofía Rivera Aragón* por su profesionalidad, y excelente enseñanza que me brindo en metodología de la investigación, siendo base fundamental para poder estructurar adecuadamente el presente proyecto de investigación, a la *Dra. María Elena Teresa Medina-Mora Icaza* por su gran acompañamiento y asesorías durante cada semestre del doctorado en el seminario de salud mental, las cuales me permitieron ir avanzando con firmeza y precisión en el desarrollo del proyecto de investigación, a la *Dra. Mirna García Méndez* por su guía, amabilidad y confianza brindada desde la licenciatura hasta la culminación del presente proyecto doctoral para poder consolidar una línea de investigación en mi formación académica, al *Dr. Rolando Díaz Loving* por permitirme aprender en su laboratorio de “*Investigación en Psicosociales*” con grandes profesionales del más alto nivel que me brindaron las herramientas en estadística y la oportunidad de adentrarme al desarrollo de diversas líneas de investigación en salud mental, cultura y personalidad “*un bello mundo de la investigación psicosocial*”, finalmente agradezco al *Dr. José Luis Aceves Chimal*, médico investigador del área de cirugía cardiovascular, quien desde mi formación en licenciatura hasta mis estudios de posgrado, me impulso y motivo a dar continuidad a mi interés e inquietud en la investigación psicosocial de la enfermedad cardiovascular, guiándome desde la investigación médica con el reconocimiento en la investigación psicológica a través de alternativas y propuestas que expliquen, intervengan y coadyuven en las necesidades de uno de los problemas de salud pública en México y el mundo, como lo es, la *cardiopatía isquémica*.

ÍNDICE

| | |
|---|------------|
| RESUMEN | XIX |
| ABSTRACT | XX |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| CARDIOPATÍA ISQUÉMICA | 2 |
| Epidemiología de la cardiopatía isquémica..... | 2 |
| Definición, fisiopatología y manifestaciones clínicas..... | 2 |
| Estratificación de la cardiopatía isquémica..... | 3 |
| Factores de riesgo para cardiopatía isquémica..... | 4 |
| MEDIDAS DE PREVENCIÓN PRIMARIA EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA | 5 |
| ALIMENTACIÓN SALUDABLE | 7 |
| Perspectiva filosófica de la alimentación saludable..... | 7 |
| Alimentación cardiosaludable en enfermedad cardiovascular..... | 8 |
| Dietas cardiosaludables..... | 10 |
| ACTIVIDAD FÍSICA | 14 |
| Perspectiva filosófica e histórica de la actividad física..... | 14 |
| La actividad física en México..... | 15 |
| La actividad física y la cardiopatía isquémica..... | 17 |
| ADHERENCIA TERAPÉUTICA A CONDUCTAS DE SALUD | 19 |
| Conceptuación de adherencia terapéutica desde la psicología..... | 19 |
| Instrumentos que evalúan adherencia en conductas de salud..... | 22 |
| Modelo de Wallston..... | 26 |
| Modelo de creencias en salud..... | 29 |
| Modelo transteórico..... | 32 |
| Modelo de acción razonada..... | 36 |
| Modelo de conducta planeada..... | 38 |
| VARIABLES CULTURALES ASOCIADAS A LA ADHERENCIA A ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y EJERCICIO: HALLAZGOS DEL MODELO DE CONDUCTA PLANEADA | 41 |
| Creencias (conductuales, normativas y de control)..... | 41 |

| | |
|---|-----------|
| Actitudes conductuales | 44 |
| Normas subjetivas | 47 |
| Control conductual | 49 |
| Intención conductual | 51 |
| SALUD MENTAL Y SU RELACIÓN CON LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA | 55 |
| Ansiedad en la enfermedad cardiovascular | 55 |
| Depresión en la enfermedad cardiovascular | 58 |
| Estilos de afrontamiento en la enfermedad cardiovascular | 61 |
| MÉTODO GENERAL..... | 65 |
| Justificación..... | 65 |
| Pregunta de investigación..... | 67 |
| Objetivo general | 67 |
| Esquema de estudios que integran el proyecto de investigación..... | 68 |
| ESTUDIO 1..... | 70 |
| Desarrollo y evaluación de las propiedades psicométricas de las escalas de evaluación de adherencia a alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular, ansiedad y depresión hospitalaria, afrontamiento y modelo de conducta planeada.... | 70 |
| Justificación..... | 70 |
| Fase 1. Exploración del concepto de creencias “conductuales, normativas y de control” sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular | 71 |
| Pregunta de investigación..... | 71 |
| Objetivo general | 71 |
| Objetivos específicos..... | 71 |
| Definición conceptual de la variable (V.D)..... | 71 |
| Definición operacional de la variable..... | 72 |
| Muestra | 72 |
| Criterios de selección | 72 |
| Medidas | 72 |
| Procedimiento..... | 73 |
| Análisis de datos..... | 75 |

| | |
|--|-----------|
| Resultados..... | 76 |
| Conclusión..... | 79 |
| Fase 2. Creación de instrumento para medir creencias “conductuales, normativas y de control” sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular. | 80 |
| Pregunta de investigación..... | 80 |
| Objetivo general | 80 |
| Objetivos específicos..... | 80 |
| Definición conceptual de la variable (V.D)..... | 81 |
| Definición operacional de la variable..... | 81 |
| Muestra | 81 |
| Criterios de selección | 82 |
| Tipo de estudio y diseño..... | 82 |
| Instrumentos | 82 |
| Procedimiento..... | 85 |
| Análisis de datos..... | 86 |
| Resultados..... | 87 |
| Discusión | 97 |
| Fase 3. Exploración del concepto de actitudes conductuales sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular. | 99 |
| Justificación..... | 99 |
| Pregunta de investigación..... | 99 |
| Objetivo general | 99 |
| Objetivos específicos..... | 99 |
| Definición conceptual de la variable (V.D)..... | 100 |
| Definición operacional de la variable..... | 100 |
| Muestra | 100 |
| Criterios de selección | 100 |
| Medidas | 101 |
| Procedimiento..... | 101 |

| | |
|--|------------|
| Análisis de datos..... | 103 |
| Resultados..... | 104 |
| Conclusión..... | 104 |
| Fase 4. Creación de instrumento para medir actitudes conductuales sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular | 105 |
| Pregunta de investigación..... | 105 |
| Objetivo general | 105 |
| Objetivos específicos..... | 105 |
| Definición conceptual de la variable (V.D)..... | 105 |
| Definición operacional de la variable..... | 106 |
| Muestra | 106 |
| Criterios de selección | 106 |
| Tipo de estudio y diseño..... | 107 |
| Instrumento..... | 107 |
| Procedimiento..... | 108 |
| Análisis de datos..... | 109 |
| Resultados..... | 110 |
| Discusión | 113 |
| Fase 4.1 Confirmación de la estructura factorial de las escalas de actitudes conductuales hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular | 115 |
| Justificación | 115 |
| Objetivo general..... | 116 |
| Definiciones conceptuales | 116 |
| Definiciones operacionales | 116 |
| Muestra | 117 |
| Criterios de selección..... | 117 |
| Tipo de estudio y diseño | 117 |
| Instrumento | 117 |
| Procedimiento | 119 |
| Análisis de datos | 119 |

| | |
|--|------------|
| Resultados | 120 |
| Discusión | 124 |
| Conclusión | 125 |
| Fase 5. Exploración del concepto de normas subjetivas sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular | 126 |
| Justificación..... | 126 |
| Pregunta de investigación..... | 126 |
| Objetivo general | 126 |
| Objetivos específicos..... | 126 |
| Definición conceptual de la variable (V.D)..... | 127 |
| Definición operacional de la variable..... | 127 |
| Muestra | 127 |
| Criterios de selección | 127 |
| Medidas | 128 |
| Procedimiento..... | 129 |
| Análisis de datos..... | 130 |
| Resultados..... | 131 |
| Conclusión..... | 132 |
| Fase 6. Creación de instrumento para medir normas subjetivas sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular. | 133 |
| Pregunta de investigación..... | 133 |
| Objetivo general | 133 |
| Objetivos específicos..... | 133 |
| Definición conceptual de la variable (V.D)..... | 133 |
| Definición operacional de la variable..... | 134 |
| Muestra | 134 |
| Criterios de selección | 134 |
| Tipo de estudio y diseño..... | 134 |
| Instrumento..... | 135 |
| Procedimiento..... | 136 |

| | |
|---|------------|
| Análisis de datos..... | 137 |
| Resultados..... | 137 |
| Discusión..... | 140 |
| Fase 7. Exploración del concepto de control conductual sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular | 142 |
| Justificación..... | 142 |
| Pregunta de investigación..... | 142 |
| Objetivo general | 142 |
| Objetivos específicos..... | 142 |
| Definición conceptual de la variable (V.D)..... | 143 |
| Definición operacional de la variable..... | 143 |
| Muestra..... | 143 |
| Criterios de selección | 143 |
| Medidas | 144 |
| Procedimiento..... | 144 |
| Análisis de datos..... | 146 |
| Resultado..... | 147 |
| Conclusión..... | 147 |
| Fase 8. Creación de instrumento para medir control conductual sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular. | 148 |
| Pregunta de investigación..... | 148 |
| Objetivo general | 148 |
| Objetivos específicos..... | 148 |
| Definición conceptual de la variable (V.D)..... | 148 |
| Definición operacional de la variable..... | 149 |
| Muestra..... | 149 |
| Criterios de selección | 149 |
| Tipo de estudio y diseño..... | 150 |
| Instrumento..... | 150 |
| Procedimiento..... | 151 |

| | |
|--|------------|
| Análisis de datos..... | 151 |
| Resultados..... | 152 |
| Discusión..... | 153 |
| Fase 9. Exploración del concepto de intención conductual sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular..... | 155 |
| Justificación..... | 155 |
| Pregunta de investigación..... | 155 |
| Objetivo general | 155 |
| Objetivos específicos..... | 155 |
| Definición conceptual de la variable (V.D)..... | 156 |
| Definición operacional de la variable..... | 156 |
| Muestra..... | 156 |
| Criterios de selección | 156 |
| Medidas | 157 |
| Procedimiento..... | 157 |
| Análisis de datos..... | 159 |
| Resultados..... | 160 |
| Conclusión..... | 161 |
| Fase 10. Creación de instrumento para medir intención conductual sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular | 162 |
| Pregunta de investigación..... | 162 |
| Objetivo general | 162 |
| Objetivos específicos..... | 162 |
| Definición conceptual de la variable (V.D)..... | 163 |
| Definición operacional de la variable..... | 163 |
| Muestra..... | 163 |
| Criterios de selección | 163 |
| Tipo de estudio y diseño..... | 164 |
| Instrumento..... | 164 |
| Procedimiento..... | 165 |

| | |
|---|------------|
| Análisis de datos..... | 166 |
| Resultados..... | 166 |
| Discusión..... | 168 |
| Fase 11. Propiedades psicométricas de la escala de estilos de afrontamiento hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable y hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular. | 169 |
| Justificación..... | 169 |
| Pregunta de investigación..... | 169 |
| Objetivo general | 169 |
| Objetivos específicos..... | 169 |
| Definición conceptual de estilos de afrontamiento (V.I): | 170 |
| Definición operacional de estilos de afrontamiento: | 170 |
| Muestra..... | 170 |
| Criterios de selección | 171 |
| Tipo de estudio y diseño..... | 171 |
| Instrumentos | 171 |
| Procedimiento..... | 172 |
| Análisis de datos..... | 173 |
| Resultados..... | 174 |
| Discusión..... | 179 |
| Fase 12. Confiabilidad de las Escalas de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y Cuestionario de Adherencia a la Alimentación Cardiosaludable (PREDIMED). | 181 |
| Justificación..... | 181 |
| Pregunta de investigación..... | 181 |
| Objetivos específicos..... | 182 |
| Definición conceptual..... | 182 |
| Definición operacional | 183 |
| Muestra..... | 183 |
| Criterios de selección | 183 |
| Tipo de estudio y diseño..... | 184 |

| | |
|--|------------|
| Instrumento..... | 184 |
| Procedimiento..... | 185 |
| Análisis de datos..... | 186 |
| Resultados..... | 186 |
| Discusión..... | 187 |
| ESTUDIO 2..... | 188 |
| Correlatos de adherencia a alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular en cardiopatía isquémica..... | 188 |
| Justificación..... | 188 |
| Pregunta de investigación..... | 188 |
| Objetivo general..... | 188 |
| Objetivos específicos..... | 189 |
| Hipótesis estadísticas (Modelo 1)..... | 189 |
| Hipótesis estadísticas (Modelo 2)..... | 193 |
| Definición de las variables..... | 197 |
| Muestra..... | 201 |
| Criterios de selección..... | 203 |
| Tipo de estudio y diseño..... | 203 |
| Instrumentos..... | 203 |
| Procedimiento..... | 211 |
| Análisis de datos..... | 212 |
| Resultados..... | 213 |
| Discusión..... | 221 |
| ESTUDIO 3..... | 228 |
| Predictores de la adherencia a la alimentación cardiosaludable y el ejercicio físico cardiovascular..... | 228 |
| Justificación..... | 228 |
| Pregunta de investigación..... | 228 |
| Objetivo general..... | 228 |
| Objetivos específicos..... | 229 |

| | |
|---|------------|
| Hipótesis conceptuales | 229 |
| Hipótesis estadísticas (Modelo 1)..... | 230 |
| Hipótesis estadísticas (Modelo 2)..... | 233 |
| Muestra | 236 |
| Criterios de selección | 237 |
| Tipo de estudio y diseño..... | 237 |
| Instrumentos | 238 |
| Procedimiento..... | 238 |
| Análisis de datos..... | 239 |
| DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN..... | 245 |
| Adherencia a la alimentación cardiosaludable en pacientes con cardiopatía isquémica. | 245 |
| Adherencia al ejercicio físico cardiovascular en pacientes con cardiopatía isquémica .. | 251 |
| ABREVIATURAS Y SIGLAS | 254 |
| REFERENCIAS | 257 |
| APÉNDICES..... | 286 |
| Apéndice A. Carta de consentimiento informado | 286 |
| Apéndice B. Aviso de privacidad..... | 288 |
| Apéndice C. Carta descriptiva del grupo focal..... | 289 |
| Apéndice D. Escala de Creencias Conductuales hacia la Adherencia a la Alimentación Cardiosaludable | 291 |
| Apéndice E. Escala de Creencias Normativas hacia la Adherencia a la Alimentación Cardiosaludable | 292 |
| Apéndice F. Escala de Creencias de Control hacia la Adherencia a la Alimentación Cardiosaludable | 293 |
| Apéndice G. Escala de Actitudes Conductuales hacia la Adherencia a la Alimentación Cardiosaludable | 295 |
| Apéndice H. Escala de Normas Subjetivas hacia la Adherencia a la Alimentación Cardiosaludable | 296 |
| Apéndice I. Escala de Control Conductual sobre la Adherencia a la Alimentación Cardiosaludable | 297 |

| | |
|--|-----|
| Apéndice J. Escala de Intención Conductual sobre la Adherencia a la Alimentación Cardiosaludable | 298 |
| Apéndice K. Escala de Estilos de Afrontamiento hacia la adherencia a la Alimentación Cardiosaludable | 299 |
| Apéndice L. Escala de Creencias Conductuales hacia la Adherencia al Ejercicio Físico Cardiovascular | 301 |
| Apéndice M. Escala de Creencias Normativas hacia la Adherencia al Ejercicio Físico Cardiovascular | 302 |
| Apéndice N. Escala de Creencias de Control hacia la Adherencia al Ejercicio Físico Cardiovascular | 303 |
| Apéndice Ñ. Escala de Actitudes Conductuales hacia la Adherencia al Ejercicio Físico Cardiovascular | 304 |
| Apéndice O. Escala de Normas Subjetivas hacia la Adherencia al Ejercicio Físico Cardiovascular | 305 |
| Apéndice P. Escala de Control Conductual sobre la Adherencia al Ejercicio Físico Cardiovascular | 306 |
| Apéndice Q. Escala de Intención Conductual sobre la Adherencia al Ejercicio Físico Cardiovascular | 307 |
| Apéndice R. Escala de Estilos de Afrontamiento hacia la Adherencia al Ejercicio Físico Cardiovascular | 308 |
| Apéndice S. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)..... | 310 |
| Apéndice T. Cuestionario de Adherencia a la Alimentación Cardiosaludable (PREDIMED) | 312 |
| Apéndice U. Regresiones lineales paso por paso de los modelos propuestos | 317 |

Tablas y Figuras

Tablas

| | |
|--|----|
| 1. Instrumentos que evalúan adherencia en conductas de salud | 22 |
| 2. Factores y reactivos que componen la escala de creencias conductuales hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable (peso factorial y comunalidad) | 88 |
| 3. Definiciones, número de reactivos y confiabilidad de la escala de creencias conductuales hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable | 88 |

| | |
|---|-----|
| 4. Factores y reactivos que componen la escala de creencias normativas hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable (peso factorial y comunalidad)..... | 89 |
| 5. Definiciones, número de reactivos y confiabilidad de la escala de creencias normativas hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable..... | 90 |
| 6. Factores y reactivos que componen la escala de creencias de control hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable (peso factorial y comunalidad)..... | 91 |
| 7. Definiciones, número de reactivos y confiabilidad de la escala de creencias de control hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable | 92 |
| 8. Factores y reactivos que componen la escala de creencias conductuales hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular (peso factorial y comunalidad)..... | 93 |
| 9. Definiciones, número de reactivos y confiabilidad de la escala de creencias conductuales hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular | 94 |
| 10. Factores y reactivos que componen la escala de creencias normativas hacia la adherencia al ejercicio físico (peso factorial y comunalidad)..... | 95 |
| 11. Definiciones, número de reactivos y confiabilidad de la escala de creencias normativas hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular | 95 |
| 12. Factores y reactivos que componen la escala de creencias de control hacia el ejercicio físico cardiovascular (peso factorial y comunalidad)..... | 96 |
| 13. Definiciones, número de reactivos y confiabilidad de la escala de creencias de control hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular | 96 |
| 14. Factores y reactivos que componen la escala de actitudes conductuales hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable (peso factorial y comunalidad)..... | 111 |
| 15. Definiciones, número de reactivos y confiabilidad de la escala de actitudes conductuales hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable | 112 |
| 16. Factores y reactivos que componen la escala de actitudes conductuales hacia la adherencia al ejercicio físico (peso factorial y comunalidad)..... | 113 |
| 17. Definiciones, número de reactivos y confiabilidad de la escala de actitudes conductuales hacia la adherencia al ejercicio físico..... | 113 |
| 18. Definiciones, número de reactivos y confiabilidad de la escala de actitudes conductuales hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable | 121 |
| 19. Definiciones, número de reactivos y confiabilidad de la escala de actitudes conductuales hacia la adherencia al ejercicio físico..... | 123 |
| 20. Correlaciones entre las escalas en las muestras del estudio 1 y 2..... | 123 |

| | |
|---|-----|
| 21. Factores y reactivos que componen la escala de norma subjetiva hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable (peso factorial y comunalidad) | 138 |
| 22. Definiciones, número de reactivos y confiabilidad de la escala de norma subjetiva hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable..... | 139 |
| 23. Factores y reactivos que componen la escala de la norma subjetiva hacia la adherencia al ejercicio físico (peso factorial y comunalidad)..... | 140 |
| 24. Definiciones, número de reactivos y confiabilidad de la escala de norma subjetiva hacia el ejercicio físico cardiovascular | 140 |
| 25. Factores y reactivos que componen la escala de control conductual hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable (peso factorial y comunalidad)..... | 153 |
| 26. Definiciones, número de reactivos y confiabilidad de la escala de control conductual hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable..... | 153 |
| 27. Factores y reactivos que componen la escala de intención conductual hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable (peso factorial y comunalidad)..... | 167 |
| 28. Definiciones, número de reactivos y confiabilidad de la escala de intención conductual hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable | 167 |
| 29. Factores y reactivos que componen la escala de afrontamiento hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable (peso factorial y comunalidad) | 175 |
| 30. Definiciones, número de reactivos y confiabilidad de la escala de afrontamiento hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable..... | 176 |
| 31. Factores y reactivos que componen la escala de afrontamiento hacia el ejercicio físico (peso factorial y comunalidad)..... | 177 |
| 32. Definiciones, número de reactivos y confiabilidad de la escala de afrontamiento hacia la adherencia el ejercicio físico..... | 179 |
| 33. Indicadores psicométricos y estadísticos descriptivos de los instrumentos | 186 |
| 34. Características sociodemográficas de los pacientes incluidos en este estudio..... | 202 |
| 35. Evaluación de ansiedad y depresión. | 202 |
| 36. Correlaciones de creencias conductuales, normativas y de control de adherencia a la alimentación cardiosaludable con salud mental y afrontamiento | 213 |
| 37. Correlaciones entre las creencias conductuales y los factores de actitudes conductuales hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable | 214 |
| 38. Correlaciones entre las creencias normativas y la norma subjetiva hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable | 214 |

| | |
|--|-----|
| 39. Correlaciones entre las creencias de control y el control conductual hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable | 214 |
| 40. Correlaciones entre las actitudes conductuales, norma subjetiva y control conductual de adherencia a la alimentación cardiosaludable con la intención de adherencia a la alimentación cardiosaludable | 215 |
| 41. Correlaciones entre la intención conductual y la adherencia a la alimentación cardiosaludable..... | 215 |
| 42. Correlaciones de creencias conductuales, normativas y de control de adherencia al ejercicio físico cardiovascular con salud mental y afrontamiento | 216 |
| 43. Correlaciones entre los factores de la escala de creencias conductuales y los factores de la escala de actitudes conductuales hacia el ejercicio físico cardiovascular | 216 |
| 44. Correlaciones entre las creencias normativas y la norma subjetiva hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular..... | 217 |
| 45. Correlaciones entre las creencias de control y el control conductual hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular..... | 217 |
| 46. Correlaciones entre las actitudes conductuales, norma subjetiva y control conductual de adherencia al ejercicio físico cardiovascular con la intención de adherencia al ejercicio físico cardiovascular..... | 218 |
| 47. Correlación entre la intención conductual y la adherencia al ejercicio físico cardiovascular | 218 |
| 48. Correlaciones de la adherencia a la alimentación cardiosaludable con las variables del Modelo de Conducta Planeada, salud mental y afrontamiento de la alimentación cardiosaludable..... | 219 |
| 49. Correlaciones de la adherencia al ejercicio físico cardiovascular con las variables del Modelo de Conducta Planeada, salud mental y afrontamiento del ejercicio físico cardiovascular | 220 |
| 50. Características sociodemográficas de los pacientes incluidos en este estudio..... | 237 |
| 51. Indicadores de ajuste del modelo 1 | 240 |
| 52. Indicadores de ajuste del modelo 2..... | 241 |
| 53. Indicadores de ajuste del modelo 3 | 243 |
| 54. Indicadores de ajuste del modelo 4..... | 244 |
| 55. Análisis de regresión paso por paso prediciendo la adherencia a la alimentación cardiosaludable..... | 317 |

| | |
|--|-----|
| 56. Análisis de regresión paso por paso prediciendo la adherencia al ejercicio físico cardiovascular | 319 |
|--|-----|

Figuras

| | |
|---|-----|
| 1. Modelo de Creencias en Salud..... | 31 |
| 2. Etapas de cambio del Modelo Transteórico | 35 |
| 3. Modelo de Acción Razonada de Fishbein y Ajzen | 37 |
| 4. Modelo de Conducta Planeada..... | 40 |
| 5. Modelo propuesto de adherencia a las medidas de prevención primaria (alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular) en pacientes con cardiopatía isquémica..... | 67 |
| 6. Modelo confirmatorio de la escala de actitudes conductuales hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable | 121 |
| 7. Modelo confirmatorio de escala de actitudes hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular | 122 |
| 8. Relaciones del Modelo de Conducta Planeada con salud mental, afrontamiento y adherencia a la alimentación cardiosaludable | 213 |
| 9. Modelo de las variables predictoras sobre la adherencia a la alimentación cardiosaludable..... | 241 |
| 10. Modelo de las variables predictoras sobre la adherencia al ejercicio físico cardiovascular | 242 |
| 11. Modelo de las variables predictoras sobre la intención conductual hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable | 243 |
| 12. Modelo de las variables predictoras sobre la intención conductual hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular..... | 244 |

RESUMEN

La cardiopatía isquémica es un problema de salud pública en México y el mundo, con importantes repercusiones a nivel conductual, cultural y psicosocial, de forma particular en la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular como medidas de prevención primaria. En esta investigación se proponen modelos que explican y predicen las medidas de prevención primaria en cardiopatía isquémica (la adherencia a la alimentación cardiosaludable y la adherencia al ejercicio físico cardiovascular) a partir del modelo de conducta planeada (creencias conductuales, normativas y de control, actitudes conductuales, normas subjetivas, control conductual, intención conductual), el afrontamiento y la salud mental (ansiedad y depresión). La investigación se dividió en tres estudios, el primero enfocado a la construcción y validación de instrumentos de medición, en el cual se desarrollaron 16 escalas psicométricas validas y confiables sensibles a la cultura, mediante estudios cualitativos y cuantitativos, en el segundo estudio se identificaron correlatos de adherencia a las medidas de prevención primaria en cardiopatía isquémica y en el tercer estudio se efectuó la comprobación de los modelos predictivos de adherencia a alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular. En este sentido, resultaron cuatro modelos por cada variable de salida, el primero explica el 10% de la varianza de la adherencia a la alimentación cardiosaludable, el segundo modelo explica el 14% de la varianza de la adherencia al ejercicio físico cardiovascular, el tercer modelo explica el 29% de la intención conductual de la adherencia a la alimentación cardiosaludable y el cuarto modelo explica el 31% de la intención conductual de la adherencia al ejercicio físico cardiovascular. Estos hallazgos indican la necesidad de incorporar intervenciones psicosociales que coadyuven en la atención y tratamiento de pacientes con cardiopatía isquémica que requieran adherirse a las medidas de prevención primaria para la mejora de su calidad de vida.

Palabras clave: Modelo de Conducta Planeada, Salud mental, Afrontamiento, Alimentación Cardiosaludable, Ejercicio Físico Cardiovascular, Cardiopatía Isquémica

ABSTRACT

Ischemic heart disease is a public health problem in Mexico and the world, with important repercussions at the behavioral, cultural, and psychosocial levels, particularly in terms of heart-healthy diet and cardiovascular physical exercise as primary prevention measures. This research proposes models that explain and predict primary prevention measures in ischemic heart disease (adherence to heart-healthy diet and adherence to cardiovascular physical exercise) based on the model of planned behavior (behavioral, normative and control beliefs, behavioral attitudes, subjective norms, behavioral control, behavioral intention), coping and mental health (anxiety and depression). The research was divided into three studies, the first focused on the construction and validation of measurement instruments, in which 16 valid and reliable psychometric scales sensitive to culture were developed through qualitative and quantitative studies; in the second study, correlates of adherence to primary prevention measures in ischemic heart disease were identified; and in the third study, predictive models of adherence to a heart-healthy diet and cardiovascular physical exercise were tested. In this regard, four models were obtained for each output variable: the first explains 10% of the variance of adherence to heart-healthy eating, the second model explains 14% of the variance of adherence to cardiovascular physical exercise, the third model explains 29% of the behavioral intention to adhere to heart-healthy eating, and the fourth model explains 31% of the behavioral intention to adhere to cardiovascular physical exercise. These findings indicate the need to incorporate psychosocial interventions that help in the care and treatment of patients with ischemic heart disease who need to adhere to primary prevention measures to improve their quality of life.

Keywords: Planned Behavior Model, Mental Health, Coping, Heart-healthy eating, Cardiovascular Physical Exercise, Ischemic Heart Disease.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la primera causa de morbimortalidad en los países industrializados, determinando más del 45% de todos los fallecimientos acaecidos después de los 65 años, con deterioro funcional y pérdida de independencia. En 2012 la tasa global de mortalidad por ECV en mayores de 65 años fue de 21.17/1000 habitantes; específicamente de 0.55/1000 habitantes para enfermedad hipertensiva y de 5.2/1000 habitantes para Cardiopatía Isquémica (CI) (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021).

En México se ha identificado población entre 20 y 69 años con padecimientos relacionados con CI: hipertensión arterial (17 millones), dislipidemia (14 millones), diabetes mellitus (6 millones), obesidad y sobrepeso (35 millones), y tabaquismo (15 millones) (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2012). La CI, al ser una enfermedad crónico-degenerativa tiene implicaciones psicosociales que impactan en la calidad de vida del paciente, destacando la baja adherencia a las medidas de prevención primaria como la alimentación cardiosaludable y el ejercicio físico regularizado, generando trastornos psicológicos como ansiedad, estrés y depresión.

Aunado a lo anterior, en la población mexicana existen diversos aspectos socioculturales que involucran aspectos religiosos, familiares, de pareja y de amistades, los cuales podrían modificar la percepción de la enfermedad crónico-degenerativa que padecen y en consecuencia tener un efecto diferente en cada individuo respecto a su adherencia al tratamiento cardiológico recomendado para el control de su enfermedad isquémica, conocido como medidas de prevención primaria.

Existen instrumentos de medición de adherencia terapéutica para diferentes padecimientos, sin embargo, es interesante diseñar instrumentos que consideren variables de salud mental, de personalidad y, sobre todo, de variables culturales para comprender el fenómeno de adherencia terapéutica en alimentación cardiosaludable y ejercicio físico de manera integral y no solo como un constructo aislado.

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Epidemiología de la cardiopatía isquémica

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la primera causa de morbilidad y mortalidad en los países industrializados, determinando más del 45% de todos los fallecimientos acaecidos después de los 65 años, con deterioro funcional y pérdida de independencia. En 2012 la tasa global de mortalidad por ECV en mayores de 65 años fue de 21.17/1000 habitantes; específicamente de 0.55/1000 habitantes para enfermedad hipertensiva y de 5.2/1000 habitantes para Cardiopatía Isquémica (CI) (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021).

En México se ha identificado población entre 20 y 69 años con padecimientos relacionados con CI: hipertensión arterial (17 millones), dislipidemia (14 millones), diabetes mellitus (6 millones), obesidad y sobrepeso (35 millones), y tabaquismo (15 millones) (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2012).

Definición, fisiopatología y manifestaciones clínicas

La CI constituye un síndrome caracterizado por una disminución del aporte de sangre oxigenada al miocardio que, desde un punto de vista estructural y funcional, afecta el libre flujo de sangre de una o más arterias coronarias epicárdicas o de la microcirculación coronaria. Su principal sustrato fisiopatológico lo constituye la aterosclerosis coronaria definida como un complejo proceso inflamatorio y progresivo en donde intervienen numerosos mecanismos como la disfunción endotelial, la peroxidación lipídica, la sobre expresión de moléculas de adhesión celular, los depósitos de sales de calcio, así como la trombosis intravascular, entre otros (Magaña, 2017).

La aterosclerosis que se desarrolla en las paredes de los vasos sanguíneos genera el engrosamiento de las arterias y reducción de la luz del vaso, disminuyendo el flujo de sangre hacia el tejido miocárdico, desencadenando dolor cardíaco conocido como angina de pecho, con elevado potencial de producir Infarto Agudo al Miocardio (IAM) y la muerte como evento final (Arriaga & Saturno, 2005; Marrupe, 2009; Tortora, 2006).

El angor pectoris es el síntoma característico de la CI, que se describe como un dolor de carácter opresivo localizado en la región anterior del tórax, retroesternal o precordial, generalmente irradiado a hombros, cuello y brazo izquierdo. Este síntoma usualmente se desencadena con la realización de esfuerzo físico y se mejora tras el reposo, con posibilidad de estratificación del grado de angina en relación con el tiempo de duración y el grado de incapacidad que produce (Rivero et al., 2005).

Estratificación de la cardiopatía isquémica

De acuerdo con el impacto que tiene la sintomatología sobre la capacidad del paciente para realizar esfuerzo físico, la Asociación Cardiológica Canadiense (CCS por sus siglas en inglés) y la Asociación Cardiológica de New York (NYHA por sus siglas en inglés), han propuesto la estratificación del paciente para establecer el tipo de tratamiento recomendado.

La Asociación Cardiológica Canadiense (2022) estratifica al paciente por la presencia de Angos Pectoris:

- Clase I: cuando el paciente puede realizar todas sus actividades cotidianas sin presentar angina.
- Clase II: cuando el paciente presenta angina con la realización de esfuerzo físico moderado y mejora con el reposo.
- Clase III: cuando el paciente presenta angina en reposo o esfuerzo físico leve.

La Asociación Cardiológica de New York (2020) estratifica al paciente de acuerdo con su capacidad para realizar esfuerzo físico:

- Clase I: paciente con capacidad para realizar todas sus actividades cotidianas sin presentar disnea o fatiga muscular.
- Clase II: paciente con dificultad para realizar esfuerzo físico moderado
- Clase III: paciente con dificultad para realizar esfuerzo físico leve
- Clase IV: paciente con presencia de disnea y fatiga muscular en reposo.

Los pacientes estratificados en clase II requieren procedimientos de revascularización invasivos por vía endovascular o quirúrgica a corazón abierto. Independientemente del tratamiento invasivo, todos los pacientes con CI requieren de la implementación de tratamiento farmacológico y de medidas de prevención primaria que les permitirán mantener mejor control de la sintomatología y del sustrato de aterosclerosis que desencadena la cardiopatía.

Factores de riesgo para cardiopatía isquémica

Estadísticamente en el mundo ocurre un ataque al corazón cada 4 segundos y en México cada 3 minutos (Rosas-Peralta et al., 2017). Debido a esto, es importante identificar aquellas variables (factores de riesgo cardiovascular) que predisponen a los pacientes a desarrollar una ECV.

Los factores de riesgo cardiovascular son una característica biológica, condición y/o comportamiento que aumenta la probabilidad de desarrollar alguna ECV o fallecer a causa de ésta (Areiza et al., 2018; Castro-Serralde & Ortega-Cedillo, 2017; Texas Heart Institute, 2021).

Estos factores de riesgo se clasifican en dos grupos: los no modificables (el género, la herencia, los antecedentes familiares y la edad) y los modificables (el tabaquismo, el alcoholismo, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, las dislipidemias, la obesidad, el sobrepeso, la alimentación no saludable, la falta de actividad física y los factores de riesgo psicosocial), los cuales se caracterizan por ser capaces de cambiar en función del tratamiento farmacológico y conductual, adecuando y mejorando los estilos de vida, reduciendo el número de eventos isquémicos antes de las primeras manifestaciones clínicas (prevención primaria) o después (prevención secundaria) (American Heart Association, 2022; Areiza et al., 2018; Cisneros y Carranza, 2013; Elizondo et al., 2020; Gualpa et al., 2018; Gutiérrez, 2019; Jordá, 2019; OPS, 2021; Texas Heart Institute, 2021). Recientemente se han identificado otros factores asociados a la aterosclerosis: elevación sérica de homocisteína (HCy), de proteína C reactiva ultrasensible (PCRus) y fibrinógeno (Wenger, 2008).

MEDIDAS DE PREVENCIÓN PRIMARIA EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

La CI es una enfermedad causada por múltiples factores, de los cuales en su mayoría son adquiridos por costumbres socioculturales y alimentarias (Figuerola et al., 2017). Por lo tanto, la prevención primaria se fundamenta en la implementación de medidas que modifiquen el estilo de vida dirigido hacia la eliminación o disminución de los factores de riesgo conocidos, promoviendo una alimentación saludable para el manejo del riesgo cardiovascular total, entre las principales recomendaciones se encuentran las siguientes (Gaziano et al., 2008):

1. **Dieta cardiosaludable:** la ingesta calórica debe adaptarse para evitar el sobrepeso y la obesidad. Se promueve el consumo de fruta, verduras, legumbres, frutos secos, cereales, panes integrales y pescado. La grasa saturada es sustituida por los alimentos antes mencionados y por grasas monoinsaturadas y poliinsaturadas de origen vegetal, con el objetivo de reducir la ingesta calórica de la grasa total a <35% de la energía, grasas saturadas a <7% de la energía, grasas trans a <1% de la energía y colesterol presente en la dieta a <300 mg/día. La ingesta de sal debe reducirse a menos de 5 g/día, evitando el consumo de sal de mesa, limitando la cantidad de sal en la cocina y utilizando alimentos sin sal frescos y congelados; muchos alimentos procesados, incluido el pan, tienen un alto contenido de sal. Debe limitarse la ingesta de bebidas (especialmente refrescos) y alimentos con azúcar añadido, especialmente los pacientes con hipertrigliceridemia.
2. **Promoción de actividad física:** con el objetivo de alcanzar la práctica de ejercicio regular durante al menos 30 min/día durante los siete días de la semana.
3. **Disminución del consumo de alcohol:** a las personas que beben alcohol se les recomienda el consumo con moderación (<10-20 g/día en mujeres y < 20-30 g/día para varones); los pacientes con hipertrigliceridemia deben abstenerse de consumir alcohol.
4. **Disminución del consumo y exposición a productos del tabaco:** se sabe del efecto dañino del tabaquismo en la función endotelial, los procesos oxidativos, la función plaquetaria, la fibrinólisis, la inflamación y la modificación de lípidos, y la función

vasomotora. Las especies de oxígeno reactivo (radicales libres) que están presentes en el humo inhalado causan la oxidación de las LDL plasmáticas, las cuales desencadenan un proceso inflamatorio en la íntima arterial mediante la estimulación de la adhesión de monocitos a la pared arterial, lo que resulta en un aumento de la aterosclerosis.

5. Control sistemático de la tensión arterial.
6. Control de la diabetes mellitus: la ECV es la mayor causa de morbimortalidad en personas con DM. El control estricto de la HAS y la DLP reducen el riesgo de eventos cardiovasculares, la evidencia concluye que un control glucémico adecuado reduce significativamente el riesgo de complicaciones diabéticas microvasculares (retinopatía, nefropatía y neuropatía).

ALIMENTACIÓN SALUDABLE

La alimentación saludable no es un concepto actual, ya que esta conducta se ha llevado a cabo desde tiempo atrás. A continuación, se darán a conocer las diferentes definiciones de ésta y su evolución a lo largo del tiempo, desde una perspectiva filosófica e histórica con la finalidad de contextualizar su importancia en diferentes contextos culturales.

Perspectiva filosófica de la alimentación saludable

En la antigüedad lo que se definía como medicina dietética o alimentación saludable, era mantener el cuerpo en buen estado de salud con base en criterios de regulación y medida que cada persona para dominar sus apetitos y practicar la temperancia (Molina, 2010).

En los tratados hipocráticos se afirma que la alimentación saludable consiste en un conjunto de prácticas que abarcan más que los hábitos alimenticios de un individuo, conllevando a una elección deliberada de una forma de vida en que se ponen límites a los excesos (Thievel, 2000).

Así mismo, la necesidad a mantener un estado óptimo de salud llevó a las personas a buscar y descubrir la medicina a través de la alimentación que requerían y necesitaban tanto personas enfermas como sanas, descubriendo que determinados alimentos que provenían de los animales no eran aptos para la naturaleza humana, por lo tanto, aprendieron a cocinar los alimentos, haciéndolos más soportables. Posteriormente, se percataron que no todos ellos sentaban bien a todas las personas y cada uno necesitaba un tratamiento especial, dando origen a dos campos: uno destinado a personas sanas (gimnástica) y otro destinado a los enfermos (medicina) (Boudon-Millot, 2007).

El autor de *Sobre la medicina antigua* menciona que en el organismo se encuentra lo salado, lo amargo, lo dulce, lo ácido, lo astringente, lo insípido y otros elementos más, dotados de principios activos distintos en cantidad y fuerza. Mezclados y combinados unos con otros, pasan inadvertidos y no perjudican al hombre; pero en el momento en que alguno se disgrega e individualiza entonces se deja sentir y causa sufrimiento al hombre (Katz, 2007).

Por otro parte, el autor de *Sobre la dieta* considera que la salud es una consecuencia directa de la alimentación y el ejercicio físico puesto que, mientras el alimento proporciona energía, el ejercicio la consume: es una cuestión de equilibrio; en consecuencia, el desequilibrio era la causa de la enfermedad (Katz, 2007).

Los griegos entendían por dieta no sólo la reglamentación de los alimentos del enfermo, sino también el régimen de vida del hombre y, especialmente, el orden de los alimentos, así como de los esfuerzos a los que se somete el organismo. La gimnasia ocupaba un lugar importante en la vida del hombre griego medio. Descansaba en una larga experiencia higiénica y exigía un control constante del cuerpo y de sus actos (García, 2010).

Foucault (1984) en su segundo volumen de su *Historia de la sexualidad* menciona que la alimentación saludable no solo es el cuidado del bienestar corporal, sino que es una forma de vida y regulación de los hábitos de conducta pues “la práctica del régimen como arte de vivir es distinta de un conjunto de precauciones destinadas a evitar las enfermedades o acabar de curarlas” (p. 68).

La OMS (2018) menciona que la alimentación saludable es la dieta que ayuda a proteger al ser humano de la malnutrición en todas sus formas; así como de las enfermedades no transmisibles, entre ellas la diabetes, las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer, aportando los nutrientes esenciales y la energía que cada persona necesita para mantenerse en un estado óptimo.

Alimentación cardiosaludable en enfermedad cardiovascular

El tipo de alimentación saludable en ECV recibe el nombre de alimentación cardiosaludable y es aquella que, además de no tener consecuencias negativas para la salud, previene la aparición de ECV.

La ingesta calórica de la alimentación cardiosaludable debe adaptarse para evitar el sobrepeso y la obesidad. Así mismo debe promover el consumo de fruta, verduras, legumbres, frutos secos, cereales, panes integrales y pescado. La grasa saturada debe ser sustituida por los alimentos antes mencionados, y por grasas monoinsaturadas y poliinsaturadas de origen vegetal, buscando el objetivo de reducir la ingesta calórica de la

grasa total a <35% de la energía, grasas saturadas a <7% de la energía, grasas trans a <1% de la energía y colesterol presente en la dieta a <300 mg/día. La ingesta de sal debe reducirse a menos de 5 g/día, evitando el consumo de sal de mesa, limitando la cantidad de sal en la cocina y utilizando alimentos sin sal frescos y congelados; muchos alimentos procesados, incluido el pan, tienen un alto contenido de sal. Debe limitarse la ingesta de bebidas (especialmente refrescos) y alimentos con azúcar añadido, especialmente los pacientes con hipertrigliceridemia (Guía de Práctica Clínica en Cardiopatía Isquémica, 2017).

La dieta cardiosaludable debe cubrir las mismas recomendaciones de energía y nutrientes de la dieta saludable y, a su vez, cumplir con el objetivo de mantener un peso corporal adecuado. Por ello, los componentes que se potencializan y deben considerarse en esta dieta son: vitaminas C, caroteno, ácido fólico, B6, B1, selenio, zinc, cobre, manganeso, fibra, polifenoles, flavonoides, fitoesteroles, compuestos azufrados y ácidos grasos cardiosaludables; considerando, al mismo tiempo, la reducción de grasas saturadas, grasas trans, colesterol, sodio, alcohol, café y té (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006).

En México la comida representa una forma de identidad cultural y pertenencia a un grupo social, que permite la socialización como una manera de identificarse con otros, sin embargo a raíz de la influencia de países industrializados, se ha convertido en un país obesogénico, que ha incorporado el consumo de alimentos procesados de fácil acceso y bajo costo, (e.g., jarabe de maíz, soya, azúcar, bocadillos altos en calorías y productos cárnicos) (Clark et al., 2012) caracterizados por su alto contenido calórico y deficiencia de nutrimentos, que a la larga, con la frecuencia de su consumo, generan múltiples patologías, como la enfermedad coronaria o CAD, la hipertensión arterial (tensión arterial alta), la diabetes, (azúcar sanguínea elevada), la dislipidemia (nivel excesivamente elevado de colesterol en la sangre). Estos padecimientos representan un gran reto para el sistema de salud por el elevado costo de los tratamientos y el incremento en la mortalidad a causa de dichas enfermedades (Rivera et al., 2013; Román et al., 2013; Vargas & Bourges, 2013).

Además, en México, el consumo de bebidas azucaradas y carbonatadas son un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular, sobrepeso y obesidad, lo que se ha visto relacionado con los factores cognitivos (autoeficacia, intención conductual, norma

subjetiva y actitudes) involucrados en el alto consumo de refrescos, considerado como una conducta no racional, por lo que podrían estar implicados aspectos afectivos, motivacionales y situacionales (Campos-Ramírez et al., 2019).

Es evidente que el cambio en la cultura alimentaria en México ha propiciado problemas de salud en la población: “La urbanización, la modernización y la sofisticación frecuentemente han llevado a dietas en las que un gran porcentaje del consumo de energía viene de azúcares y grasas, y conduce a un mayor consumo de sal” (Gutiérrez et al., 2012, p.15). Con base en lo anterior, la cultura mexicana, se caracteriza porque es determinante en los comportamientos alimentarios y consecuentemente en el proceso salud-enfermedad de los individuos y de las comunidades. Las tradiciones, los modos de vida, las creencias y los simbolismos son elementos importantes de la cultura alimentaria, ya que determinan qué debe comerse, cómo han de prepararse los alimentos, quién ha de prepararlos y dónde se deben adquirir los ingredientes (Bertrán, 2006).

Dietas cardiosaludables

Un estilo de vida saludable donde se procure la alimentación, se realice ejercicio físico regular y se eviten hábitos tóxicos, como fumar o consumir bebidas alcohólicas de alta graduación, logra reducir los factores de riesgo cardiovascular (Cisneros & Garcés, 2013).

Existe evidencia de los diferentes tipos de dietas que se han utilizado para pacientes con CI. La primera de ellas es la dieta baja en carbohidratos propuesta por William Banting en 1860. La dieta tiene 68% de sus calorías como grasas, 27% como proteínas y 5% como carbohidratos. El argumento a favor de esta dieta es que la ingesta alta de azúcares y carbohidratos refinados incrementan la producción de insulina y esta lleva a depósitos grasos y elevación de los triglicéridos. Al evaluar los resultados en el perfil lipídico se encuentra aumento del colesterol HDL y triglicéridos, y ningún cambio o aumento del colesterol total y colesterol LDL (Bravata et al., 2003).

Otras dietas son la de “South Beach”, “Sugar Busters” y “Zone Diet” de Agatson (2003) basada en el índice glucémico. En estas dietas se permite el consumo de carbohidratos en la medida que tienen bajo índice glucémico. Sin embargo, no hay estudios en pacientes

con enfermedad coronaria, ya sea en prevención primaria o secundaria (Parikh et al., 2005). Por otra parte, las dietas con bajo índice glucémico muestran disminución del colesterol HDL (Ford & Liu, 2001).

Las dietas muy bajas en grasas recomiendan que las calorías producidas por las grasas sean menores al 15%. Esta dieta se ha evaluado en pacientes con enfermedad coronaria encontrándose, en el Ornish Life Style Heart Trial la disminución en la aparición de eventos cardíacos de 2.5 veces durante un seguimiento de cinco años, acompañado de regresión o poca progresión de placas ateromatosas coronarias, evaluadas por coronariografía (Ornish et al., 1998). Pese a estos resultados favorables, el grupo de dieta muy baja en grasa tenía otras intervenciones como ejercicio aeróbico moderado, suspensión del cigarrillo, entrenamiento para el manejo del estrés y un grupo de soporte psicosocial que hacen difícil atribuir exclusivamente a la dieta los beneficios observados e incluso podrían hacer pensar que son los otros cambios en el estilo de vida los responsables del beneficio (Ornish et al., 1998).

La dieta mediterránea es otra de las dietas cardiosaludables que se caracterizan por el consumo diario de frutas, vegetales, cereales no refinados, aceite de oliva y productos lácteos. Además, consumo moderado de pescado, carne de aves, nueces, papa y huevos (tres veces por semana). Así como, bajo consumo de carnes rojas (aproximadamente cuatro veces al mes) y consumo diario de vino (Ministry of Health and welfare-supreme & Scientific Health Council, 1999). Entre los beneficios de dicha dieta encontramos la capacidad de regulación intestinal y la inmovilización de moléculas orgánicas e intercambio iónico, así mismo se ha considerado muy conveniente para la prevención de diversas ECV, cáncer de colon, diverticulosis cólica, diabetes del adulto, hernia de hiato, hemorroides, estreñimiento, obesidad, entre otros (Boza, 2010).

Boza (2010) menciona que pesar de estos beneficios, se ha observado que seguir las pautas de la dieta mediterránea conlleva en algunos casos a obstáculos procedentes, sobre todo los cambios sociológicos, que impiden dedicar a cocinar el tiempo necesario y a mantener la dieta tradicional.

Martínez & Villezca (2005) reportan que en un estudio realizado en población mexicana existen amplios grupos que consumen dietas altas en maíz, frijol y en otros alimentos ricos en inhibidores de la absorción de minerales. Por otra parte, autores como Sierra (2012) mencionan que la dieta mediterránea en México, a diferencia de los países del sur de Europa que mantienen la adherencia a este patrón de alimentación, se presentan mayores cifras de mortalidad cardiovascular e incidencia de enfermedad coronaria, debido a que la adopción de alimentos poco comunes en la dieta mexicana es algo difícil de implementar, pero para lograrlo sería necesario mantener las características primordiales de la elevada frecuencia de consumo de carnes blancas, importante fuente de grasas polinsaturadas, potentes en su papel cardioprotector en su mayoría pescado y consumo poco frecuente de carnes rojas, para la versión de ácidos grasos monoinsaturados para nuestro país sería el aguacate, para el consumo de grasas vegetales y frutos secos.

En México, es más difícil mantener la adherencia a la dieta mediterránea en comparación con los países del sur de Europa (Sierra, 2012); por un lado, porque implica el consumo de alimentos poco comunes (e.g., carnes blancas, importantes por ser cardioprotectoras) y para lograrlo, es necesario buscar equivalentes con los alimentos típicos del país. Por otro lado, se dificulta la adherencia porque en México, es la cultura la que dicta lo que se comerá, quién lo preparará y donde serán adquiridos los ingredientes (Bertrán, 2006). A la cultura mexicana se ha sumado con fuerza el consumo de alimentos procesados, a raíz de la influencia de los países industrializados. Estos alimentos tienen un alto contenido calórico y deficiencia de nutrimentos, lo que ha promovido la obesidad (Clark et al., 2012); que a su vez genera múltiples patologías, como la enfermedad coronaria o CI (Campos-Ramírez et al., 2019; Gutiérrez et al., 2012; Rivera et al., 2013; Román et al., 2013; Vargas & Bourges, 2013).

El tratamiento de la CI es entonces complejo, porque requiere el involucramiento de determinantes culturales, sociales, políticos, económicos, ambientales y biológicos (Bertrán, 2010) y la modificación de múltiples hábitos relacionados con los pacientes, tales como los conocimientos, las creencias, las percepciones, las expectativas, el estado cognitivo y psicológico, al igual que la motivación y responsabilidad del paciente hacia su condición

médica (Chowdhury et al., 2013; Redondo Del Río et al., 2016). Por ello es frecuente que muchos pacientes presenten baja adherencia debido a la baja percepción de apoyo social y la presencia de estrés, ansiedad y depresión (Candelaria et al., 2016). En consecuencia, es común tener que hacerle frente mediante una serie de prescripciones que le permitan al individuo adherirse a conductas de salud que a su vez promuevan la mejora de su calidad de vida (Martínez-Domínguez et al., 2016), por ejemplo, intervenciones psicoeducativas de apoyo familiar, social, educativas y de refuerzo conductual (Cristancho et al., 2015; Redondo Del Río et al., 2016).

ACTIVIDAD FÍSICA

Al igual que la alimentación saludable, el ejercicio no es un concepto que se utilice solo en la actualidad, es una conducta que tiene bases filosóficas e históricas desde Sócrates, filósofos griegos y un seguimiento a lo largo del tiempo, por lo que se abordará a continuación.

Perspectiva filosófica e histórica de la actividad física

En las escuelas griegas había tres maestros: el maestro de atletismo, el maestro de música y el maestro de letras; el primero era el más importante, ya que durante el siglo V antes de Cristo, la escuela se había democratizado bastante, conservaba la huella de su origen aristocrático, el que otorgaba a la educación física una enorme importancia (Castro, 2012).

En los Diálogos de Platón, *Georgias* menciona que un preparador físico tiene como labor el proporcionar belleza y vigor a los cuerpos humanos (Katz, 2007). Aristóteles (como se cita en Katz, 2007), por su parte, considera en su obra *La Política* que la educación debe atender cuatro aspectos: la gimnasia, la música, la gramática y el dibujo. Para dicho filósofo la gimnasia ayuda a formar el cuerpo y los hábitos, base para la educación de la razón.

Rabelais (1990), menciona que la educación debe formar las diversas capacidades humanas, por eso propone ejercicios físicos, diversos idiomas, tanto clásicos como nacionales, una gran cantidad de libros y conocimiento de la naturaleza adquirido por medio de la diversión ya que, afirma que los seres humanos no pueden aprender si no se divierten.

Por otro lado, Menacho (2008) describe la visión de René Descartes con relación a la actividad física, el cual afirma que el alma es superior en relación con el cuerpo ya que, es el alma la que nos hace ser lo que somos y el cuerpo es nada más que “res extensa”. Esta afirmación repercute en la actividad física pues desvaloriza la dimensión corporal del ser humano.

Los persas que eran un pueblo de conquistadores e invasores sometían a los niños de seis años a un programa riguroso de adiestramiento dirigido a la preparación física y moral. Por otra parte, los griegos no solo le daban importancia al intelecto sino también a la perfección y al triunfo físico (Barrow & Brown, 1992); por esta razón, la *Paideia* se adquiría

a lo largo de la vida incluyendo la práctica de la gimnasia y participación en los Juegos Olímpicos. Mientras que, para los romanos el competir o practicar deporte era una apuesta y un espectáculo circense.

En el Renacimiento, los intelectuales europeos empezaron a valorar el deporte y pasó a ser una materia de meditación, análisis y debate que ayudó a recuperar conceptos como la dignidad y el valor por la vida (Mandell, 1986). Durante la época de la Ilustración, la educación física tuvo un enfoque humanista dado que se impartía como medio para educar y gozar de una buena salud.

Existen corrientes educativas en la educación física, donde se encuentra la actividad física para la salud, que se divide en actividades específicas (preventiva, compensatoria y condición física), actividades no específicas (recorridos, educación corporal y juegos) y las actividades complementarias (artísticas, prácticas entre otras) (Zagalaz, 2001).

La OMS (2020) define a la actividad física como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. Ello incluye las actividades realizadas al trabajar, jugar, viajar, así como las tareas domésticas y las actividades recreativas.

La actividad física en México

De acuerdo con el INEGI (2020) el 57.9% de los mexicanos mayores de 18 años es inactivo físicamente debido a la falta de tiempo, cansancio por el trabajo y/o problemas de salud. Así mismo el porcentaje de personas activas es mayor en los hombres con el 47%, en comparación con las mujeres, con 37.7%. A mayor nivel de escolaridad se incrementa el porcentaje de población con práctica físico-deportiva, pues 58% de la población cuenta con educación superior. El 65.7% de la población activa físicamente declaró que realiza deporte en instalaciones o lugares públicos en comparación con 30.5% de quienes acuden a sitios privados, el 63% de los mexicanos consultados tiene como motivo principal la salud, el 17.7% lo hace por diversión y 15.3% para verse mejor. Así mismo de acuerdo a la OMS una de las principales causas de la CI es la inactividad física y comportamientos sedentarios, siendo uno de los 10 principales factores de riesgo de

mortalidad en el mundo, con un 2.38% de las muertes por enfermedad cardiovascular, teniendo a su vez, repercusiones en la prevalencia de enfermedades no transmisibles (cáncer, enfermedades respiratorias y diabetes) (Castro-Serralde & Ortega-Cedillo, 2017). Se calcula que 80 por ciento de las muertes atribuibles a estos padecimientos se producen en países de ingresos bajos y medios y en México, en 2013, representó la muerte de 57 mil personas (Barquera et al., 2013; Valdez, 2015).

Los hombres, adultos jóvenes y con un nivel socioeconómico medio y alto son los grupos poblacionales con mayores prevalencias de inactividad física y sedentarismo. La prevalencia de inactividad física ha ido en aumento entre 2000 y 2019, incrementando en un 39.1% en América Latina, el cual se ubica por arriba de la prevalencia global de inactividad física 27.5% (OPS, 2019). En México, 16.5% de los adultos entre 20 y 69 años no cumple con las recomendaciones mínimas de actividad física de la OMS de acumular entre 150 y 300 minutos de actividad física moderada a vigorosa por semana, y en promedio dedican 214.8 minutos al día a estar sentados o acostados (González- Becerra et al., 2018). En población joven, 84.6% de escolares de entre 10 y 14 años y 46.3% de adolescentes de 15 a 19 años tampoco cumplen con la recomendación de acumular 60 minutos de actividad física por día y más de la mitad pasa más de dos horas diarias frente a una pantalla (OMS, 2017).

De no modificar los hábitos de salud de la población y optar por estilos de vida activos, el panorama de salud podría agravarse para la población mexicana, por lo cual, una de las medidas de prevención primaria y secundaria en CAD es el ejercicio físico cardiovascular, definido como la práctica de actividad física regular durante al menos 30-45 min/día todos los días (ejercicios físicos aeróbicos como: bicicleta, caminatas, trote, carrera, calistenia, natación, etc.) (Delgado et al., 2016; Elizondo et al., 2020), incorporando la recomendación de un régimen de actividad física sistemático e individualizado, para alcanzar en el paciente los beneficios fisiológicos óptimos del entrenamiento físico para su salud cardiovascular (Alemán & Rueda, 2019; Jorda, 2019).

La actividad física y la cardiopatía isquémica

El ejercicio físico cardiovascular ha mostrado beneficios en la mejora del rendimiento cardiovascular debido a cambios hemodinámicos, hormonales, metabólicos, neurológicos y de la función respiratoria e interviene en la modificación de factores de riesgo cardiovascular (Borrayo-Sánchez et al., 2020; Rosas-Peralta et al., 2017). Con ello se intenta que el individuo incremente su capacidad física, mejore su salud y reduzca el riesgo de aparición o recurrencia de la enfermedad, y que garantice su seguridad durante la participación en los ejercicios (Schnohr et al., 2015; Trejo-Celaya & Reyes Jiménez, 2020).

La prescripción de ejercicios físicos ha sido definida como “la recomendación de un régimen de actividad física sistemático e individualizado, para alcanzar en el paciente los beneficios fisiológicos óptimos del entrenamiento físico” (Ades, 2001; Wenger, 2008). Con ello se intenta que el individuo incremente su capacidad física, mejore su salud y reduzca el riesgo de aparición o recurrencia de la enfermedad, y que garantice su seguridad durante la participación en los ejercicios.

Existen diferentes ejercicios dependiendo del tipo de paciente con ECV, entre los cuales se encuentran los pacientes de bajo riesgo que son los que han tenido un infarto pequeño o angina de pecho resuelta mediante un cateterismo o Bypass, en los que no han quedado secuelas en el ecocardiograma, no tienen lesiones importantes en las arterias coronarias y tienen una respuesta normal en la prueba de esfuerzo, el ejercicio físico es seguro y no necesitarían una fase supervisada de ejercicio. Estos pacientes pueden comenzar un programa de ejercicio bien programado en un gimnasio o sin necesidad de supervisión médica, aunque se recomienda tener a un especialista supervisando cierta actividad (Fundación Española del Corazón, 2018). Cuanto más riesgo tiene el paciente con base a las secuelas, más necesaria es una supervisión que incluya monitorización con electrocardiograma, tensión arterial y síntomas con una progresión más lenta de actividad física, aumentando la intensidad y los volúmenes de entrenamiento.

Algunos ejercicios recomendados por la Guía de Práctica Clínica en Cardiopatía Isquémica (2017) son los aeróbicos y los de fuerza. Los ejercicios aeróbicos mejoran la

capacidad de ejercicio por mecanismos que afectan al corazón, a los vasos sanguíneos, los pulmones, los músculos y a todos los órganos; reducen los factores de riesgo cardiovascular (presión arterial, colesterol, obesidad y sobrepeso, diabetes, inflamación y actividad trombótica) disminuyendo la mortalidad y la severidad de distintas enfermedades (arteriosclerosis, diabetes, osteoporosis, algunos cánceres); además, a nivel psicológico mejora la capacidad de concentración, disminuye el estrés, la ansiedad, la depresión, aumenta los niveles de autoconfianza y el bienestar, previniendo a su vez el deterioro propio del envejecimiento cerebral.

Por otra parte, los ejercicios de fuerza mejoran el tono, la resistencia muscular, disminuyen el trabajo cardíaco en las actividades cotidianas; mejoran el rendimiento y la funcionalidad cotidianas; previenen y tratan la osteoporosis, diabetes y obesidad; mejoran la autoconfianza, la independencia física y disminuyen la pérdida de fuerza y masa muscular que se producen con la edad (Wenger, 2008).

ADHERENCIA TERAPÉUTICA A CONDUCTAS DE SALUD

Las enfermedades crónicas en México son un problema creciente y los tratamientos con frecuencia son complicados, por lo que se requiere que los pacientes modifiquen sus hábitos cotidianos. Las terapias pueden incluir cambios en la dieta, administración de medicamentos, ejercicio, entre otros. Estos cambios requieren de adherencia terapéutica de los pacientes. No obstante, algunos de ellos no siguen las instrucciones del médico, es decir, no presentan adherencia terapéutica.

Conceptuación de adherencia terapéutica desde la psicología

En 1975 se introduce el término *compliance* en la literatura médica de origen anglosajón para referirse al acatamiento o seguimiento que hacen los pacientes de la prescripción médica. Los franceses, por su parte, utilizaron la palabra *observance* como término más incluyente, pues no solo se refiere a la actitud de cumplimiento del paciente frente a la prescripción o fórmula médica, sino también a “las creencias, percepciones, hábitos y comportamientos respecto a las recomendaciones y órdenes médicas” (Tarquinio & Tarquinio, 2007, como se cita en Martínez-Domínguez et al., 2016, p. 107).

Para Epsein y Cluss en 1982 (como se cita en Ortego et al., 2010) la adherencia o el cumplimiento terapéutico es “la coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos de salud y prescripciones que ha recibido” (p. 3).

Según Ferrer en 1995 (como se cita en Ortego et al., 2010) en la bibliografía anglosajona indica que suelen emplearse indistintamente los términos *compliance* (cumplimiento) y *adherence* (adhesión o adherencia) para hacer referencia a la puesta en práctica de las recomendaciones de salud o terapéuticas. También menciona que algunos autores se decantan por el término cumplimiento, otros por adhesión o adherencia, y otros consideran que el cumplimiento es una parte de la adherencia.

Por otra parte, Hotz et al. (2003) señalan que la adherencia es un proceso conductual complejo determinado por varios factores en interacción: atributos, medio ambiente del paciente (el cual comprende apoyos sociales, características del sistema de salud, funcionamiento del equipo de salud, disponibilidad y accesibilidad de los recursos de salud)

junto con características de la enfermedad en cuestión y su tratamiento. Además, dichos autores mencionan que la adherencia puede ser mejor entendida como el proceso de esfuerzos que ocurren en el curso de una enfermedad, para cumplir con las demandas conductuales impuestas por ésta.

Así mismo en la reunión sobre adherencia terapéutica de la Organización Mundial de la Salud en 2001, se llegó a la conclusión de que definir la adherencia terapéutica como “el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas” era insuficiente, ya que dejaba de lado la variedad de intervenciones que se pueden emplear para tratar las enfermedades crónicas. Además, la palabra “instrucciones” implica que el paciente es un receptor pasivo que solo consiente el asesoramiento experto, en contraposición con un colaborador activo en el proceso de tratamiento (OMS, 2004).

Sin embargo, autores como DiMatteo (2004) definieron la adherencia terapéutica como la implicación activa de colaboración voluntaria del paciente en curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado.

Orueta (2006) señala que, desde un punto de vista fisiopatológico, se puede afirmar que el cumplimiento terapéutico, o el incumplimiento, es un proceso influido por diversos factores que interactúan entre sí, habiéndose identificado más de 200 variables que pueden intervenir y que de forma clásica se agrupan en factores relacionados con el fármaco y la posología empleada con el paciente y la enfermedad y, con el profesional y la organización de la atención, existiendo diferentes teorías y modelos explicativos que tratan de dar respuesta desde diferentes perspectivas (cognitiva, comunicacional, biomédica, entre otras). Esta complejidad hace difícil predecir cuál será el grado de adherencia en cada caso concreto y qué intervención será más eficaz en ese mismo caso.

Por otro lado, es común que la adherencia terapéutica sea evaluada con base en indicadores tales como porcentajes de dosis de medicamentos tomadas sobre el número total de dosis indicadas; porcentaje de píldoras ingeridas con respecto al número de píldoras prescritas; porcentaje de medicamentos tomados dentro de intervalos predeterminados; y

resultados de análisis clínicos (Simoni et al., 2006). Los anteriores métodos, aunque son directos, dicen poco acerca de los esfuerzos y comportamientos del paciente y en muchos sentidos tienen poco que ver con las definiciones de adherencia que denotan comportamientos, los cuales son deducidos de la ingesta de píldoras o del resultado de los análisis clínicos.

Otra estrategia de evaluación son los autoinformes, que se pueden acompañar de registros de familiares del paciente con respecto al seguimiento de las instrucciones médicas por parte de este último (toma de medicamentos, análisis clínicos, evaluación de presión sanguínea, etcétera), de mediciones bioquímicas, exámenes del médico, entrevistas directas, aplicación de escalas que midan adherencia con el paciente para valorar los logros con el tratamiento, y registro de la asistencia del enfermo a sus citas médicas programadas (Ferrer, 1996, como se cita en Ginarte, 2001).

Instrumentos que evalúan adherencia en conductas de salud

Algunos instrumentos de medición que han sido utilizados en instituciones de salud pública para hacer investigación respecto a la adherencia a conductas de salud son los siguientes (Tabla 1):

Tabla 1

Instrumentos que evalúan adherencia en conductas de salud

| Autor | Año | Escala | Cantidad de reactivos | Descripción |
|---|------------|---|------------------------------|---|
| Zapata | 2016 | Test de Adhesión a la Dieta Mediterránea KIDMED | 16 | Preguntas dicotómicas que evalúan bajo, medio y alto grado de adherencia. |
| Redondo del Rio, Silera, Carreño & Marugá | 2016 | Índice de adherencia a la dieta mediterránea (Mediterranean Diet Score) | 1 | Se calcula asignando un valor de 0 o de 1 a nueve componentes de la ingesta diaria. Las puntuaciones se interpretan de la siguiente manera: puntuación de 0 a 4: baja adherencia, entre 4 y 6: adherencia intermedia a la dieta y puntuación superior a 6: adherencia elevada a la dieta mediterránea. |
| López & Morales | 2014 | Cuestionario del Síndrome de Edorexia (CSE) | 32 | Evalúa los factores psicológicos relacionados con el comportamiento alimentario, en concreto con los factores relaciones con los episodios edoréxicos como, por ejemplo, la restricción de los alimentos, la falta de control en la ingesta y el comer emocional. Con una sensibilidad del 100% y una especificidad del 98% de los casos. |
| Martínez, Gómez, Martínez de Haro, del Campo & Zapatera | 2009 | Pregunta de actividad física FITNESSGRAM | 1 | Mide los componentes de la actividad física relacionada con la salud. |

| | | | | |
|----------------------|------|---|----|---|
| Pérez | 2018 | Cuestionario de actividad física PACE | 34 | Evalúa el compromiso hacia el Ejercicio Físico con base en dos constructos (quiero comprometerme y debo comprometerme) y 6 subescalas (satisfacción, coacción social, alternativas de participación, inversión personal, soporte social, oportunidades de participación) |
| Trujano, Vega & Nava | 2009 | Escala de adherencia para pacientes crónicos | 18 | Mide Control de ingesta de medicamentos y alimentos, Seguimiento médico conductual, y Autoeficacia. |
| Zaragoza & Martí | 2007 | El cuestionario breve de PREDIMED sobre alimentación cardiosaludable | 26 | Está dirigida a pacientes con alto riesgo de padecimiento vascular, permite la valoración individual del grado de cumplimiento de una dieta cardiosaludable. Cuando más cercano sea el resultado a 0, mayor cumplimiento de las recomendaciones de una dieta cardiosaludable. |
| Achury & Beltrán | 2016 | Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular | 28 | Evalúa la ingesta de medicamentos, la realización de actividad física, el manejo de factores de riesgo, el seguimiento, control de la enfermedad y finalmente la autoeficacia |

Un estudio realizado por Andrade y Céspedes (2017) reportó que, de acuerdo a la OMS, debido a las ECV se visualiza que, en los próximos 20 años como consecuencias a nivel macroeconómico, habrá pérdidas por más de 46 billones de dólares en tratamientos para la enfermedad, por ello es importante desarrollar métodos diagnósticos que nos permitan predecir nivel de adherencia para intervenir oportunamente y hacerle frente a este desafío. Para ello, dichos autores realizaron un rediseño y validación de un instrumento de adherencia al tratamiento en enfermedad cardiovascular, el cual tuvo como objetivo determinar la validez de constructo y confiabilidad del cuestionario para medir la adherencia al tratamiento

de los pacientes con ECV, donde participaron 250 pacientes mayores de 60 años con diagnóstico de hipertensión arterial y enfermedad coronaria, de un hospital de tercer nivel de Colombia. El análisis factorial exploratorio reportó seis factores con una varianza total explicada de 61.83%. La matriz multirasgo-multimétodo demostró altas correlaciones intradimensión, lo cual evidenció la validez convergente del instrumento. El alfa de Cronbach obtenido fue de 0.92 para la escala total y dimensional por encima de 0.80, lo cual demuestra que la escala es válida y homogénea para la medición de adherencia en pacientes con ECV. Esta investigación toma relevancia al poder diseñar un instrumento de medición que permita identificar áreas de intervención para la promoción de adherencia; sin embargo, es importante considerar que puede haber otro tipo de variables socioculturales que puedan estar repercutiendo la adherencia al tratamiento y es importante que se pueda implementar la medición de variables psicológicas para comprender el constructo de adherencia como proceso y no como variable aislada.

Por otro lado, autores como Carballo et al. (2015) realizaron una investigación para determinar el número de pacientes que se encontraban adheridos a la actividad física al año de haber terminado la Fase II (fase de convalecencia) en el proceso de rehabilitación cardiaca, para ello llevaron a cabo un estudio cuantitativo con un diseño descriptivo y retrospectivo de 49 pacientes incorporados a la Fase III (fase de mantenimiento) del programa de prevención y rehabilitación cardiovascular. Encontraron que el 65,3 % de los pacientes se encontraban realizando alguna actividad física. Predominó el grupo etario de 60-69 años. El 75 % de los pacientes practicaban ejercicios físicos con una frecuencia entre 3-4 veces a la semana. La mayoría acompañado por una o varias personas. La hipertensión arterial fue la enfermedad más frecuente y el sedentarismo el factor de riesgo más evidente. La mayoría de los que realizaban ejercicio físico mantenía control sobre sus enfermedades y factores de riesgo, reportaron tener un buen estado de salud, a pesar de los beneficios del ejercicio físico en la prevención primaria y secundaria de las enfermedades cardiovasculares, aún se desestima el mismo y se hace necesario lograr una mayor adherencia a los programas de actividad física. A pesar de que se ha demostrado que la actividad física es indispensable para este tipo de pacientes, aún existen mitos y creencias falsas respecto al malestar que podría generar la

actividad física, lo cual hace evidente la importancia de hacer uso de modelos explicativos como el de Fishbein y Ajzen de conducta planeada para conocer las normas que rigen al individuo; las creencias conductuales, normativas y de control respecto a esta conducta en particular; el control respecto al mismo; y las actitudes e intenciones reales de tomar una decisión encaminada a esta conducta.

Existen una serie de aspectos socioculturales (la religión, la familia, las relaciones cercanas) y de salud mental (ansiedad y depresión) que modifican la percepción de padecimientos como la enfermedad cardiovascular, la obesidad y el sobrepeso y en consecuencia han mostrado que afectan negativamente la evolución postoperatoria y propician inadecuado apego al tratamiento médico farmacológico y conductual, condicionando en los pacientes una percepción de mala calidad de vida relacionada con la salud, a través de las falsas creencias, aprendidas en sus ambientes socioculturales, que a su vez determinan sus conductas en el tratamiento de la enfermedad (Alva et al., 2019; Peter et al., 2020).

En contraste, en México, las personas que logran adherirse satisfactoriamente a las medidas de prevención primaria mejoran su calidad de vida relacionada con la salud, con respecto al control sobre la ingesta de medicamentos y alimentos, seguimiento médico conductual y una mejor autoeficacia (Soria et al., 2009), reduciendo las hospitalizaciones por recaídas y los costos para los servicios de salud del gobierno (Torres et al., 2015). La OMS (2004) ha realizado más de 20 estudios sobre la adherencia a los tratamientos a largo plazo, mostrando que las campañas de salud, la asistencia al servicio médico o la información brindada por especialistas de la salud no producen cambios conductuales significativos.

Esto ha llevado a estudiar otras variables sociales como las creencias conductuales, normativas y de control, las normas subjetivas, las actitudes conductuales, el control conductual y las intenciones conductuales (Díaz Loving, 2019) que son explicadas a partir de un modelo psicosocial que permite estudiar la influencia de factores psicológicos en la intención de realizar conductas de salud y a su vez permite la predicción de estas, tal es el caso de la Teoría de Conducta Planeada (TPB por sus siglas en inglés), uno de los modelos

psicológicos más utilizados en Psicología Social y desarrollado a partir de la Teoría de Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (1975).

Es importante destacar que existen modelos teóricos que permiten explicar y predecir la adherencia terapéutica y, a su vez, han demostrado utilidad en la investigación en pacientes con ECV.

Modelo de Wallston

Los antecedentes de este modelo se remontan a la introducción de conceptos como locus de control y autoeficacia. Wallston (2015) menciona que el locus de control, es decir, la creencia de las personas acerca de si los resultados obtenidos en cierta situación se deben a atribuciones internas o externas. Estos términos son usados en la teoría de aprendizaje social de Rotter en 1966, la cual explica que la adquisición de habilidades y conocimientos se debe a cuatro factores que son a) el potencial para llevar a cabo una conducta, b) las expectativas de reforzamiento, c) el valor del reforzamiento y d) la situación psicológica. Para que un individuo lleve a cabo una conducta específica depende de las expectativas que tendrá de los resultados que producirá dicha conducta realizada y de qué tan valioso serán dichos resultados o consecuencias. Por lo tanto, las expectativas son fundamentales para las conductas de las personas, tales como las expectativas generalizadas para el éxito, las expectativas generalizadas de confianza interpersonal y las expectativas generalizadas de control del refuerzo; dentro de éstas últimas se encuentra el locus de control interno y locus de control externo (Bibiano et al., 2016).

Nafradi et al. (2017) explican que las personas con locus de control interno atribuyen su salud a sus propias conductas mientras que los individuos que perciben a la salud como resultado del destino o la casualidad, son personas con locus de control externo. Wallston a partir de la teoría de Rotter propuso investigar la autoeficacia como posible variable en el locus de control.

Cascaes et al. (2017) explican que la autoeficacia, término introducido por Albert Bandura, es un buen predictor en el éxito de una tarea ya que, aquellas personas quienes se consideran capaces de llevar a cabo ciertos comportamientos actuarán ante situaciones

difíciles y desafiantes percibiéndose eficaces, aumentando y manteniendo sus esfuerzos ante obstáculos que pudieran presentarse en una situación específica.

Posteriormente, Wallston a diferencia de Bandura, percibe a la autoeficacia como un concepto aplicado a situaciones no tan específicas sino ante contextos más generalizados en donde las personas realizan diversas conductas dirigidas a objetivos por lo cual estableció el concepto de “competencia percibida”. De esta manera, los pacientes con competencia percibida se consideran con las habilidades para responsabilizarse de su enfermedad y con ello tienen una mayor adherencia terapéutica, lo cual impacta en mejores resultados de salud. Con el objetivo de medir la autoeficacia de salud, Wallston desarrolló la Escala de Competencia de Salud Percibida (PHCS), además de las formas A y B de las Escalas de Locus de Control de Salud Multidimensional para evaluar las creencias del locus de control en la salud. En un principio la PHCS fue diseñada únicamente para individuos sanos, misma razón por la cual tuvo que ser modificada para cualquier condición médica, así mismo también evalúa las creencias de control en enfermedades; tal escala se convirtió en Escala de Autocontrol de la Condición Médica Percibida (Wallston et al., 2011).

Wallston fue uno de los primeros autores en aplicar a la salud el concepto de locus de control mediante su modelo locus de control de salud multidimensional (Cano- García et al., 2013). Basinka y Andruszkiewicz (2012) mencionan que, en el modelo de Wallston, el concepto de locus de control de la salud hace referencia a la creencia de un individuo de percibir que los resultados deseados en su salud dependen de su propio comportamiento y estado interno, así como también del medio ambiente. De tal concepto se desprende el locus de control interno y el locus de control externo; en el primero, las personas asumen la responsabilidad de su salud dando como resultado el cumplimiento de su tratamiento ante una enfermedad, tal control interno se ha asociado positivamente con recursos más adaptivos de afrontamiento del estrés. Por el contrario, en el locus de control externo la enfermedad y su recuperación se atribuye a causas fuera del propio control por lo que la forma de afrontamiento va a ser evasión pasiva con sentimientos de hostilidad, ansiedad, depresión y mayores síntomas físicos.

Leija et al. (2019) indica que el presente modelo tiene como objetivo explicar y predecir comportamientos saludables y no saludables de las personas mediante tres constructos: locus de control, valor asignado a la salud y autoeficacia percibida.

Steven et al. (2011) definen al locus de control como las creencias de un individuo respecto donde residen las atribuciones de su salud. Un locus de control interno hace referencia a la salud determinada por el propio comportamiento, mientras que un locus de control externo atribuye la salud a situaciones fuera del control propio como el destino o la suerte. Cano-García et al. (2013) indican que Wallston añadió al locus de control externo dos divisiones que son la creencia de que la salud se debe a “el poder de otros” y a “el azar”.

Wallston agrega el valor asignado a la salud como factor importante a considerar en la ejecución de una conducta (Ortiz & Ortiz, 2007). De esta forma, Lau et al. (1986) refieren que aquellas personas que tienen un locus de control interno, y que asignan un valor importante a su salud, ejecutan comportamientos preventivos durante cinco a nueve meses después de ser entrevistados.

Bandura (1978) introduce el concepto autoeficacia y lo define como la creencia en la propia capacidad para ejecutar una conducta con éxito en una situación específica. Es así como aquellas personas que tienen baja autoeficacia se consideran poco capaces de llevar a cabo ciertos comportamientos por lo cual es probable que los realice lo cual repercutirá en su salud.

Un estudio que León et al. (2016) realizaron en personas con ECV utilizando el modelo de Wallston fue el de: efectos del estrés, la competencia sanitaria y el apoyo social sobre los síntomas depresivos después de la hospitalización cardíaca y evaluaron el efecto de la competencia en salud percibida en el comportamiento en salud en 2063 pacientes hospitalizados con síndrome coronario agudo y/o insuficiencia cardíaca congestiva de un hospital de Estados Unidos. Los participantes del estudio fueron entrevistados en el hospital y programados para tres llamadas de seguimiento después del alta, para aplicarles los siguientes instrumentos: escala de competencia de salud percibida, social support inventory, cuestionario de salud del paciente, escala de salud global del sistema de información de

medición de resultados informada por el paciente, escala de adherencia a medicamento, escala breve de afrontamiento resiliente, sistema de vigilancia de factores de riesgo del comportamiento, la escala de inicio de la conversación y las preguntas de signos vitales de ejercicio. Obteniéndose como resultados que la competencia de salud percibida estaba altamente asociada con los comportamientos de salud ($p < 0.001$) y la calidad de vida relacionada con la salud ($p < 0.001$). La baja competencia de salud percibida se asoció con una disminución de la calidad de vida relacionada con la salud entre la hospitalización y 90 días después del alta ($p < 0,001$). Estos resultados demostraron que los pacientes con baja competencia de salud percibida pueden estar en riesgo de una disminución de la calidad de vida relacionada con la salud después de la hospitalización y, por lo tanto, es necesario brindarles psicoeducación y otras intervenciones conductuales.

A pesar de que el modelo ha reflejado ser útil para comprender la adherencia a conductas de salud e la práctica clínica y en la investigación, ha reflejado algunas limitaciones, entre las que se describen las siguientes:

Wallston y Wallston (1978) menciona que el locus de control es relevante para la predicción de comportamientos como tomar medicamentos, hacer y cumplir citas médicas, mantener una dieta, y dejar de fumar. Sin embargo, estos autores reconocen que se han encontrado evidencias contradictorias las cuales atribuyen a problemas de medición del locus de control. Así como también declaran que es importante tomar en cuenta otras variables que no incluye su modelo tales como el valor de la salud, motivación, apoyo social, costos percibidos y beneficios de ciertos comportamientos.

Modelo de creencias en salud

Soto et al. (1997) argumenta que las teorías que fueron tomadas en cuenta para la creación del modelo de creencias en salud son la conductista ya que, el comportamiento se da a partir de un estímulo-respuesta, así como de las consecuencias inmediatas; y en la teoría cognitiva, es donde el individuo considera que sus acciones realizadas producirán un resultado deseado.

De acuerdo con Quiceno y Vinaccia (2010), mencionan que Becker en 1974 desarrolla el modelo de creencias en salud a partir de las investigaciones realizadas por

Hochbaum, Kegeles, Leventhal y Rosenstock con su modelo de teoría racional de creencias. Hochbaum después de realizar investigaciones en personas que se sometían es estudios de rayos X, concluyó que la disposición a someterse a dichos estudios reside en las creencias de susceptibilidad a la enfermedad y los beneficios obtenidos con los comportamientos para hacer frente ante tales padecimientos. La hipótesis que fue base para la creación de los modelos de creencias en salud es que el comportamiento depende de dos dimensiones: la creencia de que las acciones del individuo producen un resultado, mismo que tiene valor o efectividad en la salud (Cabrera et al., 2001).

Kagee y Freeman (2016) explican que el modelo de creencias en salud establece que los comportamientos relacionados con la salud dependen de las variables como susceptibilidad percibida, gravedad percibida, beneficios y barreras percibidos.

De acuerdo con Moreno y Gil (2003), la susceptibilidad percibida se refiere a la percepción subjetiva de contraer una enfermedad, es decir, qué tan vulnerable se consideran. Lo anterior se ejemplifica en los individuos que no se perciben de ninguna manera vulnerable de enfermar hasta los que consideran estar en riesgo real de padecer una enfermedad.

De igual forma, el mismo autor define la severidad percibida como las creencias acerca de qué tan grave serían las consecuencias de contraer la enfermedad y se contemplan de dos tipos: consecuencias médico-clínicas, como la muerte y/o incapacidad; y de tipo social, que impactaría en las áreas laborales o de relación de la persona.

En cuanto a los beneficios percibidos, estos se definen como la capacidad para que el sujeto realice una acción a favor de su salud creyendo que va a obtener beneficios al llevarla a cabo. Tales acciones están influidas por las normas y grupos sociales en las que se desenvuelve la persona (Moreno & Gil, 2003).

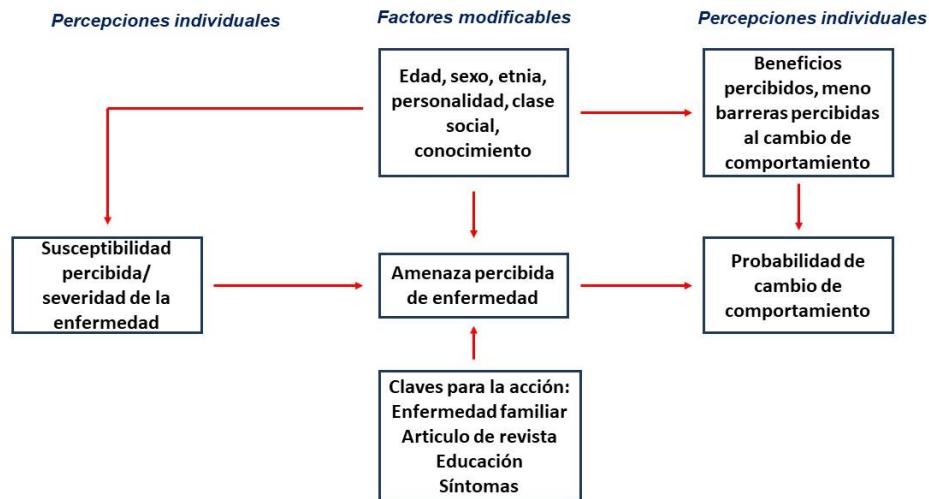
En relación con las barreras percibidas, son aquellas situaciones o aspectos negativos que conlleva el realizar acciones a favor de la salud como el costo de ciertos medicamentos, tratamientos dolorosos o desagradables (Moreno & Gil, 2003).

Además de los aspectos anteriores, Evans (2008) describe que el modelo de creencias en salud también contempla que es más probable que los pacientes se adhieran a su

tratamiento si hacen uso de recordatorios escritos o telefónicos, anuncios y/o publicidad, lo cual se denomina señales para la acción (Figura 1).

Figura 1

Modelo de Creencias en Salud (Becker & Maiman, 1975, como se cita en Moreno & Gil, 2003).



Un estudio que realizaron Moyano y del Sueldo (2017) en personas con enfermedad cardiovascular y el modelo de creencias en salud (percepciones, creencias y saberes asociados a las ECV) en un grupo de mujeres. El cual tuvo como objetivo conocer las percepciones y creencias asociadas a las enfermedades cardiovasculares en un grupo de mujeres adultas de Argentina tomando como base el modelo de creencias en salud. La muestra estuvo conformada por mujeres entre 30-60 años, se llevó a cabo un estudio cualitativo de carácter exploratorio mediante entrevistas en dos grupos de análisis: mujeres que acudieron a consulta externa y mujeres participantes de un programa de prevención de enfermedades no transmisibles. Los resultados mostraron que en cuanto a la dimensión de severidad percibida, la mayoría no tienen ideas claras acerca de esta dimensión y en otros casos, la atribuyen a problemas de la vida cotidiana. Al indagar la vulnerabilidad percibida, indicaron poseer un buen estado de salud asociado al ejercicio físico. En la probabilidad de acción preventiva, las encuestadas desconocieron las enfermedades que afectaban su salud cardiovascular, las consecuencias y de qué forma prevenirlas. Algunas de las conductas

percibidas identificadas fueron unicamente la actividad fisica y alimentacion saludable. Se concluyó que en la muestra estudiada, existe desconocimiento y baja percepcion de riesgo respecto a las ECV, lo cual se debe tomar en cuenta al realizar intervenciones en salud publica.

Así mismo, a pesar de que el modelo resulta interesante en la investigación clínica, también ha denotado áreas de oportunidad, las cuales se describen a continuación:

Norman y Conner (2017) explican que el modelo es estático ya que, no hay distinciones entre las fases de las variables cognitivas y de, planificar, realizar y mantener, comportamientos. Mimiaga et al. (2009) agrega que el modelo asume que todas las personas consideran que su salud es un área importante sin embargo este autor sostiene que no todas las personas atribuyen un valor alto a la salud y, por lo tanto, el modelo no es aplicable en estos individuos.

Moreno y Gil (2003) describen algunas de las críticas al modelo, como el hecho de que las variables cognitivas tienen principal relevancia dejando de lado factores individuales y sociales. Dichas variables cognitivas no son predictoras reales de que el sujeto lleve a cabo comportamientos a favor de su salud, es decir, a pesar de que una persona conoce lo que debe hacer y sabe cómo realizarlo, puede no llevarlo a cabo.

Modelo transteórico

La creación del modelo transteórico se remonta a las investigaciones realizadas por Prochaska en 1977 acerca de las diferentes psicoterapias con el fin de encontrar aspectos comunes entre éstas, específicamente relacionados con el cambio. Dado lo anterior, Prochaska encontró que ciertas variables como balance de decisión, autoeficacia y las tentaciones impactan en el cambio de conductas (Rondón & Reyes, 2019).

Es así como a principios de 1980, de acuerdo con Berra y Muñoz (2018), James Prochaska y Carlos Di Clemente integran los componentes de diferentes teorías en su teoría llamada modelo transteórico, para explicar los cambios en personas con adicciones. El cual consta de las siguientes características:

- Variedad en las formas del cambio, desde intervenciones tradicionales hasta auto modificación del comportamiento.
- Es aplicable a conductas adictivas a sustancias y a comportamientos.
- Basado en diferentes modelos de cambio, principalmente en los que proponen una explicación global del cambio.
- El proceso de cambio es presentado desde la percepción del problema hasta la finalización de éste.
- Aborda las variables que, de acuerdo con las investigaciones, han demostrado ser importantes en la modificación de comportamientos.

Levesque et al. (2006) describen que la etapa de cambio, balance decisional y autoeficacia son las dimensiones centrales de este modelo. Las cuales se describen a continuación:

La etapa de cambio se refiere a las dimensiones temporales y motivadoras durante el proceso de cambio. La etapa de cambio se evalúa mediante un algoritmo de estadificación, es decir, un conjunto de reglas de decisión que ubican a los individuos en una de las cinco categorías de etapas de acuerdo con sus respuestas a algunas preguntas sobre sus intenciones, comportamiento pasado y comportamiento presente.

El balance decisional hace referencia a la capacidad de contemplar las ventajas y desventajas de las consecuencias de realizar un comportamiento tras tomar una decisión; las cuales van a ir cambiando de acuerdo con las diferentes etapas del modelo.

La autoeficacia hace alusión al grado en que una persona cree ser capaz de alcanzar un objetivo determinado y, que impacta en la motivación y persistencia. Mientras más avanzado esté un individuo en las etapas, mayor será su autoeficacia por lo que será más probable que mantenga su conducta saludable.

Cabrera (2000) explica que para el modelo transteórico el cambio se da a través de la siguiente serie de etapas (Figura 2):

Etapa 1: Pre-contemplación

Las personas no tienen intención de cambiar a favor de su salud ya sea por falta de información de las consecuencias de su padecimiento, por haber tenido intentos previos fallidos por lo que no se encuentran motivados.

Etapa 2: Contemplación

Existe una intención por cambiar pues se considera que el modificar su comportamiento les traerá beneficios sin embargo aún no han asumido un compromiso por realizar ciertas acciones, por lo cual pueden permanecer varios años en esta etapa.

Etapa 3: Preparación

Se toman decisiones para el cambio y ya se han comenzado a realizar pequeñas acciones en pro de cambios a corto plazo. Por lo regular, han elaborado un plan para participar en alguna actividad.

Etapa 4: Acción

Las personas llevan a cabo cambios en su comportamiento durante uno a seis meses. Se reconoce claramente los pros de mantener tales conductas y se perciben a sí mismos como autoeficaces. Sin embargo, pueden suceder recaídas o una rápida progresión a la etapa de mantenimiento.

Etapa 5: Mantenimiento

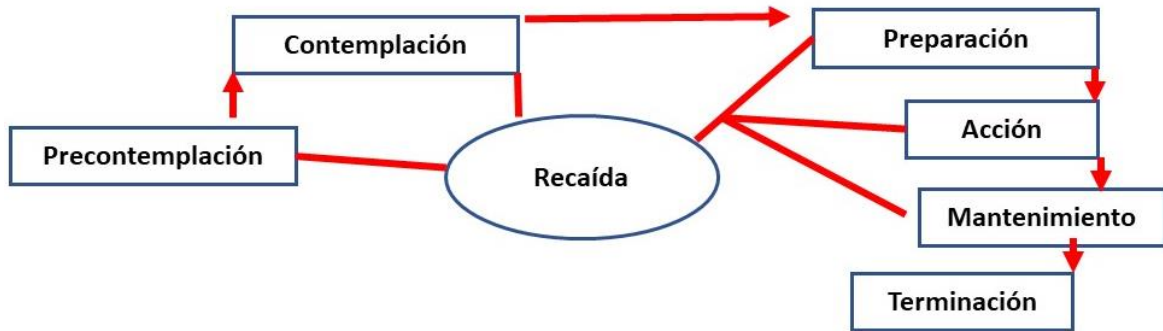
Durante por lo menos seis meses después del cambio que ha permanecido estable, las personas se mantienen trabajando activamente. Se consideran más autoeficaces y cada vez menos tentados a retroceder a etapas anteriores. Esta etapa tiene una duración de seis meses a dos años.

Etapa 6: Terminación

Última etapa en donde las personas son totalmente autoeficaces por lo que no existe la tentación de ninguna naturaleza que interfiera con su plan.

Figura 2

Etapas de cambio del Modelo Transteórico (Cabrera, 1999, como se cita en Cabrera, 2000).



Un estudio que Mckee et al. (2007) realizaron en personas con ECV y el modelo Transteórico fue el de: cambios en las conductas de dieta, ejercicio y estrés utilizando el modelo de etapas de cambio en pacientes en rehabilitación cardíaca, el cual tuvo como objetivo describir de manera cuantitativa los cambios de comportamiento iniciados durante un programa de rehabilitación cardíaca de Fase III (4-6 semanas después del evento cardíaco) con respecto a las modificaciones de estilo de vida, ejercicio de dieta y estrés y evaluar si estos cambios se mantuvieron o mejorado 6 meses después, basándose en el modelo transteórico de Prochaska y Di Clemente. La muestra estuvo conformada por 187 pacientes de entre 30-81 años, quienes se encontraban dentro del programa de fase III. Los pacientes fueron entrevistados por un profesional del equipo multidisciplinario al principio, al final y 6 meses después del programa. El entrevistador registró la etapa de cambio en la que se encontraba el paciente para los tres parámetros: ejercicio, dieta y estrés. Los cambios se analizaron utilizando la prueba de Friedman y mostraron que había una diferencia significativa ($p=0.000$), se encontró que en la mayoría de los pacientes al final del programa se colocaron en las etapas 4 ó 5, es decir, acción y mantenimiento, lo cual indica que habían

adoptado comportamientos más saludables; sin embargo, tales cambios se mantuvieron, pero no mejoraron significativamente con respecto a los siguientes 6 meses. Conocer la etapa de cambio en la que se encuentra un individuo antes de la intervención puede permitir crear tratamientos más específicos.

Morales (2009) explica que las principales críticas que ha recibido el modelo transteórico se basan en las adicciones, condición en donde fue aplicado este modelo. Las limitantes hacen referencia a que el modelo no proporciona información sobre la naturaleza, etiología o desarrollo de las adicciones, sino que únicamente clasifica los estados disposicionales del cambio. Así como también, desde una visión conductual, se ha criticado que el modelo se centra solamente en los procesos de toma de decisión y planificación consciente, ya que omite la importancia de la recompensa y castigo, o del aprendizaje asociativo en el desarrollo de hábitos adictivos.

Modelo de acción razonada

De acuerdo con León (2009) el modelo de acción razonada fue creado en 1977 por Martín Fishbein e Icek Ajzen basado en el modelo de creencias en salud y en la teoría de actitudes. De igual forma, consideraron en su modelo la teoría y enfoque psicológico social, ya que establecen que muchos factores sociales están bajo control voluntario e impactan en la conducta.

El modelo de la actitud considera tres componentes, haciendo énfasis en dicho componente. La actitud tiene un efecto de primacía sobre el componente afectivo expresado a partir de emociones hacia el comportamiento saludable o no saludable y que a través de la intención de acción puede o no ejecutarse dicho comportamiento (Álvarez, 2010).

La teoría de la acción razonada supone que, para realizar determinado comportamiento de salud, las personas hacen un uso racional de la información, así como también, depende de las creencias comportamentales y normativas de las cuales realiza una evaluación positiva o negativa (Libertad, 2003).

Ortiz (2010) argumenta que según la teoría de acción razonada para que una persona lleve a cabo una conducta debe tener la intención de realizarla. Esta intención se relaciona con la actitud de ejecutar la conducta y factores sociales.

Stefani (2005) describe los componentes del modelo de la siguiente manera:

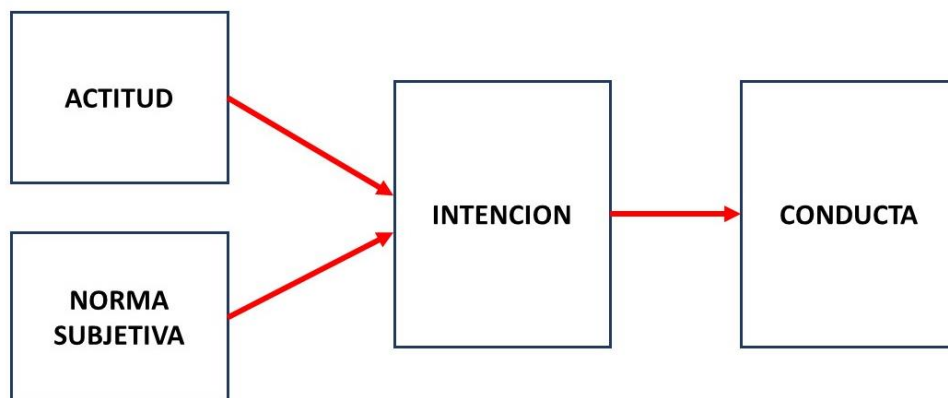
La intención consiste en la decisión de realizar o no una conducta y engloba un factor personal o actitudinal (actitud hacia la conducta) y un factor social o “normativo” que hace referencia a los subjetivo. Los componentes anteriores están a merced de las creencias conductuales y normativas.

El componente actitudinal hace referencia a los sentimientos positivos o negativos de una persona hacia cierta conducta. Mientras que lo normativo hace referencia a la percepción de la presión social que se ejerce sobre el sujeto para que lleve a cabo una conducta.

De forma resumida, los dos predictores de una conducta son las variables actitudinal y normativa, y el criterio es la intención de realizar una conducta. En la Figura 3 se esquematiza el presente modelo.

Figura 3

Modelo de Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (Stefani, 2005)



Un estudio que Ballester et al. (2010) realizaron en personas con ECV y el modelo de acción razonada (autoeficacia y percepción de control) en la prevención de la enfermedad cardiovascular, el cual tuvo como objetivo analizar si la autoeficacia y la percepción de control predicen la intención y las conductas preventivas de la enfermedad cardiovascular basados en la teoría de acción planeada. La muestra estuvo conformada por 359 pacientes con riesgo de presentar ECV debido a su edad, a quienes se les aplicó un cuestionario creado por los autores de la presente investigación a partir de la teoría de la acción planeada, que consta de 16 ítems, con una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos, en la que 1 significaba "estar muy en desacuerdo" y 5 significaba "muy de acuerdo". Se encontró que existe una correlación positiva estadísticamente significativa (0.14; $p < 0,01$) entre las dos variables externas (autoeficacia y percepción de control). Es decir, que cuando una persona se siente capaz de realizar una acción tendrá la intención de llevarla a cabo y ejecutarla de manera real en un futuro.

En cuanto a las limitaciones de este modelo algunos autores reportan lo siguiente: Salamanca y Giraldo (2011) mencionan que las principales críticas hacia el modelo son las que consideran que no toma en cuenta variables como la presión social, así como también que una alta percepción de control no es necesariamente un factor predictor de la conducta saludable.

Orr et al. (2013) señalan que el modelo no aborda adecuadamente dos aspectos dinámicos clave del comportamiento de la salud: el aprendizaje y el efecto de la influencia social.

Modelo de conducta planeada

Uno de los modelos psicológicos más utilizados para estudiar la influencia de factores psicológicos en la intención de realizar conductas saludables es la Teoría de Acción Planeada (Ajzen & Fishbein, 1980) desarrollada a partir de la Teoría de Acción Razonada (Ajzen & Fishbein, 1973). Ambos modelos postulan que el inmediato precursor de la conducta es la intención. Ésta, a su vez, tiene como objetivo evaluar conductas relacionadas con la salud, ya sea benéficas o de riesgo, para diseñar e implementar intervenciones, siendo así uno de

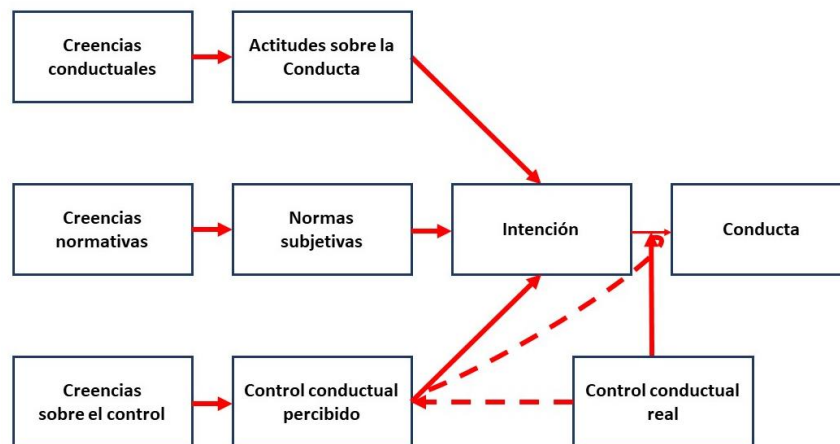
los modelos teóricos más utilizados en la psicología conductual. Este modelo se basa en el valor de las expectativas y propone que el comportamiento puede ser predecible por medio de la intención, la cual es una representación cognitiva de los planes o proyectos del individuo.

La “intención” está determinada por tres factores: la “actitud hacia la conducta” (favorable o desfavorable) lo que es dependiente de la valoración que el individuo hace de una conducta con base en las experiencias previas; la “norma subjetiva”, se refiere a la percepción que el individuo tiene de la opinión social en relación a ese comportamiento, es bueno, está permitido, dicen que es sano o no, lo hacen los otros, es parte de la dinámica de interacción social, etc., de esta manera, la norma subjetiva es una valoración cognitiva que hacen los individuos sobre la opinión de los otros, sobre todo, los otros significativos, como familiares o autoridades que representan modelos a seguir o bien los valoramos como conocedores del tema, lo que da una valoración social de la conducta; finalmente, el tercer factor es el “control conductual percibido” o “percepción de control”, que se refiere al control cognitivo de la conducta e implica la percepción de la capacidad de controlar o determinar si se expresa o no la conducta, la percepción de la capacidad que tenemos de realizar o no realizar dicho comportamiento (Albarracín et al., 1998).

El constructo de percepción de control o control conductual ha sido equiparado al concepto de autoeficacia propuesto por Bandura (1978) definido como la capacidad o convicción personal que tiene el sujeto de poder ejecutar exitosamente la conducta requerida para actuar o producir un resultado racionalmente deseable, en una situación, actividad o dominio determinado. Ambos comparten la percepción de capacidad por parte de la persona para realizar una conducta. No obstante, como ya indicó Ajzen y Fishbein (1970, 1973, 1980), la percepción de control que se incluye en la TCP considera, además, la percepción de barreras externas (dificultad o facilidad) que pueden interponerse en la ejecución del comportamiento. De este modo, actitud, norma subjetiva y percepción de control son las variables antecedentes de la intención que conforman la teoría de conducta planeada (Ajzen & Fishbein, 1980). Este modelo ha demostrado gran utilidad para explicar y predecir conductas de salud relacionadas con enfermedades crónicas degenerativas en términos de adherencia terapéutica (Figura 4).

Figura 4

Modelo de Conducta Planeada (Ajzen & Fishbein, 1973).



VARIABLES CULTURALES ASOCIADAS A LA ADHERENCIA A ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y EJERCICIO: HALLAZGOS DEL MODELO DE CONDUCTA PLANEADA

Algunos estudios que se han realizado empleando el modelo de conducta planeada para predecir conductas de salud (ejercicio, alimentación saludable e ingesta de medicamentos) en enfermedades crónicas degenerativas, tales como las de tipo cardiovascular y han demostrado utilidad para comprender los factores intervinientes en la toma de decisiones respecto a la adherencia al tratamiento a estas medidas, son los siguientes:

Creencias (conductuales, normativas y de control)

De acuerdo con el Modelo de Conducta Planeada de Ajzen y Fishbein (1970), el constructo de creencias se subdivide en tres tipos: las creencias conductuales, las creencias normativas y las creencias sobre el control, definiéndose de la siguiente manera con base en los autores del modelo:

- *Creencias normativas*: aprobación o desaprobación percibida de la posición de individuos o grupos de referencia importantes para la conducta en cuestión
- *Creencias conductuales*: creencias que el sujeto tenga acerca de las consecuencias que una determinada conducta pueda generar, determinan la “actitud del sujeto sobre la conducta” en cuestión
- *Creencias sobre el control*: la percepción del sujeto sobre la presencia de factores que puedan facilitar o impedir la ejecución de un comportamiento

Así mismo, dicho constructo ha demostrado tener gran importancia en el estudio de las enfermedades crónicas degenerativas para poder predecir conductas de salud en adherencia a alimentación y ejercicio físico.

En México, un factor de riesgo para el desarrollo de obesidad, enfermedad metabólica y ECV, es el consumo de bebidas azucaradas y carbonatadas, afectando el funcionamiento de los órganos de cada sistema y el funcionamiento cognitivo, de forma particular en jóvenes adultos. Un estudio realizado por Campos-Ramírez et al. (2019) titulado: Factores de la teoría

del comportamiento planificado y patrones de consumo de gaseosas entre estudiantes universitarios tuvo como objetivo identificar los factores cognitivos asociados a la frecuencia del consumo de refrescos en 261 adultos jóvenes mexicanos, 110 hombres y 151 mujeres, de 18 a 45 años ($M= 22.51$; $DE = 4.2$). La medición del consumo de bebidas azucaradas y carbonatadas la realizaron mediante la construcción de una escala de afirmaciones de frecuencia de consumo de refresco por semana, la cual estuvo basada en la Teoría de Conducta Planeada. En cuanto a los resultados realizaron análisis descriptivos y de frecuencias, además utilizaron la prueba Chi cuadrada para contrastar los criterios de clasificación utilizados. Encontrándose dos factores predictores independientes y significativos de la frecuencia de consumo, el principal fue la baja autoeficacia, seguido por la intención. Ambos factores explicaron el 27.3% de la varianza de la frecuencia de consumo. Estos resultados contribuyeron a entender los factores cognitivos involucrados en el consumo de refrescos, y sugieren que la alta frecuencia de consumo es una conducta no racional, por lo que podrían estar implicados aspectos afectivos y motivacionales, lo que deberá ser dilucidado con más investigación que permita explorar nuevas alternativas para el desarrollo de programas de prevención y tratamiento del consumo de bebidas con riesgo para la salud humana, las cuales podrían tener repercusiones a nivel salud cardiovascular. A pesar de que se ha demostrado la importancia de disminuir el consumo de bebidas azucaradas y carbonatadas, así como el impacto en los factores cognitivos; es importante indagar sobre los constructos que anteceden esta conducta específica de riesgo, traspalándola a conductas específicas en alimentación y ejercicio como conductas de salud en este tipo de poblaciones.

De acuerdo con autores como Sánchez et al. (2019), la alimentación y la dieta de las personas se puede estudiar considerando aspectos culturales, geográficos, económicos, biológicos, nutricionales y psicológicos, por lo cual estos autores desarrollaron un estudio que tuvo como objetivo identificar las creencias conductuales, normativas y de control que subyacen a la alimentación saludable en estudiantes de la Universidad de Guadalajara, México. La muestra fue intencionada, por conveniencia y estuvo conformada por 25 universitarios de pregrado de entre 18 y 30 años de las carreras de enfermería, psicología, medicina veterinaria, ingeniería, derecho y turismo sustentable. Se empleó la técnica de

grupos focales para obtener información respecto a las categorías que permitirían diseñar un cuestionario de creencias conductuales, normativas y de control respecto a la alimentación saludable utilizando la técnica de análisis temático. Los resultados indicaron que los universitarios creen que llevar a cabo una alimentación saludable sería más sencillo si sus familias se hicieran cargo, así mismo el alimentarse de este modo beneficia la salud mental y física, sin embargo, es costoso hacerlo. Así mismo, no sienten ninguna presión social para alimentarse sanamente, aunque sus familias reflejen sentirse felices si lo hicieran. Se concluyó que la conducta alimentaria de los universitarios está condicionada por las creencias que subyacen a la toma de decisión en alimentación, al profundizar en estas se obtiene información clave y contextualizada para diseñar intervenciones efectivas.

En países asiáticos, como en Hong Kong, también es importante hacerles frente a enfermedades crónicas, un ejemplo es en la obesidad de jóvenes universitarios y para ello ha sido de interés identificar variables que expliquen conductas de promoción a la salud. Por esta razón, autores como Cheng et al. (2019) desarrollaron un estudio titulado: Teoría ampliada de la conducta planificada sobre la alimentación y la actividad física, el cual tuvo como objetivo explicar la reducción de peso, las conductas de alimentación y actividad física mediante la teoría del comportamiento planificado integrando a su vez la autoestigma. Utilizaron un muestreo por conveniencia, donde participaron 324 adultos jóvenes estudiantes de terapia ocupacional de Hong Kong. A los cuales, se les invito a contestar los cuestionarios de comportamientos de reducción de peso, componentes de la teoría de conducta planeada en relación con alimentación y actividad física, así mismo se evaluó autoestigma relacionada con el peso mediante un formulario en línea de Google. Los resultados indicaron que las variables de la teoría de conducta planeada explicaron parcialmente los comportamientos de alimentación y actividad física, así mismo, el autoestigma relacionado con el peso se asoció de manera significativa y directa con alimentación ($\beta = 0.27$; $p = .001$) y actividad física ($\beta = -0.30$; $p = .006$). La intención de comportamiento se asoció significativamente con actividad física ($\beta = 0.26$; $p = .044$). Por lo tanto, se concluyó que la teoría de conducta planeada extendida explica parcialmente las conductas de alimentación y actividad física en adultos jóvenes con sobrepeso, y el autoestigma es el factor más significativo para ambas conductas.

Un estudio realizado por Lenne et al. (2019) junto con la Encuesta Nacional de Estados Unidos afirmaron que los estilos de crianza, así como las creencias de padres y adolescentes en una relación diádica, son procesos intrapersonales que gobiernan el comportamiento de los individuos en conductas de salud, tales como la alimentación saludable y la actividad física. Por lo cual desarrollaron un estudio que tuvo como objetivo analizar si los aspectos contextuales (estilos de crianza), moderan el grado en que las creencias de los padres y de los adolescentes, están asociadas entre sí. Utilizaron un diseño transversal analítico. La muestra estuvo conformada por 1945 diadas de padres mayores de 18 años que vivían con al menos un adolescente de 12 a 17 años durante al menos el 50% del tiempo. Se aplicaron dos encuestas relacionadas con la dieta que midieron creencias y comportamientos respecto a la alimentación y actividad física, así como el cuestionario de estilos de crianza. Se realizaron análisis diádicos con el modelo de interdependencia y se efectuó el modelado de ecuaciones estructurales. Los resultados indicaron que el contexto de relación (estilos de crianza) en las diadas de padres-adolescentes, modero la fuerza de las asociaciones entre la salud de los padres y de los adolescentes, así como de las creencias sobre los comportamientos de los demás. Concluyendo que es importante el contexto en la evaluación interpersonal para influir y tener implicaciones para las intervenciones relevantes para la salud.

Actitudes conductuales

De acuerdo con el modelo de conducta planeada, el constructo de actitudes hacia la conducta ha sido definido de la siguiente manera con base en los autores Ajzen y Fishbein (1970):

- *Actitud hacia la conducta:* son los sentimientos afectivos del individuo positivos o negativos respecto a la ejecución de una conducta preventiva y las percepciones de apoyo social que se tengan de dicha conducta, dependiendo de la percepción de las consecuencias, es decir, creencias que tienen las personas de que ciertas conductas producen determinados resultados y las evaluaciones de estos resultados

A continuación, se darán a conocer una serie de estudios en donde el constructo de actitud hacia la conducta del modelo de conducta planeada ha tenido un papel importante para la predicción de conductas de salud.

Álvarez et al. (2010) afirman que la promoción de actitudes y estrategias de afrontamiento en enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial, enfermedad de tipo cardiovascular y la diabetes mellitus, tienen repercusiones a nivel psicosocial, deteriorando la productividad de los pacientes y su capacidad de generar ingresos y servicios, aumentando el uso y gastos en servicios de salud y asistencia. Por lo que, dichos autores realizaron un estudio que tuvo como objetivo determinar los efectos de un programa de desarrollo de actitudes y estrategias para afrontar emocional e instrumentalmente las exigencias de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial en un grupo de pacientes crónicos hospitalizados. Para ello desarrollaron una investigación cuantitativa de tipo preexperimental de un solo grupo, en una muestra de 65 adultos con hipertensión arterial y diabetes mellitus, 44 mujeres y 21 hombres con edades entre los 38 y 87 años, siendo el promedio de edad de 65.29 años. Para realizar las mediciones utilizaron el Cuestionario de Afrontamiento Emocional e Instrumental y el Cuestionario de Creencias. De acuerdo con los resultados, en la primera fase se desarrollaron estrategias de afrontamiento emocional e instrumental y en la segunda se confrontaron las creencias sobre la enfermedad. La prueba t de student arrojó valores estadísticamente significativos tanto para el desarrollo de habilidades para el afrontamiento emocional e instrumental de la enfermedad, como para la confrontación de creencias. Estos resultados indicaron que el programa tuvo efectos favorables, aunque no del todo atribuibles al mismo, dado el tipo de diseño de investigación. Con base en los anterior, es importante destacar la importancia de las intervenciones psicosociales que permitan desarrollar habilidades de afrontamiento emocional e instrumental en pacientes con enfermedades crónicas degenerativas de tipo cardiovascular que hayan sido intervenidos, integrando otras áreas tales como el control de la ira, hábitos alimenticios saludables, adherencia al tratamiento, generando a su vez un impacto de mayor alcance.

En países de América del Norte como en Estados Unidos existe la tendencia respecto al consumo local de alimentos, generando en los consumidores interés por el origen de su comida, lo cual llevo a Kumar y Smith (2017) a desarrollar un estudio que analizara los antecedentes y consecuencias de las actitudes del consumidor hacia comida local con base a sus alimentos y atributos del estilo de vida. La muestra estuvo compuesta por 502 participantes caucásicos mayores de 18 años que habían comprado comida local en los últimos 6 meses. Utilizaron el instrumento de teoría de conducta planeada que midió actitud hacia la comida local, la norma subjetiva y el control conductual percibido en relación con la compra local de alimentos y las intenciones futuras, se midieron construcciones percibidas como precursores de la actitud, la conciencia de la salud, las preocupaciones ambientales y economía local. Realizaron un análisis factorial confirmatorio para evaluar la fiabilidad y validez de los ítems de la escala, los resultados demostraron confiabilidad compuesta, validez convergente y validez discriminante, culminando en el modelo de ecuaciones estructurales. Los resultados del estudio indicaron que la norma subjetiva y la presión social percibida en la compra local de comida, tuvieron un impacto positivo en la intención de comprar comida local. Se concluyó que es importante destacar los beneficios para la salud de consumir alimentos locales al ejemplificar la conexión entre la salud y la estacionalidad de los locales de comida.

El sobrepeso y la obesidad han demostrado guardar comorbilidad con las ECV, debido a que son condiciones de salud que generan deterioro físico, psicológico y emocional en la vida de las personas, lo cual a su vez repercute en la efectividad de un tratamiento. Con base en ello, autores como Leija et al. (2019) realizaron un estudio que tuvo como objetivo identificar cuáles de los factores de tres modelos cognitivo-sociales: modelo de creencias en salud, modelo de conducta planeada y modelo de comportamientos saludables, los cuales son los mejores para predecir adherencia terapéutica de personas con sobrepeso y obesidad bajo tratamiento farmacológico. Para ello, participaron 118 personas adultas mayores de 18 años, que presentaron un $IMC \geq 25$ y que estuvieran bajo tratamiento farmacológico para el control de peso durante al menos seis meses. Para cada modelo propuesto se utilizó un cuestionario. Los resultados indicaron que la adherencia terapéutica se asoció positivamente con dos de

los factores del modelo de conducta planeada: las actitudes para adherirse al tratamiento ($r = .32$, $p < .01$) y el control conductual ($r = .23$, $p < .01$); así como con dos del modelo de comportamientos saludables: valor asignado a la salud ($r = .24$, $p < .05$) y locus de control por azar ($r = .18$, $p < .05$). Se concluyó que, de los 13 factores examinados, solo el denominado actitudes correspondientes al modelo de conducta planeada tuvo una reducida, pero significativa capacidad predictiva.

Normas subjetivas

En cuanto al constructo de normas subjetivas del modelo de conducta planeada, este es definido por Ajzen y Fishbein (1970) de la siguiente manera:

- *Norma subjetiva*: percepción de la persona sobre las presiones sociales que le son impuestas para realizar o no un comportamiento, así como las valoraciones sociales que se tienen acerca del comportamiento del propio sujeto, la motivación general que posee él mismo para actuar conforme a las normas.

Se ha demostrado que este constructo juega un papel primordial en la toma de decisiones del individuo con relación a su salud, por lo cual se darán a conocer una serie de estudios, en donde el constructo de normas subjetivas ha demostrado ser predictor de conductas de salud en enfermedades crónicas degenerativas.

Un estudio realizado por Lin et al. (2016) sobre la relación entre la teoría del comportamiento planificado y la adherencia a la medicación en pacientes con epilepsia dio a conocer que en el mundo 4 a 10 de cada 1000 personas y 18 de cada 1000 en Irán son diagnosticados con epilepsia y tienen poca adherencia al tratamiento, por lo cual desarrollaron una investigación que tuvo como objetivo aplicar la teoría del comportamiento planificado sobre la planificación de la acción y el afrontamiento a la adherencia a la medicación en epilepsia. Para ello participaron 567 adultos con epilepsia de cinco clínicas neurológicas. Utilizaron la Escala MARS, el Cuestionario De Conducta Planificada y el Inmunoensayo Enzimático. Realizaron un análisis descriptivo y utilizaron el modelo de ecuaciones estructurales para examinar tres modelos: 1) si la teoría del comportamiento planificado puede explicar el comportamiento de adherencia a la medicación, 2) hasta qué

punto el auto informe de la adherencia a la medicación medida por el (MARS) se asocia con niveles séricos y 3) el rol mediador de la planificación de la acción y de afrontamiento en la predicción de adherencia. Los resultados mostraron que la actitud, norma subjetiva y control conductual percibido explicaron una proporción sustancial de la varianza para la intención de comportamiento de 61.8% (modelo 2) a 69.4% (modelo 1), los efectos de la actitud, la norma subjetiva, el control conductual percibido y la intención explicaron 58.4% (modelo 1) y 55.3% (modelo 2) de la varianza para la adherencia a la medicación. Se concluyó que dicha teoría es capaz de comprender los factores que se correlacionan con la adherencia.

Así mismo, teorías psicológicas de motivación y toma de decisiones han sido útiles para identificar los determinantes del comportamiento en la promoción de conductas de salud deportiva. Un ejemplo son los autores Chan et al. (2020) que realizaron un estudio en 4414 estudiantes de educación física de 44 escuelas secundarias de Beijing, que tuvo como objetivo examinar las relaciones entre las construcciones de la teoría de conducta planeada y la motivación autónoma de la teoría de autodeterminación en personas con lesión deportiva. Se empleó un diseño de panel de tres ondas longitudinales cruzadas. Aplicaron un cuestionario de autoinforme de motivación autónoma, actitud, norma subjetiva y control conductual percibido con respecto a la prevención de lesiones deportivas al inicio del estudio, dos y tres meses después. Utilizaron el modelamiento de ecuaciones estructurales. Los resultados indicaron que los tres modelos sobre lesión deportiva y la motivación autónoma predijeron las construcciones del modelo de conducta planeada, medidas prospectivamente con tamaños de efecto de pequeños a medianos (rango $\beta = 0.17$ a 0.32 , $p < .001$), las asociaciones entre las variables del modelo y la motivación autónoma medida prospectivamente fueron de menor tamaño (rango $\beta = 0.01$ a 0.18 , rango $p = .001$ a $.892$). Concluyendo que las personas que ven sus conductas como motivadas de manera autónoma tienden a informar una norma subjetiva más alta.

Control conductual

El control conductual es definido por Ajzen y Fisbhein (1970) como:

- *Control conductual*: la creencia personal de la capacidad de controlar las dificultades existentes para realizar una conducta que incluye tanto factores internos como externos. Entre los internos se encuentran habilidades físicas y psicológicas, y en los externos, el tiempo, la oportunidad, los medios y la dependencia de terceros

Este constructo ha sido utilizado e incorporado en el modelo de conducta planeada con la finalidad de poder conocer la autoeficacia del individuo con respecto a una conducta determinada y ha demostrado ser en algunos casos, buen predictor de conductas de salud y de riesgo, por lo que a continuación se darán a conocer una serie de estudios al respecto.

En países asiáticos, como en Tailandia, se han realizado investigaciones en pacientes con diabetes tipo II, autores como Wongrith (2019) se han dado cuenta que en Tailandia la diabetes tipo II representa un problema de salud pública que afecta a la población de la tercera edad, generando un aumento en la carga social y económica para la salud. Por lo cual, desarrolló una investigación que tuvo como objetivo examinar el resultado del tratamiento y los factores que predicen los comportamientos de autocuidado de la diabetes en personas ancianas. El diseño del estudio fue predictivo correlacional de corte transversal. Participaron 212 pacientes diagnosticados con diabetes tipo II, los datos fueron recolectados mediante un cuestionario de conducta planeada y registros de salud individuales. Se utilizaron estadísticos descriptivos y correlación producto momento de pearson con múltiples modelos de regresión lineal, para evaluar el control conductual percibido en el manejo del autocuidado diabético en ancianos con diabetes tipo 2 durante cinco meses. Los resultados indicaron que el control del resultado glucémico fue de 77.9% a través de comportamientos de autocuidado a tasas moderadas y las normas subjetivas y el control conductual percibido se correlacionaron fuertemente con la intención de comportamiento y las conductas de autocuidado. El control conductual percibido fue el factor más importante para predecir las intenciones (β 4.025, $p < .01$) y el comportamiento de autocuidado (β 15.258, $p < .001$). Se concluyó que el control

conductual percibido es útil para predecir la intención conductual y el comportamiento de autocuidado diabético entre los ancianos.

Un estudio realizado por Huéscar et al. (2014) sobre la teoría de la conducta planeada y tasa de ejercicio percibida: un modelo predictivo en estudiantes adolescentes de educación física, demostró que existen barreras en los jóvenes hacia el ejercicio físico, que se han visto observadas con base en la influencia del medio social hacia el individuo y estas han repercutido en la toma de decisiones de estos, por lo cual desarrollaron un estudio que tuvo como objetivo analizar los factores que influían en la percepción de la tasa de ejercicio de estudiantes españoles considerando la teoría de acción razonada. Participaron 698 estudiantes de clases de educación física (331 hombres y 367 mujeres), de edades entre los 12 y 16 años. Utilizaron el cuestionario de la teoría de la conducta planeada y el cuestionario de actividad física habitual. Realizaron un análisis descriptivo y de correlación de todas las variables del estudio, culminando en un modelo estructural en el que se analizaron las relaciones predictivas entre las variables analizadas. Los resultados mostraron que la actitud, norma subjetiva y control de la teoría de la conducta planeada predecían positivamente la intención futura de practicar ejercicio físico y predecían positivamente la tasa de ejercicio físico percibida por el adolescente. Se concluyó que la inclusión de la medida de la práctica físico-deportiva de los últimos doce meses como vía de influencia sobre la conducta, podría tener importantes implicaciones sobre el diseño de campañas de promoción de la salud dirigidas a la población joven.

Un tema de relevancia es el desperdicio de alimentos, puesto que representa la pérdida de la utilidad y la ineficiencia en la gestión de los alimentos teniendo repercusiones negativas en la economía, para ello autores como Van der Werf et al. (2019) realizaron un estudio que tuvo como objetivo modelar el comportamiento de consumo de alimentos en el hogar que se vuelven desperdicios. La muestra estuvo conformada por 1263 hogares de London, Ontario que tiraron desperdicio de comida. Utilizaron el cuestionario de conducta planeada y una encuesta que recabo información respecto al consumo de alimentos en el hogar, frecuencia semanal y porciones de desperdicio de alimentos, así como las razones por las que se desperdició. Se utilizó estadística descriptiva y se desarrollaron modelos de regresión

múltiple para evaluar los efectos relativos de varios predictores. El análisis de regresión lineal jerárquica ($R^2= 0.30$, $p <0.001$) de la actitud hacia el desperdicio de alimentos demostró que el control conductual percibido ($p <0.001$) y las normas subjetivas ($p <0.001$) tenían una fuerte influencia, así mismo el desperdicio de alimentos reportado, mostró que el control del comportamiento percibido ($p <0.001$) y las actitudes personales ($p <0.01$) condujeron a una disminución en el desperdicio de alimentos. Se concluyó que es importante apostarles a comportamientos de planificación del hogar como el ahorro de dinero ya que, podría ser una herramienta poderosa para motivar a los hogares a reducir el desperdicio de alimentos y sobre todo de aquellos que son saludables y podrían ser utilizados de manera adecuada para también impactar en el estado saludable del individuo.

Intención conductual

La intención conductual de acuerdo con el modelo de conducta planeada de Ajzen y Fishbein (1973), es definido como:

- *Intención conductual*: la conducta saludable, es decir, la intención del sujeto para llevar a cabo determinado comportamiento, ya que muchos comportamientos se encuentran bajo control voluntario.

Este constructo ha demostrado ser un buen predictor de la conducta tanto de riesgo como de protección, por lo que se darán a conocer una serie de estudios en donde la intención conductual juega un papel fundamental con respecto a los anteriores constructos del Modelo de Conducta Planeada.

Existen modelos de cognición social enfocados a predecir conductas de salud en enfermedades crónicas degenerativas relacionadas con enfermedad vascular. Hagger et al. (2019) desarrollaron un estudio para probar la efectividad de un modelo integrado de cognición social para predecir la intención de participar en los comportamientos de autogestión en pacientes con hipercolesterolemia de siete países. En donde se utilizó un diseño de encuesta correlacional. La muestra estuvo conformada por 726 pacientes de clínicas de 7 países, a los cuales se les aplicó una prueba genética y se estableció un diagnóstico probable o definitivo de hipercolesterolemia, incluyendo análisis de los niveles

de colesterol en la sangre. Se utilizó el cuestionario de percepción de enfermedad, de comportamiento pasado y el de teoría de conducta planeada. Con base en el modelo de ecuaciones estructurales, los resultados indicaron que las creencias sobre los comportamientos de la teoría del comportamiento planificado, como actitudes, normas subjetivas y control conductual percibido, fueron predictores consistentes de la intención, así como las creencias mediaron parcialmente los efectos del comportamiento pasado sobre la intención, aunque los efectos indirectos de comportamiento pasado en la intención fueron mayores para la actividad física en relación con la toma de medicamentos y alimentación saludable. Se concluyó que las relaciones entre creencias sobre comportamientos (actitudes y normas subjetivas e intenciones a través de comportamientos) proporciona apoyo a investigaciones previas que integran estos enfoques teóricos.

Por otra parte, un estudio realizado por Chen (2017) demostró que existe una controversia hacia el uso de aditivos alimentarios naturales o químicos añadidos a los alimentos para mejorar su textura o apariencia, lo que a su vez se han vuelto indispensables en la producción de alimentos procesados. Por lo cual, desarrolló un estudio para predecir la intención pública de tomar precauciones para evitar el consumo de alimentos con aditivos mediante el modelo de conducta planeada extendido. Participaron 2000 personas mayores de 20 años, de cuatro regiones y 22 condados de Taiwán; se diseñaron instrumentos de medición con base en los constructos de medición del modelo de conducta planeada con referencia a los aditivos alimentarios. Se realizó un análisis factorial confirmatorio para examinar la unidimensionalidad, confiabilidad y validez de las medidas de los instrumentos y se efectuaron análisis de bondad de ajuste, culminando en el modelamiento de ecuaciones estructurales. En cuanto a los resultados, el modelo de conducta planeada extendido tuvo un mejor poder explicativo para predecir la intención de que un individuo tome precauciones para evitar consumir alimentos que contienen aditivos que el modelo original de conducta planeada. Se concluyó que el uso de aditivos alimentarios está estrictamente controlado, por lo tanto, la tarea es revertir la actitud negativa de las personas hacia los aditivos alimentarios a neutral y restaurar su confianza en la seguridad de los aditivos alimentarios.

Un aspecto muy importante por considerar son los alimentos orgánicos que han sido desarrollados por la agricultura ecológica y ha sido útil en el control de plagas y enfermedades, por lo que Zhu (2018) desarrolló un estudio con el objetivo de explicar la influencia de la intención de las personas de consumir alimentos orgánicos a través de la teoría del comportamiento planificado. La muestra estuvo conformada por 260 estudiantes de la provincia de Hubei. Diseñó un cuestionario que incorporó las actitudes, normas subjetivas, control conductual percibido, identidad propia y motivos ecológicos con respecto al consumo de alimentos orgánicos. Utilizó el modelo de ecuaciones estructurales y el análisis factorial confirmatorio para evaluar la validez de constructo. Los resultados indicaron que el modelo de conducta planeada modificado explicó el 69% del constructo de la intención de consumir alimentos orgánicos y solo la actitud y los motivos ecológicos se consideraron como predictores de la intención. Se concluyó que tanto la actitud como los motivos ecológicos podrían aumentar la intención de comprar alimentos orgánicos en el futuro, entonces para los vendedores de alimentos orgánicos es la máxima prioridad conocer qué influye en la actitud de las personas para consumir alimentos orgánicos.

Un factor de riesgo cardiovascular desde la infancia es el consumo de alcohol, el cual a nivel mundial ha ido en aumento y se ha convertido en un problema social y de salud pública en México, debido a las consecuencias que se derivan de ello. Por lo que autores como Hernández et al. (2017) realizaron un estudio que tuvo como objetivo describir el proceso que se siguió para construir un instrumento, válido y confiable, que midiera la intención de los niños de consumir bebidas con alcohol desde la teoría de la conducta planeada. Participaron 1420 niños de 5° y 6° de educación básica, mediante un muestreo por conglomerados. Se establecieron grupos focales para identificar las creencias sobresalientes de los niños respecto al consumo de alcohol. Se realizaron análisis de validez de contenido, validez factorial y confiabilidad, y análisis de discriminación de reactivos. Los resultados indicaron que no hubo diferencias entre las creencias normativas y la importancia que se les da, esto pudo deberse al nivel de desarrollo en que se encontraban los niños, en el cual no cuestionan aún las creencias de sus padres, así mismo en cuanto al control conductual percibido, los niños no identifican barreras para el consumo en el cuestionario, solo

facilitadores. En conclusión, el instrumento construido durante esta fase es una herramienta potencial para futuras investigaciones en las que se pretenda conocer la Intención de niños escolares de quinto y sexto grado de primaria para probar una cerveza.

Finalmente, otro estudio de gran relevancia fue el de Rodríguez et al. (2007) que tuvo como objetivo probar la capacidad explicativa y el peso predictivo del modelo de conducta planeada en relación con la intención conductual de usar drogas ilícitas y el consumo de sustancias en estudiantes mexicanos de educación media básica. Utilizaron un diseño transversal, ex post facto y correlacional, con análisis post estratificado de una muestra de 75 estudiantes usuarios de drogas y 75 no usuarios, comparados por pares por medio de sexo, edad, turno de asistencia a la escuela y ocupación, extraídos de una muestra no probabilística de 1,019 estudiantes de educación media básica de la Ciudad de México. Los resultados indicaron que los estudiantes que no han usado drogas ilícitas, en comparación a quienes han consumido, mantienen una actitud más favorable hacia el consumo, perciben una mayor tolerancia social ante el mismo y están más dispuestos a ceder a la presión social para usar sustancias. Los resultados mostraron evidencia existente sobre la capacidad explicativa y predictiva del modelo en relación con conductas como el uso de drogas en adolescentes. Lo cual, permiten probar que la capacidad explicativa del modelo entre la población adolescente mexicana se mantiene dentro de los parámetros probados en otras poblaciones, sin que se encuentren diferencias particulares con respecto a alguno de los componentes.

SALUD MENTAL Y SU RELACIÓN CON LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Hoy en día, las enfermedades crónicas degenerativas al ser diagnosticadas y comunicadas a los pacientes originan un cambio en su comportamiento. En un marco donde priva la incertidumbre, la desesperanza, miedo e impotencia: además se presenta tensión, dificultad para conciliar el sueño, falta de apetito, desmotivación, generando ansiedad, depresión y estrés, produciendo a su vez cambios emocionales y alteraciones en el funcionamiento del sistema nervioso central y periférico (Rodríguez et al., 2007).

Antigoni (1995) refiere que la comunicación del diagnóstico produce cambios drásticos en el estilo de vida del paciente, ocasionando diversas reacciones emocionales y psicofisiológicas que, sin un manejo adecuado, serán causas de ansiedad, depresión y de formas negativas para enfrentar este tipo de enfermedades.

El equilibrio emocional, el apoyo social, familiar y la armonía en que un sujeto vive, se convierten en un escudo para la salud física y también para la salud social. En este sentido, las reacciones ante estos factores de riesgo psicosocial, tanto por exceso como por defecto, se vuelven amenazantes para el sujeto que las manifiesta (Sandín & Chorot, 2003).

Ansiedad en la enfermedad cardiovascular

La ansiedad es un estado disfórico semejante al miedo cuando hay alguna situación manifiesta de peligro; es una sensación de aprehensión, anticipación o temor al posible riesgo; también se puede definir como un estado fisiológico de excitación vegetativa, alerta vigilancia y tensión motora (Zigmond & Snaith, 1993, como se cita en Hernández et al., 2014).

Crandall et al. (2007) mencionan que es una reacción emocional implicada en los procesos de adaptación ante eventos adversos o peligros reales o imaginarios, que prepara al organismo para reaccionar ante esa situación de peligro o amenaza dirigida contra su cuerpo o modo de vida.

La ansiedad tiene diversas consecuencias médicas y psicológicas en pacientes con alguna enfermedad cardíaca, en especial cuando es persistente o grave, e incluye la dificultad de adherencia a los tratamientos prescritos y la realización de cambios en el estilo de vida recomendados por el médico; el fracaso para realizar dichas modificaciones incrementa el riesgo de sufrir eventos cardíacos agudos y de tener complicaciones en el hospital después de un síndrome coronario agudo (Moser, 2007). Ciertos estudios muestran que la ansiedad predice el desarrollo de la enfermedad arteriocoronaria (Kawachi et al., 1994), y otros que ejerce influencias negativas significativas en los resultados posteriores a un infarto agudo al miocardio (Booth-Kewley & Friedman, 1987).

La ansiedad implica una serie de emociones y cogniciones complejas que se direccionan hacia el futuro (Barlow, 1998). La ansiedad desencadena una preocupación por el futuro, es decir, por peligros o amenazas y por la incapacidad de controlarlas. En algunas circunstancias la ansiedad puede resultar adaptativa, cuando el individuo está alerta ante peligros reales y esto a su vez le permite un mejor afrontamiento de la situación y a su vez una mejor adaptación. El problema se da cuando estos niveles de ansiedad son altos y prolongados y cuando existe un peligro evidente, convirtiéndose a su vez en una emoción desadaptativa, negativa y fuente de malestar para el individuo que la sufre (Butcher et al., 2007).

Las principales teorías que intentan explicar la ansiedad son de tres tipos: biológicas, conductuales y cognitivas. Los modelos biológicos sugieren que las causas provienen de los niveles bioquímico, psicofisiológico y neuroanatómico del organismo. Se propone que determinados sistemas de neurotransmisión funcionan inadecuadamente, ya sea por excesos o por defecto; otras teorías biológicas apuntan a que la ansiedad es producida por el mal funcionamiento en ciertas áreas del cerebro, como, por ejemplo, la amígdala, el sistema límbico y el sistema septohipocámpico, que entraría en funcionamiento con umbrales de estimulación menores que en personas normales (Oblitas, 2006).

Con respecto a las enfermedades coronarias, se ha encontrado que la presencia de ansiedad se asocia con el padecimiento o desarrollo de cardiopatías, así como con mortalidad en esta población (Booth-Kewley & Friedman, 1987).

En países europeos, como España, una de las enfermedades crónicas degenerativas de gran prevalencia es la CI, la cual representa un tercio del total de muertes debido a la comorbilidad que se puede presentar con síntomas de ansiedad. Por lo que, López et al. (2019) realizaron un estudio que tuvo como objetivo evaluar las propiedades psicométricas de la Death Anxiety Scale (DAS) de Templer en la versión adaptada a población española, en una muestra de 141 pacientes con CI con una edad media de 71.57 años y una desviación estándar de 5.76, así mismo se utilizó un cuestionario de variables sociodemográficas. En cuanto a los resultados se observó que la CI no se encuentra distanciada al proceso de ansiedad ante el final del ciclo vital, así mismo en cuanto a los resultados de la escala se obtuvo una correlación elemento-total corregida positiva en todos los ítems, con valores entre el 0,32 y 0,54. Se identificaron cuatro factores que explicaron un 51,85% de la varianza de los datos, obteniéndose un alfa de cronbach total de 0.77. Con base en lo anterior es importante conocer las actitudes que estos pacientes tienen ante la muerte e identificar los factores que están influyendo para desarrollar temores respecto a la muerte, por lo cual es importante considerar variables culturales que permitan comprender mejor el fenómeno de la enfermedad “cardiopatía isquémica” para conocer la influencia de otros elementos que pueden estar relacionados con la presencia o el desarrollo de factores de riesgo psicosocial o determinando decisiones en relación a la mejora de la salud en este tipo de enfermedades.

La CI es una enfermedad crónica degenerativa en México que ha tenido repercusiones psicológicas ante una cirugía cardiovascular, estando presente la ansiedad. Autores como Figueroa et al. (2017) realizaron un estudio para determinar la relación de la ansiedad preoperatoria y los estilos de afrontamiento psicológico en pacientes hospitalizados con CI candidatos a revascularización coronaria quirúrgica. En su estudio participaron 62 pacientes, 77.4% fueron hombres y 22.6% mujeres hospitalizadas del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, con diagnóstico de CI, tributarios a cirugía de revascularización cardíaca. Utilizaron un diseño transversal, exploratorio y correlacional. Se utilizó el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo y el Inventario de Afrontamiento a las Lesiones y Problemas de Salud. Realizaron análisis descriptivos de las características socio demográficas de la muestra, un análisis de frecuencias de la ansiedad preoperatoria percibida,

de las estrategias utilizadas en los pacientes, y una correlación de Spearman entre la ansiedad preoperatoria y las estrategias de afrontamiento. Los resultados indicaron que de los 62 pacientes evaluados el 46.8% presentaron ansiedad preoperatoria alta. En la prueba Rho de Spearman sólo correlacionó positivamente la ansiedad preoperatoria y la estrategia de afrontamiento preocupación emocional ($r=.285$, $p= .025$). Se concluyó que es importante desarrollar programas de preparación psicológica que integren la enseñanza de estilos de afrontamiento en este tipo de población con relación a la ansiedad provocada por cirugías cardíacas.

Depresión en la enfermedad cardiovascular

La depresión es un estado afectivo anormal por su intensidad, duración y condiciones de aparición, caracterizado por un sentimiento de tristeza intenso; desproporcionado con respecto a la magnitud del hecho y persiste más allá de un periodo justificado, centrándose en la anhedonia como rasgo psicopatológico principal, así como pérdida del interés en las actividades cotidianas, presencia de pensamientos pesimistas (Hernández et al., 2014).

De acuerdo con Snaith (2003) es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, baja autoestima, actitud pesimista, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria del individuo durante un período de tiempo prolongado. Por lo tanto, es de gran importancia estudiar estas variables como factores psicológicos asociados a la CI.

Así mismo, Sanz y Vázquez (1995) mencionan que la depresión conlleva síntomas anímicos (tristeza, irritabilidad, nerviosismo, anhedonia), conductuales (apatía, indiferencia, retardo psicomotor, inhibición conductual), cognitivos (disminución de memoria, atención, concentración, autculpa, disminución de autoestima, presencia de esquemas negativos sobre sí mismo, el mundo y el futuro), físicos e interpersonales (fatiga, problemas de sueño, falta de apetito, deterioro de habilidades sociales por perdidas de interés y rechazo de otros).

Con respecto a las teorías etiológicas de la depresión, desde el enfoque conductual se relaciona con la pérdida de reforzadores asociados a duelos o eventos vitales estresante, produciendo un proceso de extinción.

Los síntomas de depresión y desorden de depresión mayor han estado implicados en el desarrollo de la enfermedad coronaria y sus secuelas, como infarto del miocardio o muerte cardíaca (Rozanski et al., 2005). En un estudio que realizó Interhearth se encontró que las personas que habían sufrido un infarto agudo al miocardio reportaban síntomas de un trastorno depresivo que el grupo control y a su vez mostraban mayores dificultades para adherirse adecuadamente a un tratamiento de tipo farmacológico y conductual.

Rozanski et al. (2005) mencionan que la depresión tiene repercusiones en los pacientes con enfermedades coronarias como: hábitos de vida poco saludables, alteraciones en la función plaquetaria, menor variabilidad del ritmo cardíaco, efecto arritmogénico e hipercortisolemia. Observando que la presencia de depresión es común en este tipo de pacientes, lo que provoca tres veces más posibilidades de sufrir una depresión mayor en los pacientes con enfermedad coronaria cuando se comparan con la población general (Penninx et al., 2001).

Un estudio efectuado en Dinamarca vigiló durante un año a 763 pacientes que sufrieron un infarto para determinar si la depresión eleva la mortalidad. Se concluyó que la mortalidad se incrementó en pacientes con depresión grave (Rudisch & Nemeroff, 2003). Así mismo, se han señalado otros factores fisiopatológicos que vinculan la depresión con CI, entre los cuales se encuentran la frecuencia de disfunción plaquetaria y endotelial, las alteraciones en el sistema nervioso autónomo y en el eje hipotalámico adrenal, los procesos inflamatorios, la baja variabilidad de la frecuencia cardíaca, el hipercortisolismo y los mayores niveles de proteína C reactiva (Costa et al., 2005).

Un estudio realizado por Pogosova et al. (2017) ha demostrado que la ECV está asociada con la presencia de factores de riesgo psicosocial como la depresión y la ansiedad, pero también se toman en cuenta otras variables como el status socioeconómico bajo, la falta de apoyo social, el estrés laboral y en la vida familiar, así como la personalidad tipo D y la

hostilidad. Por lo que, estos autores desarrollaron un estudio que tuvo como objetivo relacionar los factores de riesgo psicosocial como ansiedad y depresión hospitalaria con los factores de riesgo cardiovascular de pacientes con enfermedad coronaria. Los investigadores realizaron un estudio cuantitativo de tipo transversal-correlacional, en donde participaron 78 centros en 24 países europeos, de los cuales se obtuvo una muestra final de 7589 pacientes con ECV, la edad media fue de 64.1 con una desviación estándar de 9,6. Se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria. Los autores encontraron que los síntomas de ansiedad de acuerdo con la escala aplicada se observaron en el 26.3% de las participantes mujeres a diferencia de los hombres en un 22.1% no presentaron síntomas, mientras que el 22.4% presentó síntomas de depresión. Posteriormente, se procedió a brindarles tratamiento farmacológico con base en ansiolíticos y antidepresivos solo al 2.7% de los pacientes con alta hospitalaria. Los autores observaron que tanto la ansiedad como la depresión se asociaron con algunas variables sociodemográficas tales como el género femenino, el bajo nivel educativo y el sedentarismo. Así mismo se observó una asociación positiva entre la depresión con el tabaquismo y la obesidad. Por lo tanto, con base en los resultados, se observó que en pacientes con enfermedad cardiovascular existe la presencia de síntomas ansiosos depresivos, sin embargo es importante realizar investigación respecto a variables socioculturales tales como las creencias conductuales, normativas y de control, estilos de afrontamiento ante situaciones altamente estresantes para comprender las formas en cómo los individuos piensan y actúan para que con base en ello se propongan tratamientos psicológicos que realmente impacten sobre la presencia de dichos síntomas y no sólo exista tratamiento farmacológico para paliar los síntomas.

Así mismo, factores de riesgo psicosocial como la depresión y la ansiedad en ECV han demostrado estar subestimadas en los estudios de seguimiento de personas con eventos cardiacos y habitualmente no se incorporan en las estrategias de prevención posteriores a la atención clínica de rutina de la enfermedad coronaria. De acuerdo con Peter et al. (2020), realizaron un estudio longitudinal que tuvo como objetivo identificar trayectorias de ansiedad y depresión basado en los subdominios de la Escala De Ansiedad y Depresión Hospitalaria, utilizando modelos de mezcla de clases de tiempo hasta el evento cardiovascular. Para ello

se llevó a cabo un estudio de cohorte prospectivo, donde se incluyeron 1.109 pacientes con enfermedad coronaria de entre 30 y 70 años, los cuales se siguieron por 1,3,6,8,10,13 y 15 años. Se les aplicó la Escala De Ansiedad y Depresión Hospitalaria. Los resultados indicaron que, durante una mediana de seguimiento de 14,8 años, los participantes experimentaron 324 eventos cardiovasculares posteriores y así mismo se presentaron cuatro clases de trayectorias de ansiedad y depresión. El cociente de riesgos instantáneos para los eventos cardiovasculares posteriores para la clase de ansiedad creciente fue 2,13 (intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,61; 7,45) en comparación con la clase estable baja después del ajuste de covariables. Los pacientes que siguieron la trayectoria de ansiedad de alta disminución mostraron un cociente de riesgos instantáneos de 1,72 (IC del 95%, 1,11; 2,68) y los pacientes que siguieron la trayectoria de depresión estable alta un cociente de riesgos instantáneos de 2,47 (IC del 95%, 1,35; 4,54), con base en los anteriores resultados reportados es importante reconocer el estudio e identificación de los síntomas ansiosos depresivos que este tipo de pacientes tiene para así mismo desarrollar técnicas de intervención orientadas en las necesidades de estos pacientes para lograr una mejora en su calidad de vida.

Estilos de afrontamiento en la enfermedad cardiovascular

Los estilos de afrontamiento, de acuerdo con Zavala et al. (2008), se definen como los pensamientos y acciones que los individuos usan para enfrentar los encuentros estresantes cotidianos con base en el enfrentamiento evasivo, enfrentamiento de distanciamiento, enfrentamiento de reevaluación positiva, enfrentamiento de análisis cognitivo-reflexivo y enfrentamiento de negación

Lazarus (2000) define el afrontamiento, desde la teoría transaccional, como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se van desarrollando para manejar las demandas específicas, externas o internas, las cuales son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo y con ello ejecutar la acción. Además, menciona que no sólo se debe contar con los recursos personales, sino tener la habilidad para aplicarlos ante determinadas demandas. Sandín y Chorot (2003) indican que las formas de afrontamiento proporcionan pautas para explicar las diferencias en la

adaptación al estrés, así como en la adaptación al estrés entre individuos con mayor o menor exposición a estresores sociales.

Morris (2009) señala que, en pacientes con enfermedad isquémica del corazón, las respuestas cardiovasculares al estrés varían según se trate de una estrategia de afrontamiento pasivo o activo. En el afrontamiento pasivo se ha podido observar un incremento en la presión sanguínea diastólica pero no en frecuencia cardíaca, a diferencia del afrontamiento activo que sí induce la elevación de la tasa cardíaca y de la presión sistólica, predisponiendo al desarrollo de la cardiopatía isquémica y la hipertensión arterial.

Existiendo estas reacciones, es de gran interés estudiar los estilos de afrontamientos de estas enfermedades y algunas variables con relación a las creencias y actitudes de los pacientes como posibles predictores del éxito de un tratamiento terapéutico en ECV, teniendo presente la posible relación existente con factores psicosociales como la ansiedad y la depresión.

Dentro de las ECV existe la hipertensión arterial, la cual se ha caracterizado por ser una afección en la que la presión de la sangre hacia las paredes de la arteria es demasiado alta. Con base en la presente investigación se ha demostrado que la presencia de algunas variables psicológicas de personalidad como los estilos de afrontamiento, pueden tener repercusiones negativas respecto a la presión arterial y al funcionamiento cardiovascular. Por lo cual, Casagrande et al. (2019) realizaron una investigación cuantitativa, de tipo transversal-correlacional, teniendo como objetivo relacionar las estrategias de afrontamiento y la gravedad de los trastornos cardiovasculares, para ello se obtuvo una muestra de 190 personas sanas, 232 personas con hipertensión no tratada, 158 personas con medicación antihipertensiva y 179 con hipertensión y enfermedades cardíacas. Así mismo utilizaron el Inventario de Afrontamiento de Situaciones Estresantes el cual evaluó el afrontamiento orientado a la emoción, centrado en el problema y orientado a la evitación. Los resultados de la investigación mostraron que aquellos individuos que padecían hipertensión y enfermedades cardíacas hacían menos uso de estrategias de afrontamiento centradas en el problema o la tarea a diferencia de los otros tres grupos.

Por lo tanto, es importante indagar por qué este tipo de personas con hipertensión y ECV, afrontan la enfermedad con pocos recursos orientados hacia el problema, para ello resulta interesante incorporar variables culturales como sus creencias (conductuales, normativas y de control), las actitudes que tienen hacia su enfermedad o padecimiento, las normas que les rigen para aprender a cómo tomar la decisión respecto a cómo afrontar un determinado problema, así como el control conductual en términos de autoeficacia para hacerle frente a una situación, la intención real para generar un cambio conductual y finalmente sería importante incorporar la medición de variables de salud mental que puedan estar generando comorbilidad con la presencia de la enfermedad y a su vez estar repercutiendo en la forma en cómo estas personas a afrontan.

Uno de los principales problemas de salud en países desarrollados es la prevalencia de algunas enfermedades crónicas degenerativas como el cáncer, el VIH, sida y las ECV, siendo esta última la primera causa de muerte en países occidentales. Autores como Silva y Agudelo (2011) realizaron una investigación al respecto para identificar las creencias sobre la enfermedad y las estrategias de afrontamiento predictoras de la calidad de vida relacionada con la salud, en una muestra de 80 pacientes (55 hombres y 25 mujeres) con un rango de edad entre 23 y 80 años, y una media de 59.09 años de un programa de rehabilitación vascular. Los autores desarrollaron un estudio cuantitativo ex post facto de tipo retrospectivo simple, donde se consideraron variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, estrato y nivel educativo), psicológicas (calidad de vida relacionada con la salud, estrategias de afrontamiento y creencias sobre la salud) y clínicas (fracción de eyección) en los pacientes cardiovasculares. Se aplicaron los instrumentos de Illness Behavior Questionnaire (IBQ), la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) y el Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud SF-36. Los resultados estadísticos evidenciaron la influencia del empleo de las estrategias de afrontamiento pasivas sobre la baja calidad de vida en la muestra valorada, así como de las creencias focalizadas en las limitaciones que conlleva la patología; asimismo, se identificó a la religión como una estrategia protectora en el afrontamiento de la ECV. Por lo tanto, con base en los resultados de esta investigación, es importante considerar variables de personalidad que nos permitan conocer, cómo los adultos con enfermedades

crónicas degenerativas, tales como las de tipo cardiovascular hacen frente a su enfermedad, integrando las creencias que tienen al respecto de su percepción de calidad de vida de su estado actual, con la finalidad de identificar los recursos psicológicos con los que cuentan.

Otro estudio realizado por Castillo et al. (2019) describió que la ECV y la obesidad a nivel mundial son causa importante de morbilidad, mortalidad, ingresos hospitalarios, reducción de calidad de vida, incapacidad laboral, pérdida de productividad e incremento de costos al sistema de salud en la mayoría de las naciones, por lo cual desarrollaron un estudio que tuvo como objetivo caracterizar los estilos de afrontamiento, la depresión, la ansiedad, los niveles de autoestima y los niveles de riesgo cardiovascular, en un grupo de adolescentes obesos atendidos en un hospital de Cuba. Llevaron a cabo un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal donde participaron 30 jóvenes de entre 15 y 17 años (quince participantes de 15 años, diez participantes de 16 años y los cinco restantes de 17 años). Para las mediciones, utilizaron la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) y el Inventario de Depresión Rasgo-Estado para niños (IDEREN), así como el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado para niños (IDAREN) y el Inventario de Autoestima de Coopersmith. Se realizaron análisis descriptivos con base en medidas de tendencia central y se utilizó la prueba de Chi cuadrada. En cuanto a los resultados se observó que el estilo de afrontamiento dirigido a la resolución del problema resultó ser el más frecuentemente empleado por un mayor número de adolescentes obesos, aunque estos declararon de uso más frecuente un mayor número de estrategias propias del estilo improductivo. La depresión y la ansiedad (como estado y rasgo) tendieron a manifestarse en mayor medida en el nivel medio. La autoestima se reflejó en todos los niveles, con frecuencias discretamente mayores en los niveles medio y bajo. Se determinó la existencia de múltiples relaciones entre las variables psicológicas estudiadas, mientras que estas no estuvieron relacionadas con el sexo, concluyéndose que el riesgo cardiovascular se manifestó en todos los niveles y, la depresión y la ansiedad como rasgo se relacionaron directamente con los niveles de riesgo cardiovascular. Por lo tanto, resulta indispensable identificar los recursos psicológicos de afrontamiento de individuos con enfermedad cardiovascular y obesidad para poder predecir los niveles de adherencia a determinados tratamiento farmacológicos y conductuales.

MÉTODO GENERAL

Justificación

Cuando se tiene una enfermedad crónica degenerativa de tipo Cardiovascular como la CI, es común tener que hacerle frente mediante una serie de prescripciones que le permitan al individuo adherirse a conductas de salud que a su vez promuevan la mejora de esta, conocidas como medidas de prevención primaria (López-Castedo, 2019; Magaña et al., 2017), entre las que destacan la alimentación cardiosaludable y el ejercicio (Magaña et al., 2017; Rodríguez et al., 2018). Al respecto, se ha encontrado que las personas con mayores dificultades para adherirse a estas medidas presentan mayores índices de ansiedad y depresión, lo cual a su vez propicia recaídas de la sintomatología (Moser, 2007). En contraste, las personas que logran adherirse de forma satisfactoria a estas medidas de prevención primaria reportan una mejora en su calidad de vida (Sánchez, 2009) y estado cardiosaludable, reduciendo las hospitalizaciones por recaídas y los costos en el sector salud (Soto & Fatilde, 2004).

Estos hallazgos apuntan a que la adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio como medidas de prevención primaria, son constructos importantes en la salud física y mental de los individuos y subrayan la importancia y necesidad de profundizar en su estudio desde una perspectiva científica en población mexicana, incorporando variables de personalidad como los estilos de afrontamiento (Folkman et al., 2000) de adultos mexicanos con esta enfermedad, variables de salud mental como ansiedad y depresión (Snaith, 2003) y variables culturales como creencias (conductuales, normativas y de control), actitudes, normas subjetivas, control conductual e intención conductual de la Teoría de Conducta Planeada (TCP) con base en Ajzen y Fishbein (1980).

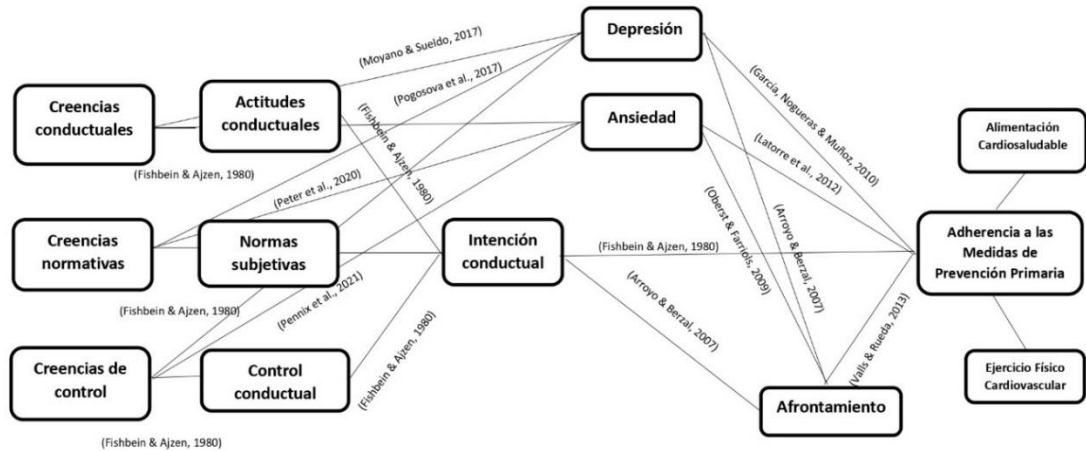
A pesar de que la relación entre los estilos de afrontamiento, la ansiedad, la depresión y los elementos que integran la (TCP) con respecto al estudio de la adherencia a conductas de salud en ECV es muy consistente en estudios desarrollados en el extranjero (Cheng et al., 2019; Hagger et al., 2019; Kumar & Smith, 2017), resulta necesario desarrollarlos también en población mexicana, puesto que hay muy pocos estudios enfocados en explicar o predecir los mecanismos involucrados en estas relaciones. Al respecto, se proponen una serie de

variables que, de acuerdo con la literatura, podrían desempeñar un papel importante para comprender por qué el mexicano, piensa, percibe, siente y actúa con base en sus recursos psicológicos para hacerle frente a una enfermedad que le demandará cambios cognitivos y conductuales. A partir de lo previamente expuesto, en esta investigación se propone probar un modelo predictivo de adherencia a las medidas de prevención primaria (alimentación cardiosaludable y ejercicio) en adultos mexicanos con CI.

En caso de demostrar qué variables juegan un papel importante, se podría tener importantes implicaciones en la práctica profesional, que contribuya a la comprensión de dicho fenómeno como procesos y no sólo como constructos aislados, además de aportar evidencia de los mecanismos involucrados en tales procesos, de manera que en futuras investigaciones como en la práctica profesional de los psicólogos mexicanos, se disponga de instrumentos de medición y evidencia que sugiera intervenciones no solo enfocadas en adherir al paciente con ECV a un tratamiento con base a las medidas de prevención primaria como lo es un cambio en el estilo de vida a partir de una alimentación cardiosaludable y una serie de ejercicios físicos específicos, sino enfocadas en los procesos a nivel cognitivo considerando las creencias, normas subjetivas, estilos de afrontamiento que les caracterizan, a nivel emotivo considerando las actitudes, la salud mental en términos de factores de riesgo psicosocial como la presencia de ansiedad y depresión por el establecimiento de un diagnóstico clínico respecto a la enfermedad y a nivel conductual en relación al control conductual percibido por el individuo respecto a la capacidad de autoeficacia de lograr la o las conductas de salud prescritas por el profesional de la salud.

Figura 5

Modelo propuesto de adherencia a las medidas de prevención primaria (alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular) en pacientes con cardiopatía isquémica.



Nota: Modelo de Adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico con base en Fishbein e Icek Ajzen (1975-1980).

Pregunta de investigación

¿Cómo predicen la teoría de conducta planeada (creencias conductuales, normativas y de control, actitudes conductuales, normas subjetivas, control conductual, intención conductual), el afrontamiento y la salud mental (ansiedad y depresión), la adherencia a las medidas de prevención primaria (alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular) en adultos con cardiopatía isquémica?

Objetivo general

Probar un modelo que permita predecir la adherencia a las medidas de prevención primaria (alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular) en adultos con cardiopatía isquémica, a partir de la teoría de conducta planeada (creencias conductuales, normativas y de control, actitudes conductuales, normas subjetivas, control conductual, intención conductual), el afrontamiento y la salud mental (ansiedad y depresión hospitalaria).

Esquema de estudios que integran el proyecto de investigación

El presente proyecto de Doctorado se desarrollará a partir de tres estudios:

ESTUDIO 1

Desarrollo y evaluación de las propiedades psicométricas de las escalas de evaluación de adherencia a alimentación cardiosaludable y ejercicio, ansiedad y depresión hospitalaria, afrontamiento y Modelo de Conducta Planeada

Fase 1. Exploración del concepto de creencias “conductuales, normativas y de control” sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular

Fase 2. Creación de instrumento para medir creencias “conductuales, normativas y de control” sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular

Fase 3. Exploración del concepto de actitudes sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular

Fase 4. Creación de instrumento para medir actitudes sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular

Fase 4.1 Confirmación de la estructura factorial de las escalas de actitudes conductuales hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular

Fase 5. Exploración del concepto de normas subjetivas sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular

Fase 6. Creación de instrumento para medir normas subjetivas sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular

Fase 7. Exploración del concepto de control conductual sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular

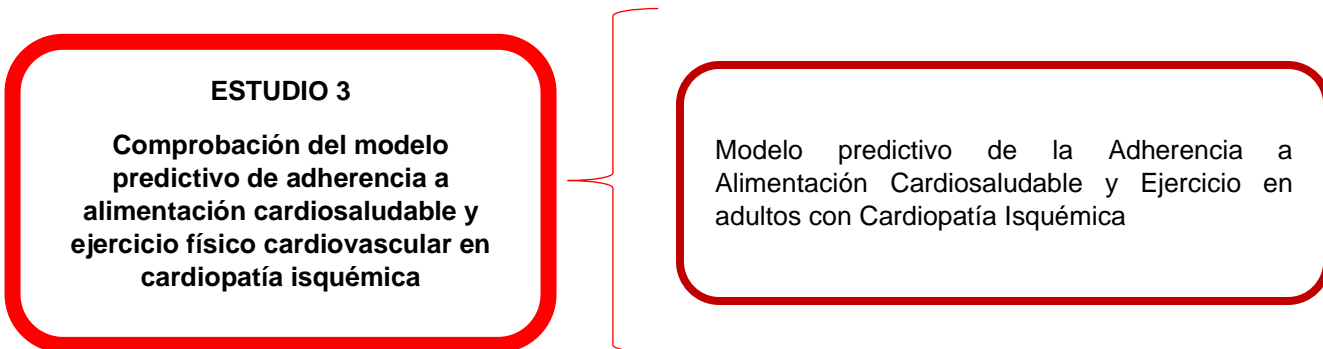
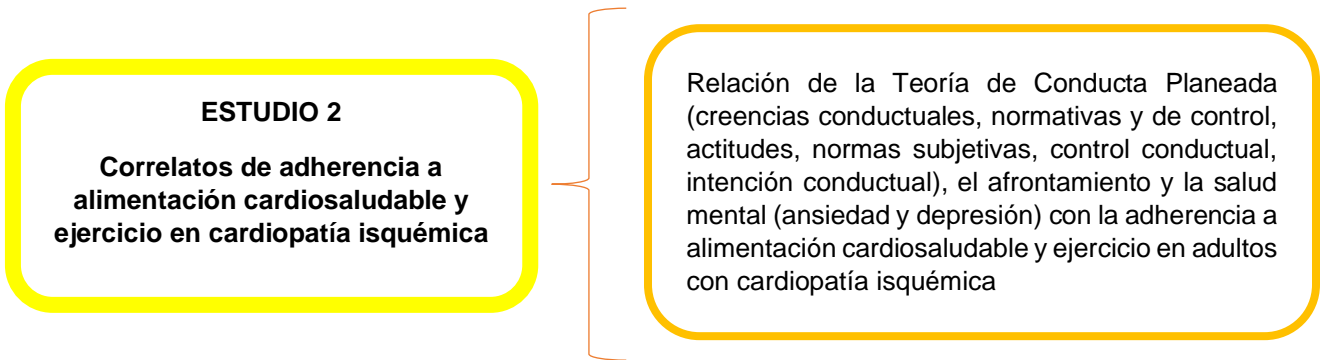
Fase 8. Creación de instrumento para medir control conductual sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular

Fase 9. Exploración del concepto de Intención conductual sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular

Fase 10. Creación de instrumento para medir intención conductual sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular

Fase 11. Propiedades psicométricas de la escala de estilos de afrontamiento hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable y la adherencia al ejercicio físico cardiovascular

Fase 12. Confiabilidad de las escalas de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y Cuestionario de Adherencia a la Alimentación Cardiosaludable (PREDIMED)



ESTUDIO 1

Desarrollo y evaluación de las propiedades psicométricas de las escalas de evaluación de adherencia a alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular, ansiedad y depresión hospitalaria, afrontamiento y modelo de conducta planeada.

Justificación

Para cubrir con los objetivos de esta investigación, es importante contar con un instrumento que mida de manera válida y confiable las creencias (conductuales, normativas y de control) de la alimentación cardiosaludable y el ejercicio físico. No hay instrumentos que midan esta variable en castellano y los esfuerzos por disponer de mediciones específicas son recientes en la literatura internacional, aunque hasta ahora sólo miden el constructo en otras enfermedades crónico-degenerativas (Lenne et al., 2019) Resulta entonces fundamental explorar las manifestaciones culturales de las creencias (conductuales, normativas y de control) de la alimentación cardiosaludable y el ejercicio físico en adultos con CI.

Hay limitados instrumentos de medición de creencias en otras enfermedades crónicas degenerativas hipercolesterolemia (Hagger et al., 2019), Obesidad (Chen, 2017), el deporte (Chan et al., 2020), Hipertensión (Kumar & Smith, 2017) por lo cual es importante crear un instrumento en una enfermedad crónica de alta prevalencia en el país para desarrollar en un futuro métodos diagnósticos y de intervención en la mejora de la adherencia a conductas de salud, por ello es importante explorar el constructo de creencias que tienen los individuos con CI para desarrollar una escala que permita relacionar el constructo con variables de adherencia a alimentación cardiosaludable y posterior a ello establecer un modelo predictivo en adherencia con base en las creencias conductuales, normativas y de control.

Fase 1. Exploración del concepto de creencias “conductuales, normativas y de control” sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las creencias “conductuales, normativas y de control” sobre alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular que tienen los adultos con CI?

Objetivo general

- Conocer las creencias “conductuales, normativas y de control” sobre alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular que tienen los adultos con CI.

Objetivos específicos

1. Identificar las creencias “conductuales, normativas y de control” sobre alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular que tienen los adultos con CI.
2. Identificar el significado que los adultos tienen de las creencias “conductuales, normativas y de control” sobre alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular que tienen los adultos con CI.
3. Identificar las categorías que componen la definición de las creencias “conductuales, normativas y de control” sobre alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular que tienen los adultos con CI.

Definición conceptual de la variable (V.D)

- a) Creencias normativas: aprobación o desaprobación percibida de la posición de individuos o grupos de referencia importantes para la conducta en cuestión (Ajzen & Fishbein, 1970).
- b) Creencias conductuales: creencias que el sujeto tenga acerca de las consecuencias que una determinada conducta pueda generar, determinan la “actitud del sujeto sobre la conducta” en cuestión (Ajzen & Fishbein, 1970).

- c) *Creencias sobre el control*: la percepción del sujeto sobre la presencia de factores que puedan facilitar o impedir la ejecución de un comportamiento (Ajzen & Fishbein, 1970).

Definición operacional de la variable

- Definidoras dadas por los participantes en los grupos focales, creadas a partir de las respuestas dadas en el guion de discusión.

Muestra

Participaron dos grupos focales de 4 pacientes cada uno, con diagnóstico de CI, de un hospital público del tercer nivel de atención, del Sur de la CDMX. La edad promedio de estos participantes fue de 55.75 (DE= 14.96), de los cuales el 80% fueron hombres y el 20% mujeres, así mismo el 100% eran casados, el 20% se desempeñaban en actividades del hogar, el 20% eran jubilados, el 40% trabajan en una institución pública y el 20% eran comerciantes.

Criterios de selección

- a) *Inclusión*: hombres y mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de CI que residan en la Ciudad de México o Zona Metropolitana y decidan participar voluntariamente.
- b) *Exclusión*: hombres y mujeres con trastornos neurológicos o psiquiátricos, discapacidad intelectual (reportados en la historia clínica) o que no sepan leer y escribir.
- c) *Eliminación*: hombres y mujeres que no firmen la carta de consentimiento informado para participar en la actividad de grupos focales y ser grabados.

Medidas

Se utilizó la técnica de grupo focal con moderador y observador (se conformarán dos grupos focales de 4 pacientes con CI cada grupo, de un hospital público del tercer nivel de atención, del Sur de la CDMX, con una duración de hora y media a dos cada sesión de grupo focal).

- Se les aplicó un consentimiento informado (Apéndice A) y aviso de privacidad (Apéndice B) por parte del hospital para su respectiva participación y grabación de la

sesión en línea mediante Zoom, asegurándoles la confidencialidad y anonimato de sus datos.

- El guion de discusión de preguntas abiertas (Apéndice C) se desarrolló con base en la revisión de literatura de Espí-Guerola (2004), Luque et al. (2011) y los postulados del Modelo de Conducta Planeada de Ajzen y Fisbhein (1973).
- Las preguntas de discusión para la exploración del concepto de *creencias “conductuales, normativas y de control” sobre alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular* son las siguientes:

1. Creencias conductuales

¿Qué cree que pasaría si tuviera que cambiar su alimentación ordinaria a una alimentación saludable?

¿Qué cree que pasaría si tuviera que comenzar a realizar ejercicio físico cardiovascular de forma frecuente?

2. Creencias normativas

¿Qué cree que pensaría su familia si usted como paciente isquémico cambiara su alimentación ordinaria a una alimentación saludable?

¿Qué cree que pensaría o piensa su familia si usted como paciente isquémico comenzara a realizar ejercicio físico cardiovascular?

3. Creencias de control

¿Qué aspectos podrían facilitar o impedir que usted tenga una alimentación saludable?

¿Qué aspectos podrían facilitar o impedir que usted realice ejercicio físico cardiovascular?

Procedimiento

1. Se hicieron invitaciones vía telefónica a ocho pacientes con diagnóstico de CI de un hospital de salud pública de tercer nivel, para participar en la actividad de grupos focales y explorar las creencias (conductuales, normativas y de control), actitudes,

normas subjetivas, control e intención conductual, respecto a la alimentación cardiosaludable y el ejercicio físico. Las sesiones de los grupos focales se llevarán a cabo en la modalidad en “línea” debido a las condiciones sanitarias de la pandemia del COVID 19.

2. Se conformaron dos grupos focales en total para evaluar los constructos del Modelo de Conducta Planeada de Ajzen y Fisbhein (1973), con cuatro integrantes cada grupo y una duración de dos horas para cada sesión de grupo focal.
3. Se les dio a firmar el consentimiento informado por parte del hospital del cual se encuentran adscritos para poder participar en la sesión en la cual serán grabados, asegurándoles la confidencialidad y el anonimato de sus datos, considerando los artículos del código ético del psicólogo: Art. 8, 9, 12, 15, 16, 17, 18 y 49 para investigación en sujetos humanos (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007).
4. Un día antes de cada sesión se les hicieron recordatorios vía telefónica para asegurar su asistencia a la sesión de grupo focal.
5. En la sesión de grupo focal se utilizó la técnica de moderador con observador y se llevó a cabo el siguiente procedimiento:
 - A) Se les dio la bienvenida e introducción respecto a los objetivos a seguir durante la actividad de grupo focal y nuevamente se le preguntó respecto al deseo o no de participar libremente en la actividad, dando a su vez instrucciones de cómo utilizar la aplicación de Zoom para poder participar con relación a la activación de la cámara y el micrófono (duración 5 minutos).
 - B) Posteriormente el observador realizó anotaciones respecto a las ideas principales de cada participante y el moderador les explicará de forma general a los participantes qué es la alimentación saludable y el ejercicio físico como medidas de prevención primaria, con la finalidad de contextualizarlos al tema que se abordará a partir las creencias (conductuales, normativas y de control), actitudes, normas subjetivas, control conductual e intención conductual respecto a la alimentación cardiosaludable y el ejercicio físico (duración 5 minutos).

- C) Enseguida el moderador comenzó con las preguntas de discusión del área de “creencias”, en donde se exploró respecto a las creencias (conductuales, normativas y de control) de la alimentación saludable y ejercicio (duración 20 minutos).
 - D) La segunda área de discusión fue la de “actitudes” respecto a la alimentación saludable y ejercicio (duración 20 minutos).
 - E) La tercera área de discusión fue la de “normas subjetivas” respecto a la alimentación saludable y ejercicio (duración 20 minutos).
 - F) La cuarta área de discusión fue la de “control conductual” respecto a la alimentación saludable y ejercicio (duración 20 minutos).
 - G) La quinta área de discusión fue la de “intención conductual” respecto a la alimentación saludable y ejercicio (duración 20 minutos).
 - H) Por último, se realizó una breve conclusión respecto a las respuestas de los participantes para ir cerrando la discusión grupal y se les agradeció su participación y tiempo dedicado e invertido en la sesión.
6. Se considero la carta descriptiva para tener un procedimiento estandarizado en las instrucciones a seguir para el desarrollo de los grupos focales (Apéndice C).

Análisis de datos

- Análisis de contenido basado en la transcripción de las notas y las cintas de audio (Andréu, 1998) complementado con el uso del programa Atlas ti y las hojas de cálculo de Excel.
- Se hizo una transcripción del contenido de las grabaciones en conjunto con las notas tomadas en la sesión por el observador, posterior a ello se siguieron los siguientes pasos:
 1. Determinar el objeto o tema de análisis.
 2. Determinar las reglas de codificación.
 3. Determinar el sistema de categorías.
 4. Establecer Inferencias.

5. Comprobar la fiabilidad del sistema de codificación-categorización mediante jueces expertos y posteriormente a través del análisis de V de Aiken (Aiken, 1985) para cuantificar la relevancia de los ítems respecto a un dominio de contenido.

Resultados

Creencias conductuales, normativas y de control hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable:

- Para la categoría de creencias conductuales hacia la alimentación cardiosaludable de forma sobresaliente se encontró lo siguiente:

El 83% de los hombres y 50% de las mujeres piensan que “si no comen bien se infartaran”, así mismo, el 100% de hombres y mujeres piensan que “la comida sana es aburrida y da asco con el tiempo”. Así mismo de forma sobresaliente algunas creencias positivas orientadas hacia el aumento del consumo de comida saludable, en hombres y mujeres, fueron: “al comer sanamente podre aumentar mi calidad de vida, mejorar mi estado de salud, bajar de peso, reducir mis gastos, vivir más tiempo y crear un hábito saludable”. Las palabras que más se repetían en este apartado fueron: malnutrición, aburrimiento, asco y enfermedad, calidad.

- Para la categoría de creencias normativas hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable de forma sobresaliente se encontró lo siguiente:

El 100% de hombres y mujeres consideran que su familia, amigos, pareja y compañeros de trabajo creen que deberían de “comer sano aumentando el consumo de alimentos saludables y disminuyendo la comida chatarra”, así mismo el 66% reportan que quieren hacer lo que estas personas les recomiendan, sin embargo les cuesta trabajo y el 33% considera que no hay congruencia entre lo que les solicitan hacer y lo que están personas hacen realmente en sus vidas y por ello es que no consideran las recomendaciones. Así mismo algunos comentarios sobresalientes que aluden al género y a los roles sociales son: “si mi esposa no me hace de comer sano, moriré”, “si mi esposa e hijos no comen sano conmigo, no funcionara el tratamiento”, “mi esposa se enoja si no como lo que debo”, “mi esposo me pide no castigarlo y hacer doble comida”, “mi esposo dice que me apoya, pero no hace nada por mí, yo cocino todo”, “no puedo comer sano porque no se hacer comida sana y dependo de mi

esposa e hijas”, “si la gente muestra interés en mi enfermedad, entonces sí puedo comer sano, menos no”. Las palabras que más se repiten en este apartado son: dependencia, apoyo social, exigencia, castigo, trabajo doble e interés.

- Para la categoría de creencias de control hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable de forma sobresaliente se encontró lo siguiente:

Algunas de las barreras en los hombres, que pueden impedir que se alimenten saludablemente de acuerdo a las recomendaciones de sus médicos son: el 50% piensa que si la esposa no puede preparar las comidas sanas por lo tanto, no podrán disminuir el consumo de la comida chatarra, así mismo el 83% considera que el trabajo es muy absorbente y ese es un motivo por el cual no podrían comer sano, por el poco tiempo libre que tienen, así mismo el 100% considera que los fines de semana son días especiales para comer la comida rica de tipo chatarra, por lo cual es un motivo porque cual no podrían disminuir el consumo de comida no saludable y mucho menos, aumentar el consumo de la comida sana, el 33% consideran que las reuniones laborales o con amigos impiden el consumo de comida sana. En relación a las mujeres, un 50% consideran que el tener poco dinero para gastar en comida les impide comprar todo lo necesario para una alimentación saludable, sin embargo a su vez esto favorece a no comprar comida chatarra por tener un gasto limitado, el 100% de mujeres piensan que el preparar los antojitos mexicanos (mole con pollo, quesadillas fritas, pozole, tamales) como comidas solicitadas por los hijos u otros miembros de familia, impide que puedan aumentar el consumo de frutas, verduras, cereales y carnes blancas. Las palabras que más se repiten en este apartado son: trabajo, reuniones, descanso, obligaciones.

Creencias conductuales, normativas y de control hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular:

- Para la categoría de creencias conductuales hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular, de forma sobresaliente se encontró lo siguiente:

El 83% de los hombres únicamente, piensan que “es difícil hacer ejercicio porque no hay el espacio y el tiempo”, así mismo el 100% de las mujeres y el 50% de los hombres piensan que “si hacen ejercicio se pueden infartar” y el 50% de mujeres y hombres, piensan que “el exceso

de ejercicio es igual a muerte”, así mismo de forma positiva entre el 80 y el 100% de hombres y mujeres consideran que al hacer ejercicio “cuidaran su salud, mejorarán su condición física, bajarán de peso, liberarán tensión y estrés, crearán hábitos saludables y evitarán dolores en su cuerpo”. Así mismo de forma sobresaliente algunas creencias positivas orientadas hacia la realización de ejercicio físico, en hombres y mujeres, fueron: al ejercitarme podre cuidar mi salud, mejorar mi condición física, bajar de peso, liberar tensión y estrés y prevenir lesiones. Las palabras que más se repetían en este apartado fueron: dificultad, infartos y exceso.

- Para la categoría de creencias normativas hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular, de forma sobresaliente se encontró lo siguiente:

El 83% de hombres y 100% de mujeres, consideran que para sus familias, amigos, pareja y compañeros de trabajo, ellos deberían realizar ejercicio físico, aunque sea poquito y del tipo de caminatas, sin embargo el 50% de hombres consideran que sí deberían hacer ejercicio físico pero no les es posible por sus actividades laborales y el 100% de las mujeres consideran que sí deberían realizar ejercicio físico y una forma es mediante la realización de los quehaceres del hogar o al sacar a pasear al perro. Las palabras que más se repiten en este apartado son: caminatas, actividad cardiovascular, estrés y tiempo.

- Para la categoría de creencias de control hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular, de forma sobresaliente se encontró lo siguiente:

Algunas de las barreras en las mujeres, que pueden impedir que realicen ejercicio físico de acuerdo con las recomendaciones de sus médicos son: el 100% de ellas reportó que “la edad les impide hacer ejercicio, todo sería más fácil si bajarán de peso y si realizan ejercicio su corazón se fortalecerá”, así mismo el 50% de ellas considera que, al invertir tiempo en atender a su familia, les será más difícil realizar su ejercicio físico indicado por su médico por el poco tiempo que disponen. En cuanto a los hombres, un 83% considera que su horario de trabajo entrara en conflicto con su práctica de ejercicio, un 50% considera que, por sus actividades laborales, estarán muy cansados y eso impedirá que hagan ejercicio físico, un 16% considera que conforme su edad es mayor, les será mucho más difícil realizar su actividad física

cardiovascular. Las palabras que más se repiten son: edad, peso, constancia, trabajo, tiempo, capacidad.

Conclusión

Los hallazgos de esta investigación en términos de las categorías, sus conceptualizaciones e indicadores, resultan útiles para desarrollar una escala que mida las creencias conductuales, normativas y de control hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable y la adherencia al ejercicio físico cardiovascular de pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica, de manera culturalmente relevante.

Fase 2. Creación de instrumento para medir creencias “conductuales, normativas y de control” sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las propiedades psicométricas de las escalas de creencias “conductuales, normativas y de control” de adherencia a la alimentación cardiosaludable?

¿Cuáles son las propiedades psicométricas de las escalas de creencias “conductuales, normativas y de control” de adherencia al ejercicio físico cardiovascular?

Objetivo general

- Elaborar y analizar psicométricamente las escalas que evalúen las creencias “conductuales, normativas y de control” de adherencia a la la alimentación cardiosaludable y el ejercicio físico cardiovascular.

Objetivos específicos

- Obtener la confiabilidad mediante consistencia interna de las escalas de creencias “conductuales, normativas y de control” de adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular de adultos con CI creada a partir de los resultados de la fase 1.
- Obtener la validez de constructo de la escala de creencias “conductuales, normativas y de control” de adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular de adultos con CI creada a partir de los resultados de la fase 1.
- Obtener la estructura factorial de la escala de creencias “conductuales, normativas y de control” de adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular de adultos con CI creada a partir de los resultados de la fase 1-

Definición conceptual de la variable (V.D)

- a) Creencias conductuales: creencias que el sujeto tenga acerca de las consecuencias que una determinada conducta pueda generar, determinan la “actitud del sujeto sobre la conducta” en cuestión (Ajzen & Fisbhein, 1970).
- b) Creencias normativas: aprobación o desaprobación percibida de la posición de individuos o grupos de referencia importantes para la conducta en cuestión (Ajzen & Fisbhein, 1970).
- c) Creencias sobre el control: la percepción del sujeto sobre la presencia de factores que puedan facilitar o impedir la ejecución de un comportamiento (Ajzen & Fisbhein, 1970).

Definición operacional de la variable

- Puntaje obtenido por los participantes en cada uno de los reactivos que componen la escala de creencias “conductuales, normativas y de control” sobre alimentación cardiosaludable y ejercicio.

Muestra

Los pacientes se contactaron en un Hospital de Salud Pública del tercer nivel de atención de la Ciudad de México. La muestra fue no probabilística por sujetos tipo con base en Shaughnessy (2007) y Nunnally (1991), la cual estuvo compuesta por 125 pacientes con diagnóstico de CI con base en los criterios de la Asociación Cardiológica de New York (NYHA por sus siglas en inglés) (McMurray et al., 2012). Los participantes se encontraban entre los 32 y 82 años (M= 56 años, DE= 9.6), de los cuales 44% fueron mujeres y 56% hombres. Con respecto a su estado civil 31.2% fueron solteros, 53.6% casados, 7.2% en unión libre, 4% viudos y 4% separados. En relación con su ocupación el 13% fueron amas de casa, 15% se dedicaban al comercio, 27% eran jubilados y el 45% profesionistas que laboraban en alguna Institución pública o privada y en cuanto a su religión el 75% eran creyentes o practican alguna religión y el 25% ateos.

Criterios de selección

- a) *Inclusión:* hombres y mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de CI que residan en la Ciudad de México o Zona Metropolitana y decidan participar voluntariamente.
- b) *Exclusión:* hombres y mujeres con trastornos neurológicos o psiquiátricos, discapacidad intelectual o que no sepan leer y escribir.
- c) *Eliminación:* hombres y mujeres que no completen de forma satisfactoria el 80% del llenado del cuestionario.

Tipo de estudio y diseño

Exploratorio, no experimental de tipo transversal con un solo grupo (Kerlinger et al., 2002).

Instrumentos

Escala de creencias que se desarrolló con base en la teoría de conducta planeada de Ajzen y Fishbein (1973) y a partir de las categorías e indicadores obtenidos en la fase 1 de esta investigación, con un formato de respuesta tipo likert y constó de tres categorías reportadas en la literatura: (creencias conductuales, creencias normativas y creencias de control) que miden las creencias que el sujeto tiene acerca de las consecuencias que una determinada conducta pueda generar así como la aprobación o desaprobación percibida para la conducta en cuestión y la percepción del sujeto sobre la presencia de factores que facilitan la ejecución del comportamiento de alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular.

Los reactivos que se obtuvieron fueron evaluados por un grupo de expertos en el área.

- a) *Escala de creencias conductuales hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable* (Apéndice D). Conformada por 4 reactivos (construidos ad hoc a partir de la revisión de literatura de Espí-Guerola (2004) y el análisis de contenido de dos grupos focales con personas con diagnóstico de cardiopatía isquémica). El concepto conductual que se evalúa son las creencias conductuales típicas hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable (e.g., *Aumentando el consumo de frutas, verduras, cereales y carnes blancas (pollo y pescado), tal como lo indico mi médico*

“aumentare” mi calidad de vida). Se responde en una escala tipo likert de 7 puntos, donde 1= “Totalmente improbable”, 2= “Improbable”, 3= “Poco improbable”, 4= “Ni improbable ni probable”, 5= “Poco probable”, 6= “Probable” y 7= “Totalmente probable”. Cuanto más cercano a 7, mayor es la posibilidad de que se presente la creencia conductual descrita. La escala cuenta con un alfa de Cronbach global de .86, siendo buena y 56% de la varianza acumulada.

b) *Escala de creencias normativas hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable* (Apéndice E). Conformada por 5 reactivos (construidos ad hoc a partir de la revisión de literatura de Espí-Guerola (2004) y el análisis de contenido de dos grupos focales con personas con diagnóstico de cardiopatía isquémica). El concepto conductual que se evalúa son las creencias normativas hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable (e.g., *Mi familia (padres, hermanos/as) piensan que debería disminuir el consumo de panes, tortillas, refresco, cerveza y alimentos grasosos de origen animal (carne roja, manteca, mantequilla, leche, crema, helado y quesos) y aumentar el consumo de frutas, verduras, cereales y carnes blancas (pollo y pescado)*). Se responde en una escala tipo likert de 7 puntos, donde 1= “Yo no debería”, 2= “Yo ocasionalmente no debería”, 3= “Yo usualmente no debería”, 4= “No estoy segura/o si yo debería”, 5= “Ocasionalmente yo debería”, 6= “Usualmente yo debería” y 7= “Yo debería”. Cuanto más cercano a 7, mayor es la posibilidad de que se presente la creencia normativa descrita. La escala cuenta con un alfa de Cronbach global de .80, siendo buena y 47% de la varianza acumulada.

c) *Escala de creencias de control hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable* (Apéndice F). Conformada por 10 reactivos agrupados en dos factores (construidos ad hoc a partir de la revisión de lo propuesto por Espí-Guerola (2004) y el análisis de contenido de dos grupos focales con personas diagnosticadas con cardiopatía isquémica). Los primeros cinco reactivos evalúan el factor de autodeterminación situacional-alimenticia y los cinco reactivos restantes evalúan el factor de barreras situacionales (e.g., *La siguiente semana mi familia preparará*

prepara antojitos mexicanos (mole con pollo, quesadillas fritas, pozole, tamales) en tu casa). Se responde en una escala tipo likert de 7 puntos, donde 1= “*Totalmente improbable*”, 2= “*Improbable*”, 3= “*Poco improbable*”, 4= “*Ni improbable ni probable*”, 5= “*Poco probable*”, 6= “*Probable*” y 7= “*Totalmente probable*”. Cuanto más cercano a 7, mayor es la posibilidad de que se presente la creencia de control descrita. La escala cuenta con un alfa de Cronbach de .88 para el factor de *autodeterminación situacional- alimenticia*, un alfa de Cronbach de .85 para el factor de *barreras situacionales*, un alfa de Cronbach global de .88, siendo buena y 45% de la varianza acumulada.

d) *Escala de creencias conductuales hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular* (Apéndice L). Conformada por 10 reactivos (construidos ad hoc a partir de la revisión de literatura de Espí-Guerola (2004) y el análisis de contenido de dos grupos focales con personas con diagnóstico de cardiopatía isquémica). Los primeros siete reactivos evalúan el factor de bienestar físico cardiovascular y los tres reactivos restantes evalúan el factor de bienestar disposicional (e.g., *Realizando caminata como actividad física cardiovascular todos los días durante al menos 30 minutos continuos durante el día, tal como lo indico mi médico “cuidaré” mi salud*). Se responde en una escala tipo likert de 7 puntos, donde 1= “*Totalmente improbable*”, 2= “*Improbable*”, 3= “*Poco improbable*”, 4= “*Ni improbable ni probable*”, 5= “*Poco probable*”, 6= “*Probable*” y 7= “*Totalmente probable*”. Cuanto más cercano a 7, mayor es la posibilidad de que se presente la creencia conductual descrita. La escala cuenta con un alfa de Cronbach de .86 para el factor de *bienestar físico cardiovascular*, un alfa de Cronbach de .88 para el factor de *bienestar disposicional*, un alfa de Cronbach global de .87, siendo buena y 60% de la varianza acumulada.

e) *Escala de creencias normativas hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular* (Apéndice M). Conformada por 4 reactivos (construidos ad hoc a partir de la revisión de literatura de Espí-Guerola (2004) y el análisis de contenido de dos grupos focales con personas con diagnóstico de cardiopatía isquémica). El

concepto conductual que se evalúa son las creencias normativas hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular (e.g., *Mis amigas/os piensan que debería realizar caminata como actividad física cardiovascular todos los días durante al menos 30 minutos continuos durante el día*). Se responde en una escala tipo likert de 7 puntos, donde 1= “Yo no debería”, 2= “Yo ocasionalmente no debería”, 3= “Yo usualmente no debería”, 4= “No estoy segura/o si yo debiera”, 5= “Ocasionalmente yo debería”, 6= “Usualmente yo debería” y 7= “Yo debería”. Cuanto más cercano a 7, mayor es la posibilidad de que se presente la creencia normativa descrita. La escala cuenta con un alfa de Cronbach global de .87, siendo buena y 53% de la varianza acumulada.

- f) *Escala de creencias de control sobre la adherencia al ejercicio físico cardiovascular* (Apéndice N). Conformada por 4 reactivos (construidos ad hoc a partir de la revisión de literatura de Espí-Guerola (2004) y el análisis de contenido de dos grupos focales con personas con diagnóstico de cardiopatía isquémica). El concepto conductual que se evalúa es el de autodeterminación física (e.g., *¿Qué pasa si tu horario de trabajo entra en conflicto con tu práctica de ejercicio la siguiente semana?*). Se responde en una escala tipo likert de 7 puntos, donde 1= “Será mucho más difícil”, 2= “Será más difícil”, 3= “Será difícil”, 4= “Ni fácil ni difícil”, 5= “Será fácil”, 6= “Será más fácil” y 7= “Será mucho más fácil”. Cuanto más cercano a 7, mayor autodeterminación física hay. La escala cuenta con un alfa de Cronbach global de .88, siendo buena y 45% de la varianza acumulada.

Procedimiento

1. Se contactó a las personas que tenían diagnóstico de CI y que residían en CDMX o zona Metropolitana a través de diversas redes sociales: Facebook, Twitter, WhatsApp, Instagram y LinkedIn.
2. La aplicación de los instrumentos fue mediante la plataforma en línea de Google Forms y se les aseguró la confidencialidad y anonimato de sus datos, empleándose el consentimiento informado para la participación de estos.

3. Se les invitó a participar en la investigación con la siguiente consigna:

- “Hola, ¿qué tal? quiero invitarte a participar en una investigación que estoy realizando por parte de la UNAM acerca de lo que piensas respecto a la alimentación cardiosaludable y el ejercicio físico. Solo se necesita tener diagnóstico de Cardiopatía isquémica y ser mayor de 18 años residente de la CDMX o Zona Metropolitana. Si estas interesado y cumples los requisitos te invito a que respondas el siguiente cuestionario. Toda la información que nos brindes será anónima y confidencial. Te agradecería mucho tu apoyo ya que tu participación es muy importante”.

4. Se les envió el enlace del cuestionario.

5. Se consideraron los artículos del código ético del psicólogo: Art. 8, 9, 12, 15, 16, 17, 18 y 49 para investigación en sujetos humanos (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007).

Análisis de datos

Siguiendo los lineamientos que permiten realizar un adecuado manejo de los datos para la creación de instrumentos, se llevaron a cabo los siguientes procedimientos de acuerdo con Nunnally y Bernstein (1995) y, Reyes y García y Barragán (2008):

Análisis de reactivos

- Revisión y adaptación de reactivos (lenguaje, ortografía, redacción).
- Análisis de frecuencia incluyendo sesgo para observar las tendencias de respuesta cargadas hacia una de las opciones y la selección de reactivos a partir de la elección de conductas típicas o normales.
- Discriminación de reactivos para grupos extremos utilizando la prueba t de Student.

Confiabilidad

- Análisis de confiabilidad alfa de Cronbach para obtener la consistencia interna de los factores de la escala total.

Validez

- Pruebas de adecuación muestral: Prueba de esfericidad de Bartlett y la prueba de adecuación de Kaiser-Meyer Olkin (KMO).
- Análisis factorial exploratorio (AFE) haciendo uso del estimador de mínimos cuadrados no ponderados (ULS) con rotación oblimin.

Resultados

Escala de creencias conductuales hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable

Siguiendo las recomendaciones de Lloret-Segura et al. (2014) para la escala de creencias conductuales hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable se realizó un análisis factorial haciendo uso del estimador de mínimos cuadrados no ponderados (ULS) con rotación oblimin. Se mantuvieron aquellos reactivos que tenían comunalidades mayores 0.30 y pesos factoriales mayores o iguales a 0.40, con autovalores mayores a 1, criterio que agrupo 4 reactivos en un factor que explica el 56% de la varianza acumulada con un alfa de Cronbach global de .86, siendo buena (Tabla 2).

Tabla 2

Factores y reactivos que componen la escala de creencias conductuales hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable (peso factorial y comunalidad)

| Factor | Reactivo | Peso factorial | Comunalidad |
|--|---|-----------------------|--------------------|
| Creencias conductuales hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable | Aumentando el consumo de frutas, verduras, cereales y carnes blancas (pollo y pescado), tal como lo indico mi médico. | | |
| | 1. AUMENTARE mi calidad de vida | .912 | .832 |
| | 2. MEJORARÉ mi estado de salud | .897 | .805 |
| | 3. CREARÉ un hábito saludable | .612 | .374 |
| | 4. DISMINUIRÉ mis niveles de estrés y/o ansiedad | .486 | .336 |

En la Tabla 3 se presenta la definición conceptual y la consistencia interna con base en el AFE.

Tabla 3

Definiciones, número de reactivos y confiabilidad de la escala de creencias conductuales hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable

| Factor | Definición | Número de reactivos | α de Cronbach |
|---|---|----------------------------|--|
| Creencia conductual de adherencia a la alimentación cardiosaludable | Creencias que el sujeto tiene acerca de las consecuencias que el aumento del consumo de frutas, verduras, cereales y carnes blancas (pollo y pescado), pueda generar. | 4 | .86 |

Escala de creencias normativas hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable

Siguiendo las recomendaciones de Lloret-Segura et al. (2014) para la escala de creencias normativas hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable se realizó un análisis factorial haciendo uso del estimador de mínimos cuadrados no ponderados (ULS) con

rotación oblimin. Se mantuvieron aquellos reactivos que tenían comunalidades mayores 0.30 y pesos factoriales mayores o iguales a 0.40, con autovalores mayores a 1, criterio que agrupo 5 reactivos en un factor que explica el 47% de la varianza acumulada con un alfa de Cronbach global de .80, siendo buena (Tabla 4).

Tabla 4

Factores y reactivos que componen la escala de creencias normativas hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable (peso factorial y comunalidad)

| Factor | Reactivo | Peso factorial | Comunalidad |
|--|---|----------------|-------------|
| Creencias normativas hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable | 1. MI FAMILIA (padres, hermanos/as) piensan que debería disminuir el consumo de panes, tortillas, refresco, cerveza y alimentos grasosos de origen animal (carne roja, manteca, mantequilla, leche, crema, helado y quesos) y aumentar el consumo de frutas, verduras, cereales y carnes blancas (pollo y pescado) | .602 | .316 |
| | 2. MIS AMIGOS/AS piensan que debería disminuir el consumo de panes, tortillas, refresco, cerveza y alimentos grasosos de origen animal (carne roja, manteca, mantequilla, leche, crema, helado y quesos) y aumentar el consumo de frutas, verduras, cereales y carnes blancas (pollo y pescado) | .647 | .552 |
| | 3. En términos generales en qué medida quieres hacer lo que TUS AMIGOS/AS creen que tu deberías hacer | .577 | .493 |
| | 4. MI PAREJA (novia/o, compañera/o, esposa/o) piensa que debería disminuir el consumo de panes, tortillas, refresco, cerveza y alimentos grasosos de origen animal (carne roja, manteca, mantequilla, leche, crema, helado y quesos) y aumentar el consumo de frutas, verduras, cereales y carnes blancas (pollo y pescado) | .818 | .717 |
| | 5. En términos generales en qué medida quieres hacer lo que TU PAREJA (novia/o, compañera/o, esposa/o) cree que tu deberías hacer | .783 | .709 |

En la Tabla 5 se presenta la definición conceptual y la consistencia interna con base en el AFE.

Tabla 5

Definiciones, número de reactivos y confiabilidad de la escala de creencias normativas hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable

| Factor | Definición | Número de reactivos | α de Cronbach |
|--|---|----------------------------|--|
| Creencias normativas hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable | Aprobación o desaprobación percibida de la posición de individuos o grupos de referencia importantes para la adherencia a la Alimentación Cardiosaludable | 5 | .80 |

Escala de creencias de control hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable

Siguiendo las recomendaciones de Lloret-Segura et al. (2014) para la escala de creencias de control hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable se realizó un análisis factorial haciendo uso del estimador de mínimos cuadrados robustos con rotación oblimin. Se mantuvieron aquellos reactivos que tenían comunalidades mayores 0.30 y pesos factoriales mayores o iguales a 0.40, con autovalores mayores a 1, criterio que agrupo 10 reactivos en dos factores que explican el 45% de la varianza acumulada con un alfa de Cronbach global de .88, siendo buena (Tabla 6). Los factores conformados son:

1. Autodeterminación situacional-alimenticia (5 reactivos) $\alpha=.88$
2. Barreras situacionales (5 reactivos) $\alpha=.85$

Tabla 6

Factores y reactivos que componen la escala de creencias de control hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable (peso factorial y comunalidad)

| Factor | Reactivo | Peso Factorial | Comunalidad |
|---|---|-----------------------|--------------------|
| | 1. ¿Qué pasa si el siguiente fin de semana sales con tu familia a comer fuera de casa (panes, tortillas, refresco, cerveza y alimentos grasosos de origen animal (carnes rojas, manteca, mantequilla, leche, crema, helado y quesos)? | 0.682 | 0.465 |
| 1. Auto-determinación situacional-alimenticia | 2. ¿Qué pasa si te aburres comiendo la comida sana (verduras, cereales y carnes blancas (pollo y pescado)) que te indico tu médico? | 0.614 | 0.580 |
| | 3. ¿Qué pasa si la siguiente semana tu familia prepara antojitos mexicanos (mole con pollo, quesadillas fritas, pozole, tamales) en tu casa? | 0.777 | 0.616 |
| | 4. ¿Qué pasa si la siguiente semana tienes una reunión laboral? | 0.629 | 0.397 |
| | 5. ¿Qué pasa si la siguiente semana tienes una reunión con amigos o fiesta familiar? | 0.801 | 0.643 |
| | 6. El siguiente fin de semana saldré con mi familia a comer fuera de casa (panes, tortillas, refresco, cerveza y alimentos grasosos de origen animal (carnes rojas, manteca, mantequilla, leche, crema, helado y quesos) | -0.513 | 0.381 |
| 2. Barreras situacionales | 7. La siguiente semana mi familia preparará prepara antojitos mexicanos (mole con pollo, quesadillas fritas, pozole, tamales) en tu casa | -0.697 | 0.498 |
| | 8. La siguiente semana tendré una reunión laboral en un Restaurante o Fonda con mis compañeros de trabajo | -0.627 | 0.398 |
| | 9. La siguiente semana tendré poco dinero para gastar | -0.346 | 0.328 |
| | 10. La siguiente semana tendré una reunión con amigos o fiesta familiar | -0.770 | 0.689 |

En la Tabla 7 se presenta la definición conceptual y la consistencia interna de los factores encontrados en el AFE.

Tabla 7

Definiciones, número de reactivos y confiabilidad de la escala de creencias de control hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable

| Factor | Definición | Número de reactivos | α de Cronbach |
|---|--|----------------------------|--|
| Autodeterminación situacional-alimenticia | La percepción de capacidad del sujeto para tomar decisiones sobre las situaciones que podrían facilitar o dificultar la adherencia a la alimentación cardiosaludable sin el control de personas o fuerzas externas | 5 | .88 |
| Barreras situacionales | Creencias del sujeto sobre la presencia de factores que pueden impedir la adherencia a la alimentación cardiosaludable | 5 | .85 |

Escala de creencias conductuales hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular

Siguiendo las recomendaciones de Lloret-Segura et al. (2014) para la escala de Creencias conductuales hacia la adherencia al ejercicio físico se realizó un análisis factorial haciendo uso del estimador de mínimos cuadrados no ponderados con rotación oblimin. Se mantuvieron aquellos reactivos que tenían comunalidades mayores 0.30 y pesos factoriales mayores o iguales a 0.40, con autovalores mayores a 1, criterio que agrupo 10 reactivos en dos factores que explican el 60% de la varianza acumulada con un Alfa de Cronbach global de .87, siendo buena (Tabla 8). Los factores conformados son:

1. Bienestar físico cardiovascular (7 reactivos) $\alpha=.86$
2. Bienestar disposicional (3 reactivos) $\alpha=.88$

Tabla 8

Factores y reactivos que componen la escala de creencias conductuales hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular (peso factorial y comunalidad)

| Factor | Reactivo | Peso factorial | Comunalidad |
|------------------------------------|---|-----------------------|--------------------|
| | Realizando caminata como actividad cardiovascular todos los días durante al menos 30 minutos continuos durante el día, tal como lo indico mi médico | | |
| | 1. CUIDARÉ mi salud | .936 | .749 |
| | 2. MEJORARÉ mi condición física | .894 | .722 |
| | 3. BAJARE de peso | .698 | .476 |
| 1. Bienestar físico cardiovascular | 4. OBTENDRÉ bienestar físico | .669 | .515 |
| | 5. CREARÉ un hábito saludable | .637 | .465 |
| | 6. ALCANZARÉ los objetivos establecidos por mi médico | .575 | .451 |
| | 7. MEJORARÉ mi rendimiento físico en otras actividades (deportes, caminatas y carreras) | .484 | .514 |
| | 8. EVITARÉ dolores en mi cuerpo (Pecho, cabeza, hombros y espalda) | .989 | .903 |
| Bienestar disposicional | 9. PREVENDRÉ lesiones | .810 | .673 |
| | 10. LIBERARÉ tensión– estrés | .458 | .359 |

En la Tabla 9 se presenta la definición conceptual y la consistencia interna de los factores encontrados en el AFE.

Tabla 9

Definiciones, número de reactivos y confiabilidad de la escala de creencias conductuales hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular

| Factor | Definición | Número de reactivos | α de Cronbach |
|---------------------------------|--|----------------------------|--|
| Bienestar físico cardiovascular | Creencias de bienestar que el sujeto tiene acerca de las consecuencias que tendrá la realización de ejercicio físico cardiovascular. | 7 | .86 |
| Bienestar disposicional | Creencias de la adherencia al ejercicio físico cardiovascular que disponen situaciones de bienestar físico | 3 | .88 |

Escala de creencias normativas hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular

Siguiendo las recomendaciones de Lloret-Segura et al. (2014) para la escala de creencias normativas hacia la adherencia al ejercicio físico se realizó un análisis factorial haciendo uso del estimador de ejes principales con rotación oblimin. Se mantuvieron aquellos reactivos que tenían comunalidades mayores 0.30 y pesos factoriales mayores o iguales a 0.40, con autovalores mayores a 1, criterio que agrupo 4 reactivos en un factor que explica el 53% de la varianza acumulada con un Alfa de Cronbach global de .87, siendo buena (Tabla 10).

Tabla 10

Factores y reactivos que componen la escala de creencias normativas hacia la adherencia al ejercicio físico (peso factorial y comunalidad)

| Factor | Reactivo | Peso factorial | Comunalidad |
|---|--|-----------------------|--------------------|
| Creencias normativas hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular | 1. MI FAMILIA (padres, hermanos/as) piensan que debería realizar caminata como actividad cardiovascular todos los días durante al menos 30 minutos continuos durante el día | .614 | .844 |
| | 2. MIS AMIGOS/AS piensan que debería realizar caminata como actividad cardiovascular todos los días durante al menos 30 minutos continuos durante el día | .713 | .491 |
| | 3. MI PAREJA (novia/o, compañera/o, esposa/o) piensa que debería realizar caminata como actividad cardiovascular todos los días durante al menos 30 minutos continuos durante el día | .569 | .676 |
| | 4. MIS COMPAÑEROS/AS de trabajo piensan que debería realizar caminata como actividad cardiovascular todos los días durante al menos 30 minutos continuos durante el día | .730 | .467 |

En la Tabla 11 se presenta la definición conceptual y la consistencia interna con base en el AFE.

Tabla 11

Definiciones, número de reactivos y confiabilidad de la escala de creencias normativas hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular

| Factor | Definición | Número de reactivos | α de Cronbach |
|---|--|----------------------------|--|
| Creencias normativas hacia la adherencia al Ejercicio Físico Cardiovascular | Aprobación o desaprobación percibida de la posición de individuos o grupos de referencia importantes para la adherencia al ejercicio físico cardiovascular | 4 | .87 |

Escala de creencias de control hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular

Siguiendo las recomendaciones de Lloret-Segura et al. (2014) para la escala de creencias de control hacia la adherencia al ejercicio físico se realizó un análisis factorial haciendo uso del estimador de mínimos cuadrados robustos con rotación oblimin. Se mantuvieron aquellos reactivos que tenían comunalidades mayores 0.30 y pesos factoriales mayores o iguales a 0.40, con autovalores mayores a 1, criterio que agrupo 4 reactivos en un factor que explica el 45% de la varianza acumulada con un Alfa de Cronbach global de .88, siendo buena (Tabla 12).

Tabla 12

Factores y reactivos que componen la escala de creencias de control hacia el ejercicio físico cardiovascular (peso factorial y comunalidad)

| Factor | Reactivo | Peso factorial | Comunalidad |
|----------------------|--|----------------|-------------|
| 1. Autodeterminación | 1. ¿Qué pasa si tu horario de trabajo entra en conflicto con tu práctica de ejercicio la siguiente semana? | .514 | .735 |
| | 2. ¿Qué pasa si inviertes mucho tiempo en atender a tu familia la siguiente semana? | .472 | .777 |
| | 3. ¿Qué pasa si estas cansado/a la siguiente semana? | .745 | .445 |
| | 4. ¿Qué pasa si te aburres realizando caminata la siguiente semana? | .755 | .430 |

En la Tabla 13 se presenta la definición conceptual y la consistencia interna con base en el AFE.

Tabla 13

Definiciones, número de reactivos y confiabilidad de la escala de creencias de control hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular

| Factor | Definición | Número de reactivos | α de Cronbach |
|--------------------------|--|---------------------|----------------------|
| Autodeterminación física | La percepción de capacidad del sujeto para tomar decisiones sobre las situaciones que podrían facilitar o dificultar la adherencia al ejercicio físico cardiovascular sin el control de personas o fuerzas externas. | 4 | .88 |

Discusión

Mediante esta investigación a partir de la exploración cualitativa previa se buscó contribuir al entendimiento de las creencias en la adherencia a la alimentación cardiosaludable y el ejercicio físico cardiovascular en personas con diagnóstico de cardiopatía isquémica. Para cumplir con este propósito, se desarrollaron escalas que miden las creencias conductuales, normativas y de control con base en la teoría del modelo de conducta planeada de Fisbhein y Ajzen (1967) con respecto a dichas conductas.

Este estudio aporta seis escalas multifactoriales de las creencias hacia la adherencia a las medidas de prevención primaria en cardiopatía isquémica, las cuales integran elementos teóricamente relevantes en la descripción del fenómeno de la enfermedad con base en lo propuesto teóricamente por Espí-Guerola (2004) y, Fisbhein y Ajzen (1967).

La escala de creencias conductuales hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable describe las opiniones centrales que los sujetos con diagnóstico de cardiopatía isquémica tienen acerca de las consecuencias que el aumento del consumo de frutas, verduras, cereales y carnes blancas (pollo y pescado), puede generar a su estado de salud.

La escala de creencias normativas hacia la adherencia a la Alimentación Cardiosaludable describe la aprobación o desaprobación percibida de la posición de individuos o grupos de referencia importantes para la adherencia a la alimentación cardiosaludable.

La escala de creencias de control se subdivide en el factor de autodeterminación situacional-alimenticia que describe la percepción de capacidad del sujeto para tomar decisiones sobre las situaciones que podrían facilitar o dificultar la adherencia a la alimentación cardiosaludable sin el control de personas o fuerzas externas y el factor de barreras situacionales que describe las creencias del sujeto sobre la presencia de factores que pueden impedir la adherencia a la alimentación cardiosaludable, guardando concordancia con lo reportado por Gómez-Acosta (2018).

El constructo de adherencia a la alimentación cardiosaludable ha sido ampliamente estudiado por Allué (2016) y Padial-Ruz (2018), vinculando los estados de ánimo y quejas somáticas en el personal sanitario y en los hábitos de vida, tal como lo marca Arriscado et al. (2014) en estudios de alimentación, sin embargo a través del estudio que se desarrollo con la validación de dichas escalas de creencias se pudo explorar las opiniones centrales que caracterizan a los pacientes con una enfermedad cardiovascular de alto impacto, considerando los aspectos culturales del modelo propuesto por Fisbhein y Ajzen (1967).

La escala de creencias conductuales hacia el ejercicio físico cardiovascular se subdivide en el factor de bienestar físico cardiovascular que describe las creencias de bienestar que el sujeto tiene acerca de las consecuencias que tendrá la realización de ejercicio físico cardiovascular y el factor de bienestar disposicional que describe las creencias de la adherencia al ejercicio físico cardiovascular que disponen situaciones de bienestar físico.

La escala de creencias normativas hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular describe la aprobación o desaprobación percibida de la posición de individuos o grupos de referencia importantes para la adherencia al ejercicio físico cardiovascular.

La escala de creencias de control hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular se conforma por el factor de autodeterminación física que describe la percepción de capacidad del sujeto para tomar decisiones sobre las situaciones que podrían facilitar o dificultar la adherencia al ejercicio físico cardiovascular sin el control de personas o fuerzas externas, Fisbhein y Ajzen (1967).

De esta manera las escalas de creencias conductuales, normativas y de control miden de manera válida, confiable y con propiedades psicométricas robustas. La medición de estos constructos, representa un avance sensible en la investigación de este fenómeno en México, pues el análisis de sus factores permitirá un conocimiento más específico y profundo del mismo en nuestra población.

Fase 3. Exploración del concepto de actitudes conductuales sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular.

Justificación

Para tener una comprensión amplia acerca del fenómeno es importante analizar el conjunto de actitudes que tiene una muestra con características específicas en particular, para así poder reconocer patrones actitudinales respecto a la conducta en cuestión (Cheng et al., 2019). Por ello es pertinente utilizar definiciones culturalmente congruentes y emplear instrumentos elaborados y validados en población mexicana con base en aspectos teóricos de una cultura en particular que permitan conocer las actitudes respecto a enfermedades crónicas degenerativas, tales como las de tipo cardiovascular (Figueroa et al., 2017).

Es importante explorar el constructo de actitudes conductuales que tienen los individuos con CI para desarrollar una escala que permita relacionar el constructo con variables de adherencia a alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular y posterior a ello establecer un modelo predictivo en adherencia con base en las actitudes.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las actitudes conductuales sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular que tienen los adultos con CI?

Objetivo general

- Conocer las actitudes conductuales sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular que tienen los adultos con CI.

Objetivos específicos

1. Identificar las actitudes conductuales sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular de adultos con CI.
2. Identificar el significado que los adultos tienen de las actitudes conductuales sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular.

3. Identificar las categorías que componen la definición de las actitudes conductuales sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular.

Definición conceptual de la variable (V.D)

- *La actitud hacia la conducta:* sentimientos afectivos del individuo positivos o negativos respecto a la ejecución de una conducta preventiva y las percepciones de apoyo social que se tengan de dicha conducta, dependiendo de la percepción de las consecuencias, es decir, creencias que tienen las personas de que ciertas conductas producen determinados resultados y las evaluaciones de estos resultados (Ajzen & Fishbein, 1970).

Definición operacional de la variable

- Definidoras dadas por los participantes en los grupos focales, creadas a partir de las respuestas dadas por los participantes en las preguntas de discusión.

Muestra

Participaron dos grupos focales de 4 pacientes cada uno, con diagnóstico de CI, de un hospital público del tercer nivel de atención, del Sur de la CDMX. La edad promedio de estos participantes fue de 55.75 (DE= 14.96), de los cuales el 80% fueron hombres y el 20% mujeres, así mismo el 100% eran casados, el 20% se desempeñaban en actividades del hogar, el 20% eran jubilados, el 40% trabajan en una institución pública y el 20% eran comerciantes.

Criterios de selección

- a) *Inclusión:* hombres y mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de CI que residan en la Ciudad de México o Zona Metropolitana y decidan participar voluntariamente
- b) *Exclusión:* hombres y mujeres con trastornos neurológicos o psiquiátricos, discapacidad intelectual (reportados en la historia clínica) o que no sepan leer y escribir.
- c) *Eliminación:* hombres y mujeres que no firmen la carta de consentimiento informado para participar en la actividad de grupos focales y ser grabados.

Medidas

Se utilizó la técnica de grupo focal con moderador y observador (se conformaron dos grupos focales de 4 pacientes con CI cada grupo, de un hospital de tercer nivel, con una duración de hora y media).

- Se les aplicó un consentimiento informado por parte del hospital para su respectiva participación y grabación de la sesión en línea mediante Zoom, asegurándoles la confidencialidad y anonimato de sus datos
- El guion de discusión de preguntas abiertas se desarrolló con base en la revisión de literatura de autores como Espí-Guerola (2004), Rodríguez et al. (2007) y los postulados del Modelo de Conducta Planeada de Ajzen y Fishbein (1980).
- Las preguntas de discusión para la exploración del concepto de *actitudes conductuales sobre alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular* son las siguientes:
 1. ¿Qué ventajas y desventajas percibe de alimentarse sanamente?
 2. ¿Qué ventajas y desventajas percibe de hacer ejercicio físico de forma frecuente?

Procedimiento

- Se hicieron invitaciones vía telefónica a ocho pacientes con diagnóstico de CI de un hospital de salud pública de tercer nivel, para participar en la actividad de grupos focales y explorar las creencias (conductuales, normativas y de control), actitudes, normas subjetivas, control conductual e intención conductual respecto a la alimentación cardiosaludable y el ejercicio físico. Las sesiones de los grupos focales se llevaron a cabo en la modalidad en “línea” debido a las condiciones sanitarias de la pandemia del COVID 19
- Se conformaron dos grupos focales en total para evaluar los constructos del Modelo de Conducta Planeada de Ajzen & Fishbein (1980), con cuatro integrantes cada grupo y una duración de dos horas para cada sesión de grupo focal.

- Se les dio a firmar el consentimiento informado por parte del hospital del cual se encuentran adscritos para poder participar en la sesión en la cual fueron grabados, asegurándoles la confidencialidad y el anonimato de sus datos, considerando los artículos del código ético del psicólogo: Art. 8, 9, 12, 15, 16, 17, 18 y 49 para investigación en sujetos humanos (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007).
- Un día antes de cada sesión se les hicieron recordatorios vía telefónica para asegurar su asistencia a la sesión de grupo focal.
- En la sesión de grupo focal se utilizó la técnica de moderador con observador y se llevó a cabo el siguiente procedimiento:
 - a) Se les dio la bienvenida e introducción respecto a los objetivos a seguir durante la actividad de grupo focal y nuevamente se les preguntó respecto al deseo o no de participar libremente en la actividad, dando a su vez instrucciones de cómo utilizar la aplicación de Zoom para poder participar en relación a la activación de la cámara y el micrófono (duración 5 minutos).
 - b) Posteriormente el observador realizó anotaciones respecto a las ideas principales de cada participante y el moderador les explicó de forma general a los participantes qué es la alimentación saludable y el ejercicio físico como medidas de prevención primaria, con la finalidad de contextualizarlos al tema que se abordará a partir las creencias (conductuales, normativas y de control), actitudes conductuales, normas subjetivas, control conductual e intención conductual respecto a la alimentación cardiosaludable y el ejercicio físico cardiovascular (duración 5 minutos)
 - c) Enseguida el moderador comenzó con las preguntas de discusión del área de “creencias”, en donde se exploró respecto a las creencias (conductuales, normativas y de control) de la alimentación saludable y ejercicio físico cardiovascular (duración 20 minutos)
 - d) La segunda área de discusión fue la de “actitudes” respecto a la alimentación saludable y ejercicio físico cardiovascular (duración 20 minutos)
 - e) La tercera área de discusión fue la de “normas subjetivas” respecto a la alimentación saludable y ejercicio físico cardiovascular (duración 20 minutos)

- f) La cuarta área de discusión fue la de “control conductual” respecto a la alimentación saludable y ejercicio físico cardiovascular (duración 20 minutos)
 - g) La quinta área de discusión fue la de “intención conductual” respecto a la alimentación saludable y ejercicio físico cardiovascular (duración 20 minutos)
 - h) Por último, se realizó una breve conclusión respecto a las respuestas de los participantes para ir cerrando la discusión grupal y se les agradeció su participación y tiempo dedicado e invertido en la sesión.
- Se consideró la carta descriptiva para tener un procedimiento estandarizado en las instrucciones a seguir para el desarrollo de los grupos focales (Apéndice C).

Análisis de datos

- Análisis de contenido basado en la transcripción de las notas y las cintas de audio (Andréu, 1998)
- Se hizo una transcripción del contenido de las grabaciones en conjunto con las notas tomadas en la sesión por el observador, posterior a ello se siguieron los siguientes pasos:
 1. Determinar el objeto o tema de análisis.
 2. Determinar las reglas de codificación.
 3. Determinar el sistema de categorías.
 4. Establecer Inferencias.
 5. Comprobar la fiabilidad del sistema de codificación-categorización mediante jueces expertos y posteriormente a través del análisis de V de Aiken (Aiken, 1985) para cuantificar la relevancia de los ítems respecto a un dominio de contenido a partir de sus valoraciones.

Resultados

- Para la categoría de actitudes hacia la alimentación cardiosaludable de forma sobresaliente se encontró lo siguiente:

El 100% de hombres y mujeres reportó sentir miedo a “no comer saludable y enfermar sus arterias”, así mismo el 66% de hombres y 50% de mujeres reportó “sentir desinterés en su alimentación saludable ya que no presentaban ningún síntoma de riesgo y alerta de infarto”, así mismo el 83% de hombres dijo sentir “aburrimiento por la comida sana con relación a su falta de sabor y variedad”, el 100% de hombres reportó enojo y frustración de no poder comer comida rica del tipo chatarra. En el caso de las mujeres se observó que el 100% manifestaba “estrés, ansiedad y cansancio por tener que preparar a diario comidas dobles (la sana para ellas y la típica para los demás miembros de la familia) y por no tener apoyo para comer sanamente”. Las palabras que más se repiten son: enojo, estrés, cansancio, ansiedad, frustración, culpa, asco, aburrimiento, desinterés, descuido, muerte, terror y miedo.

- Para la categoría de actitudes hacia el ejercicio físico, de forma sobresaliente se encontró lo siguiente:

El 100% de mujeres reportó sentir motivación por “querer fortalecer su corazón a través del ejercicio físico”, así mismo el 50% de ellas manifestó sentir pesadez por “terminar cansadas de realizar los quehaceres de la casa y no tener fuerza y motivación suficiente para hacer su ejercicio del día”, el 83% de los hombres reportó sentir pesadez por “llegar cansados del trabajo y no poder tener fuerza para ejercitarse físicamente”, así mismo el 66% de hombres manifestaron sentir indiferencia por “no estar tan gordos, lo cual hace que no sea necesario hacer ejercicio físico”. Las palabras que más se repitieron son: desagradable, aburrido, frustrante, complicado, inútil, innecesario, asqueroso, barato, eficaz, útil.

Conclusión

Los hallazgos de esta investigación en términos de las categorías, sus conceptualizaciones e indicadores, resultan útiles para desarrollar una escala que mida las actitudes conductuales hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable y la adherencia al ejercicio físico cardiovascular, de manera culturalmente relevante.

Fase 4. Creación de instrumento para medir actitudes conductuales sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las propiedades psicométricas de la escala de actitudes conductuales de adherencia a la alimentación cardiosaludable?

¿Cuáles son las propiedades psicométricas de la escala de actitudes conductuales de adherencia al ejercicio físico cardiovascular?

Objetivo general

- Elaborar y analizar psicométricamente las escalas que evalúen las actitudes conductuales de adherencia a la alimentación cardiosaludable y el ejercicio físico cardiovascular.

Objetivos específicos

- Obtener la confiabilidad mediante consistencia interna de las escalas de actitudes conductuales de adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular de adultos con CI creada a partir de los resultados de la fase 3.
- Obtener la validez de constructo de la escala de actitudes conductuales de adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular de adultos con CI creada a partir de los resultados de la fase 3.
- Obtener la estructura factorial de la escala de actitudes conductuales de adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular de adultos con CI creada a partir de los resultados de la fase 3.

Definición conceptual de la variable (V.D)

- La actitud hacia la conducta: sentimientos afectivos del individuo positivos o negativos respecto a la ejecución de una conducta preventiva y las percepciones de apoyo social que se tengan de dicha conducta, dependiendo de la percepción de las

consecuencias, es decir, creencias que tienen las personas de que ciertas conductas producen determinados resultados y las evaluaciones de estos resultados (Ajzen & Fishbein, 1970).

Definición operacional de la variable

- Puntaje obtenido por los participantes en cada uno de los reactivos que componen la escala de actitudes conductuales sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y el ejercicio físico cardiovascular

Muestra

Los pacientes se contactaron en un Hospital de Salud Pública del tercer nivel de atención de la Ciudad de México. La muestra fue no probabilística por sujetos tipo con base en Shaughnessy (2007) y Nunnally (1991), la cual estuvo compuesta por 125 pacientes con diagnóstico de CI con base en los criterios de la Asociación Cardiológica de New York (NYHA por sus siglas en inglés) (McMurray et al., 2012). Los participantes se encontraban entre los 32 y 82 años ($M= 56$ años, $DE= 9.6$), de los cuales 44% fueron mujeres y 56% hombres. Con respecto a su estado civil 31.2% fueron solteros, 53.6% casados, 7.2% en unión libre, 4% viudos y 4% separados. En relación con su ocupación el 13% fueron amas de casa, 15% se dedicaban al comercio, 27% eran jubilados y el 45% profesionistas que laboraban en alguna Institución pública o privada y en cuanto a su religión el 75% eran creyentes o practican alguna religión y el 25% ateos.

Criterios de selección

- a) *Inclusión:* hombres y mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de CI que residan en la Ciudad de México o Zona Metropolitana y decidan participar voluntariamente.
- b) *Exclusión:* hombres y mujeres con trastornos neurológicos o psiquiátricos, discapacidad intelectual o que no sepan leer y escribir.
- c) *Eliminación:* hombres y mujeres que no completen de forma satisfactoria el 80% del llenado del cuestionario.

Tipo de estudio y diseño

Exploratorio, no experimental de tipo transversal con un solo grupo (Kerlinger et al., 2002)

Instrumento

Escala de actitudes que se desarrolló con base en la teoría de conducta planeada de Ajzen y Fishbein (1973) y a partir de las categorías e indicadores obtenidos en la fase 3 de esta investigación, con un formato de respuesta tipo Likert, que mide los sentimientos afectivos del individuo positivos o negativos respecto a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular, así como las percepciones de apoyo social que se tengan de dichas conductas

Los reactivos que se obtuvieron fueron evaluados por un grupo de expertos en el área.

- a) *Escala de actitudes conductuales hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable* (Apéndice G). Conformada por 19 adjetivos bipolares evaluativos (construidos en este estudio a partir de la revisión de literatura de Espí-Guerola (2004) y el análisis de contenido de dos grupos focales con personas con diagnóstico de cardiopatía isquémica). El concepto conductual que se evalúa en los primeros 11 adjetivos es la actitud hacia la disminución del consumo de alimentos no saludables, los 8 adjetivos bipolares posteriores evalúan la actitud a aumentar el consumo de alimentos saludables en personas con enfermedad cardiovascular (e.g., “*Desagradable-Agradable*” y “*Frustrante-Motivante*”). Se responde en una escala de diferencial semántico que va de 1 a 7. Cuanto más cercano es a 0, mayor connotación negativa tiene y cuanto más cercano a 7, mayor connotación positiva es la que describe el concepto conductual evaluado. La escala cuenta con un alfa de Cronbach de .88 para el factor de Actitudes hacia la disminución de alimentos no saludables y un alfa de Cronbach de .88 para el factor de actitudes hacia el aumento de alimentos cardiosaludables, así mismo un alfa de Cronbach global de .90, siendo buena y 50% de la varianza acumulada.

b) *Escala de actitudes conductuales hacia el ejercicio físico cardiovascular* (Apéndice Ñ). Conformada por 11 adjetivos bipolares evaluativos (construidos en este estudio a partir de la revisión de literatura de Espí-Guerola (2004) y el análisis de contenido de dos grupos focales con personas con diagnóstico de cardiopatía isquémica). El concepto conductual que se evalúa en los primeros cinco adjetivos es el interés percibido, los siguientes tres adjetivos bipolares evalúan la complejidad percibida y los tres reactivos restantes evalúan la necesidad percibida en personas con enfermedad cardiovascular (e.g., “Aburrido-Divertido” y “Difícil – Fácil”, “Perjudicial-Beneficioso”). Se responde en una escala de diferencial semántico que va de 1 a 7. Cuanto más cercano es a 0, mayor connotación negativa tiene y cuanto más cercano a 7, mayor connotación positiva es la que describe el concepto conductual evaluado. La escala cuenta con un alfa de Cronbach de .87 para el factor de interés percibido, un alfa de Cronbach de .88 para el factor de complejidad percibida y un alfa de Cronbach de .85 para el factor de necesidad percibida, así mismo un alfa de Cronbach global de .90, siendo buena y 68% de la varianza acumulada.

Procedimiento

1. Se contactó a las personas que tenían diagnóstico de CI y que residieran en CDMX o zona Metropolitana a través de diversas redes sociales: Facebook, Twitter, WhatsApp, Instagram y LinkedIn.
2. La aplicación de los instrumentos fue mediante la plataforma en línea de Google Forms y se les aseguró la confidencialidad y anonimato de sus datos, empleándose el consentimiento informado para la participación de estos.
3. Se les invitó a participar en la investigación con la siguiente consigna:
 - “Hola, ¿qué tal? Quiero invitarte a participar en una investigación que estoy realizando por parte de la UNAM acerca de lo que piensas respecto a la alimentación cardiosaludable y el ejercicio físico. Solo se necesita tener diagnóstico de Cardiopatía isquémica y ser mayor de 18 años residente de la CDMX o Zona Metropolitana. Si

estas interesado y cumples los requisitos te invito a que respondas el siguiente cuestionario. Toda la información que nos brindes será anónima y confidencial. Te agradecería mucho tu apoyo ya que tu participación es muy importante”.

4. Se les envió el enlace del cuestionario.

5. Se consideraron los artículos del código ético del psicólogo: Art. 8, 9, 12, 15, 16, 17, 18 y 49 para investigación en sujetos humanos (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007).

Análisis de datos

Siguiendo los lineamientos que permiten realizar un adecuado manejo de los datos para la creación de instrumentos, se llevaron a cabo los siguientes procedimientos de acuerdo con Nunnally y Bernstein (1995) y, Reyes y García y Barragán (2008):

Análisis de reactivos

- Revisión y adaptación de reactivos (lenguaje, ortografía, redacción).
- Análisis de frecuencia incluyendo sesgo para observar las tendencias de respuesta cargadas hacia una de las opciones y la selección de reactivos a partir de la elección de conductas típicas o normales.
- Discriminación de reactivos para grupos extremos utilizando la prueba t de Student.

Confiabilidad

- Análisis de confiabilidad alfa de Cronbach para obtener la consistencia interna de los factores de la escala total.

Validez

- Pruebas de adecuación muestral: Prueba de esfericidad de Bartlett y la prueba de adecuación de Kaiser-Meyer Olkin (KMO).
- Se realizó un análisis factorial haciendo uso del estimador de mínimos cuadrados no ponderados (ULS) con rotación oblimin.

Resultados

Escala de actitudes conductuales hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable

Siguiendo las recomendaciones de Lloret-Segura et al. (2014) para la escala de actitudes conductuales hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable se realizó un análisis factorial haciendo uso del estimador de mínimos cuadrados no ponderados (ULS) con rotación oblimin. Se mantuvieron aquellos reactivos que tenían comunalidades mayores 0.30 y pesos factoriales mayores o iguales a 0.40, con autovalores mayores a 1, criterio que agrupo 19 reactivos en dos factores que explican el 50% de la varianza acumulada con un Alfa de Cronbach global de .90, siendo buena (Tabla 14). Los factores conformados son:

1. Actitudes hacia la disminución de alimentos no saludables (11 reactivos) $\alpha=.88$
2. Actitudes hacia el aumento de alimentos cardiosaludables (8 reactivos) $\alpha=.88$

Tabla 14

Factores y reactivos que componen la escala de actitudes conductuales hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable (peso factorial y comunalidad)

| Factor | Reactivo | Peso factorial | Comunalidad |
|--|---|-----------------------|--------------------|
| | Para mi disminuir el consumo de panes, tortillas, refresco, cerveza y alimentos grasosos de origen animal (carnes rojas, manteca, mantequilla, leche, crema, helado y quesos) tal como lo indico mi médico, es: | | |
| 1. Actitudes hacia la disminución de los alimentos no saludables | 1. Frustrante-Motivante | .859 | .526 |
| | 2. Incomodo-cómodo | .832 | .513 |
| | 3. Aburrido-Divertido | .715 | .701 |
| | 4. Complicado-Sencillo | .710 | .614 |
| | 5. Desagradable-Agradable | .677 | .565 |
| | 6. Despreciable-Valioso | .650 | .416 |
| | 7. Indiferente-Interesante | .625 | .691 |
| | 8. Innecesario-Indispensable | .611 | .584 |
| | 9. Inservible-Eficaz | .549 | .681 |
| | 10. Inútil - útil | .449 | .743 |
| | 11. Perjudicial-Beneficioso | .427 | .590 |
| | Para mi aumentar el consumo de frutas, verduras, cereales y carnes blancas (pollo y pescado) tal como lo indico mi médico, es: | | |
| 2. Actitudes hacia el aumento de los alimentos cardiosaludables | 12. Inútil – Útil | -.950 | .436 |
| | 13. Perjudicial-Beneficioso | -.843 | .667 |
| | 14. Inservible-eficaz | -.823 | .671 |
| | 15. Innecesario-Indispensable | -.739 | .759 |
| | 16. Incomodo-Cómodo | -.634 | .644 |
| | 17. Asqueroso-Exquisito | -.578 | .750 |
| | 18. Aburrido-Interesante | -.529 | .721 |
| | 19. Tedioso-Placentero | -.433 | .659 |

En la Tabla 15 se presenta la definición conceptual y la consistencia interna de cada uno de los factores con base en el AFE.

Tabla 15

Definiciones, número de reactivos y confiabilidad de la escala de actitudes conductuales hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable

| Factor | Definición | Número de reactivos | α de Cronbach |
|---|--|----------------------------|--|
| Actitudes hacia la disminución de alimentos no saludables | Sentimientos afectivos del individuo positivos o negativos respecto de la disminución de alimentos no saludables y las percepciones de apoyo social de dicha conducta. | 11 | .88 |
| Actitudes hacia el aumento de alimentos cardiosaludables | Sentimientos afectivos del individuo positivos o negativos respecto del aumento de alimentos cardiosaludables y las percepciones de apoyo social de dicha conducta. | 8 | .88 |

Escala de actitudes conductuales hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular

Siguiendo las recomendaciones de Lloret-Segura et al. (2014) para la escala de actitudes conductuales hacia la adherencia al ejercicio físico se realizó un análisis factorial haciendo uso del estimador de mínimos cuadrados no ponderados con rotación oblimin. Se mantuvieron aquellos reactivos que tenían comunalidades mayores 0.30 y pesos factoriales mayores o iguales a 0.40, con autovalores mayores a 1, criterio que agrupo 11 reactivos en tres factores que explican el 68% de la varianza acumulada con un Alfa de Cronbach global de .90, siendo muy buena (Tabla 16). Los factores conformados son:

1. Interés percibido (5 reactivos) $\alpha=.87$
2. Complejidad percibida (3 reactivos) $\alpha=.88$
3. Necesidad percibida (3 reactivos) $\alpha=.85$

Tabla 16

Factores y reactivos que componen la escala de actitudes conductuales hacia la adherencia al ejercicio físico (peso factorial y comunalidad)

| Factor | Reactivo | Peso factorial | Comunalidad |
|--------------------------|--|-----------------------|--------------------|
| | Para mi realizar caminata como actividad cardiovascular todos los días durante al menos 30 minutos continuos, tal como lo indico mi médico es: | | |
| 1. Interés percibido | 1. Indiferente-Interesante | .833 | .646 |
| | 2. Aburrido-Divertido | .825 | .660 |
| | 3. Frustrante-Motivante | .639 | .717 |
| | 4. Desagradable-Agradable | .603 | .682 |
| | 5. Despreciable-Valioso | .490 | .521 |
| 2. Complejidad percibida | 6. Difícil - Fácil | -.952 | .885 |
| | 7. Pesado-Ligero | -.853 | .712 |
| | 8. Incomodo-Cómodo | -.650 | .633 |
| 3. Necesidad percibida | 9. Perjudicial-Beneficioso | .937 | .854 |
| | 10. Inservible-Eficaz | .883 | .908 |
| | 11. Innecesario-Indispensable | .576 | .340 |

En la Tabla 17 se presenta la definición conceptual y la consistencia interna de cada uno de los factores con base en el AFE.

Tabla 17

Definiciones, número de reactivos y confiabilidad de la escala de actitudes conductuales hacia la adherencia al ejercicio físico

| Factor | Definición | Número de reactivos | α de Cronbach |
|-----------------------|--|----------------------------|--|
| Interés percibido | Valor percibido hacia la actividad física cardiovascular | 5 | .87 |
| Complejidad percibida | Dificultad percibida hacia la realización de actividad física cardiovascular | 3 | .88 |
| Necesidad percibida | Percepción de aspectos esenciales para la realización de actividad física cardiovascular | 3 | .85 |

Discusión

A partir de la exploración cualitativa previa, en este estudio se desarrollaron y pusieron a prueba reactivos a partir de los factores que podrían considerarse en las actitudes hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable (e.g., actitudes hacia la disminución de alimentos no saludables y actitudes hacia el aumento de alimentos cardiosaludables) y la adherencia al ejercicio físico cardiovascular (e.g., interés percibido, complejidad percibida

y necesidad percibida) en pacientes con cardiopatía isquémica con base en lo propuesto teóricamente por Espí-Guerola (2004) y, Fishbein y Ajzen (1967).

Este estudio aporta dos escalas multifactoriales de las actitudes hacia la adherencia a las medidas de prevención primaria en cardiopatía isquémica, las cuales integran elementos teóricamente relevantes en la descripción del fenómeno de la enfermedad.

La escala de actitudes conductuales hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable describe el factor de actitudes hacia la disminución de alimentos no saludables, caracterizado por los sentimientos afectivos del individuo positivos o negativos respecto de la disminución de alimentos no saludables y las percepciones de apoyo social de dicha conducta, así mismo el segundo factor de actitudes hacia el aumento de alimentos cardiosaludables, describe los sentimientos afectivos del individuo positivos o negativos respecto del aumento de alimentos cardiosaludables y las percepciones de apoyo social de dicha conducta.

La escala de actitudes hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular describe el factor de Interés percibido caracterizado por el valor percibido hacia la actividad física cardiovascular, mientras que el factor de complejidad percibida caracteriza la dificultad percibida hacia la realización de actividad física cardiovascular y finalmente el factor de necesidad percibida describe la percepción de aspectos esenciales para la realización de actividad física cardiovascular.

Algunos estudios de Martínez-Gómez et al. (2008) y Pérez-Arrabal (2018) describen los motivos por los cuales se genera la adherencia hacia la actividad física, resaltando la importancia de indicadores psicofisiológicos en esta, sin embargo con base en lo propuesto por Cuartas-Murillo (2018), es importante considerar los factores psicosociales implicados en la cardiopatía isquémica vinculados a la adherencia al ejercicio físico cardiovascular, entre los que destacan el estudio de las creencias conductuales, normativas y de control de estos pacientes con relación a dicha conducta de salud.

Con base en lo anterior, las definiciones conceptuales y los indicadores obtenidos son consistentes y aportan nueva información a los hallazgos reportados en investigaciones

previas. No obstante, dado que hasta ahora se han presentado resultados de AFE, posteriormente se darán a conocer los resultados de AFC de ambas escalas, considerando que se continuo la recolección de datos y se decidió utilizarlos para los AFC de dichas escalas de actitudes conductuales como información adicional para posteriores estudios.

Fase 4.1 Confirmación de la estructura factorial de las escalas de actitudes conductuales hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular

Justificación

La evaluación de las actitudes conductuales es una necesidad institucional en salud mental y física, ya que se requiere conocer cuáles son eficaces y contribuyen en la adherencia a las medidas de prevención primaria en los pacientes con CI (Flores-Mendoza et al., 2022). La evaluación puede ser del proceso, del efecto o del impacto de un programa permitiendo comprobar las mejoras alcanzadas en la población como resultado de la intervención (Celi-Loaiza et al., 2019). Dado que diversos modelos teóricos sobre el cambio de comportamientos proponen la actitud como un mediador cognitivo de dicho cambio (Ajzen, 2011; Ajzen & Fishbein, 1972), la evaluación podría traducirse en determinar si se consigue que los pacientes con CI desarrollen actitudes favorables hacia la alimentación cardiosaludable y el ejercicio físico cardiovascular como predictores de prácticas saludables relacionadas con su salud y calidad de vida (Larrinaga-Sandrino, 2016; Andrade & Céspedes, 2017).

Con frecuencia, instrumentos de evaluación como escalas y cuestionarios son utilizados en la evaluación de la alimentación, el ejercicio físico o de constructos considerados mediadores de comportamientos relacionados con la salud. En la literatura se pueden encontrar escalas para valorar el consumo de alimentos (Currie et al., 2008; Lobo, 2007), la actividad y el ejercicio físico en adolescentes (Martínez-Gómez et al., 2008; Ortega et al, 2011), así como los conocimientos, las preferencias alimentarias, los determinantes de la dieta (Vereecken et al., 2009) y la intencionalidad para ser físicamente activo (Escalante, 2011; Morales, 2011). Sin embargo, no se localizó ninguna escala específica y válida para la población mexicana con CI que permitiera hacer una valoración global de la actitud en dichos

pacientes hacia las medidas de prevención primaria (alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular).

Objetivo general

- Confirmar la estructura factorial determinada en el AFE (Fase 4) de las escalas de actitudes conductuales hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable y hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular.

Definiciones conceptuales

Actitudes conductuales hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable

- Actitudes hacia la disminución de alimentos no saludables: Sentimientos afectivos del individuo positivos o negativos respecto de la disminución de alimentos no saludables y las percepciones de apoyo social de dicha conducta.
- Actitudes hacia el aumento de alimentos cardiosaludables: Sentimientos afectivos del individuo positivos o negativos respecto del aumento de alimentos cardiosaludables y las percepciones de apoyo social de dicha conducta.

Actitudes conductuales hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular

- Interés percibido: Valor percibido hacia la actividad física cardiovascular
- Complejidad percibida: Dificultad percibida hacia la realización de actividad física cardiovascular
- Necesidad percibida: Percepción de aspectos esenciales para la realización de actividad física cardiovascular

Definiciones operacionales

Actitudes conductuales hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable

- Respuestas de los pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica sobre el significado en los componentes de las actitudes conductuales hacia la adherencia a la

alimentación cardiosaludable; disminución del consumo de alimentos no saludables y aumento del consumo de alimentos cardiosaludables

Actitudes conductuales hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular

- Respuestas de los pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica sobre el significado en los componentes de las actitudes conductuales hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular; interés percibido, necesidad percibida y complejidad percibida.

Muestra

Participaron 184 pacientes entre los 30 y 82 años ($M = 52$ años, $DE = 12.15$), de los cuales 43% mujeres y 57% hombres. Con respecto a su estado civil 28.2% reportaron ser solteros, 53.4% casados, 8% en unión libre, 5.2% viudos y 5.2% separados. Con relación a su ocupación el 13% indicaron ser amas de casa, 13% se dedicaban al comercio, 29% eran jubilados y el 45% profesionistas que laboraban en alguna Institución pública o privada y en cuanto a su religión el 72% creyentes y el 28% ateos.

Criterios de selección

Se establecieron dos criterios de inclusión: 1) ser mayor de 18 años y 2) tener el diagnóstico de cardiopatía isquémica con base en los criterios de la Asociación Cardiológica de New York (NYHA por sus siglas en inglés) (McMurray et al., 2012). En contraparte, se estableció un sólo criterio de exclusión, el cual era que todos aquellos pacientes con trastornos neurológicos o psiquiátricos, discapacidad intelectual no podían ser parte del estudio.

Tipo de estudio y diseño

Explicativo, no experimental de tipo transversal con un solo grupo (Kerlinger et al., 2002)

Instrumento

Escala de actitudes que se desarrolló con base en la teoría de conducta planeada de Ajzen y Fishbein (1973) y a partir de las categorías e indicadores obtenidos en la fase 3 y 4 de esta investigación, con un formato de respuesta tipo Likert, que mide los sentimientos afectivos

del individuo positivos o negativos respecto a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular, así como las percepciones de apoyo social que se tengan de dichas conductas

Los reactivos que se obtuvieron fueron evaluados por un grupo de expertos en el área.

c) *Escala de actitudes conductuales hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable* (Apéndice G). Conformada por 19 adjetivos bipolares evaluativos (construidos en este estudio a partir de la revisión de literatura de Espí-Guerola (2004), el análisis de contenido de dos grupos focales con personas con diagnóstico de cardiopatía isquémica y el AFE). El concepto conductual que se evalúa en los primeros 11 adjetivos es la actitud hacia la disminución del consumo de alimentos no saludables, los 8 adjetivos bipolares posteriores evalúan la actitud a aumentar el consumo de alimentos saludables en personas con enfermedad cardiovascular (e.g., “*Desagradable-Agradable*” y “*Frustrante-Motivante*”). Se responde en una escala de diferencial semántico que va de 1 a 7. Cuanto más cercano es a 0, mayor connotación negativa tiene y cuanto más cercano a 7, mayor connotación positiva es la que describe el concepto conductual evaluado. La escala cuenta con un alfa de Cronbach de .88 para el factor de Actitudes hacia la disminución de alimentos no saludables y un alfa de Cronbach de .88 para el factor de actitudes hacia el aumento de alimentos cardiosaludables, así mismo un alfa de Cronbach global de .90, siendo buena y 50% de la varianza acumulada.

d) *Escala de actitudes conductuales hacia el ejercicio físico cardiovascular* (Apéndice Ñ). Conformada por 11 adjetivos bipolares evaluativos (construidos en este estudio a partir de la revisión de literatura de Espí-Guerola (2004), el análisis de contenido de dos grupos focales con personas con diagnóstico de cardiopatía isquémica y el AFE). El concepto conductual que se evalúa en los primeros cinco adjetivos es el interés percibido, los siguientes tres adjetivos bipolares evalúan la complejidad percibida y los tres reactivos restantes evalúan la necesidad percibida en personas con

enfermedad cardiovascular (e.g., “Aburrido-Divertido” y “Difícil – Fácil”, “Perjudicial-Beneficioso”. Se responde en una escala de diferencial semántico que va de 1 a 7. Cuanto más cercano es a 0, mayor connotación negativa tiene y cuanto más cercano a 7, mayor connotación positiva es la que describe el concepto conductual evaluado. La escala cuenta con un alfa de Cronbach de .87 para el factor de interés percibido, un alfa de Cronbach de .88 para el factor de complejidad percibida y un alfa de Cronbach de .85 para el factor de necesidad percibida, así mismo un alfa de Cronbach global de .90, siendo buena y 68% de la varianza acumulada.

Procedimiento

Se contactaron a los potenciales participantes mediante invitaciones en un Hospital de Salud Pública del Tercer Nivel de Atención de la Ciudad de México. La aplicación se realizó mediante la plataforma en línea Google Forms, tomada debido a que la recolección de datos se llevó a cabo durante el periodo de aislamiento a causa de la pandemia por SARS-CoV-2/COVID-19. Al acceder al formulario, los participantes encontraron un consentimiento informado que fue previamente aprobado por el comité local de Investigación, Ética y Bioseguridad del hospital con número de registro 463.2020. En este se informaba entre otras cosas que su participación era confidencial y totalmente voluntaria.

La investigación se llevó a cabo conforme a los artículos del código ético del psicólogo: Art. 8, 9, 12, 15, 16, 17, 18 y 49 para investigación en sujetos humanos (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007).

Análisis de datos

Análisis Factorial Confirmatorio.

La confirmación de la estructura factorial determinada en el AFE se realizó mediante el enfoque de los modelos de ecuaciones estructurales (SEM, por sus siglas en inglés) (Kline, 2016). Una vez especificado el modelo, este fue estimado mediante el método de mínimos cuadrados ponderados diagonalmente (DWLS, por sus siglas en inglés), estimador robusto

ante tamaños muestrales pequeños, variables ordinales y muestras que no cumplen con el supuesto de normalidad (Forero et al., 2009; Shi & Maydeu-Olivares, 2020).

Finalmente, se evaluó el ajuste del modelo mediante los indicadores recomendados por Hu y Bentler (1999), los cuales son, Chi cuadrado (χ^2), índice de ajuste comparativo (CFI), índice de Tucker-Lewis (TLI), raíz cuadrada de los residuos de las medidas (SRMR) y el error cuadrático medio aproximado (RMSEA); estos fueron interpretados con base en la propuesta de Marsh et al. (2004), esto es, Chi cuadrado no significativo, CFI y TLI $\geq .90$ y, RMSEA y SRMR $\leq .08$.

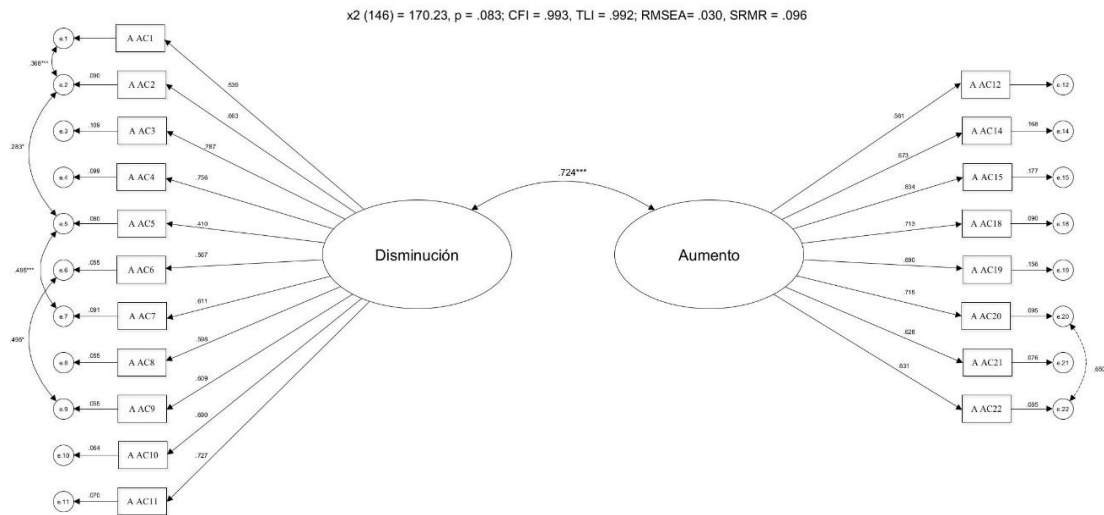
Resultados

Análisis factorial confirmatorio de la escala de actitudes hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable.

La estimación del AFC de la escala de Actitudes hacia la alimentación cardiosaludable presentó los siguientes indicadores de bondad de ajuste $\chi^2(\text{gl}=151) = 208.157$, $p < 0.001$; CFI = 0.983; TLI = 0.981; RMSEA = 0.045 y SRMR = 0.107, debido a que dos de estos indicadores presentaron valores inadecuados (χ^2 y SRMR) fue necesaria la re-especificación del modelo. Los índices de modificación sugirieron que se agregaran covarianzas entre los errores de las siguientes parejas de variables: 1 – 2; 2 – 5; 5 – 7; 6 – 8 y 20 – 22. Una vez agregadas estas covarianzas, el modelo presentó los siguientes indicadores de bondad de ajuste $\chi^2(\text{gl}= 146) = 170.23$, $p = 0.083$; CFI = 0.993; TLI = 0.992; RMSEA = 0.030 y SRMR = 0.096, este modelo puede ser visualizado en la Figura 6.

Figura 6

Modelo confirmatorio de la escala de actitudes conductuales hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable



Nota: La covarianza entre los ítems 20 y 22 no es significativa.
 * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

En la Tabla 18 se presenta la definición conceptual y la consistencia interna de cada uno de los factores con base en el AFC.

Tabla 18

Definiciones, número de reactivos y confiabilidad de la escala de actitudes conductuales hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable

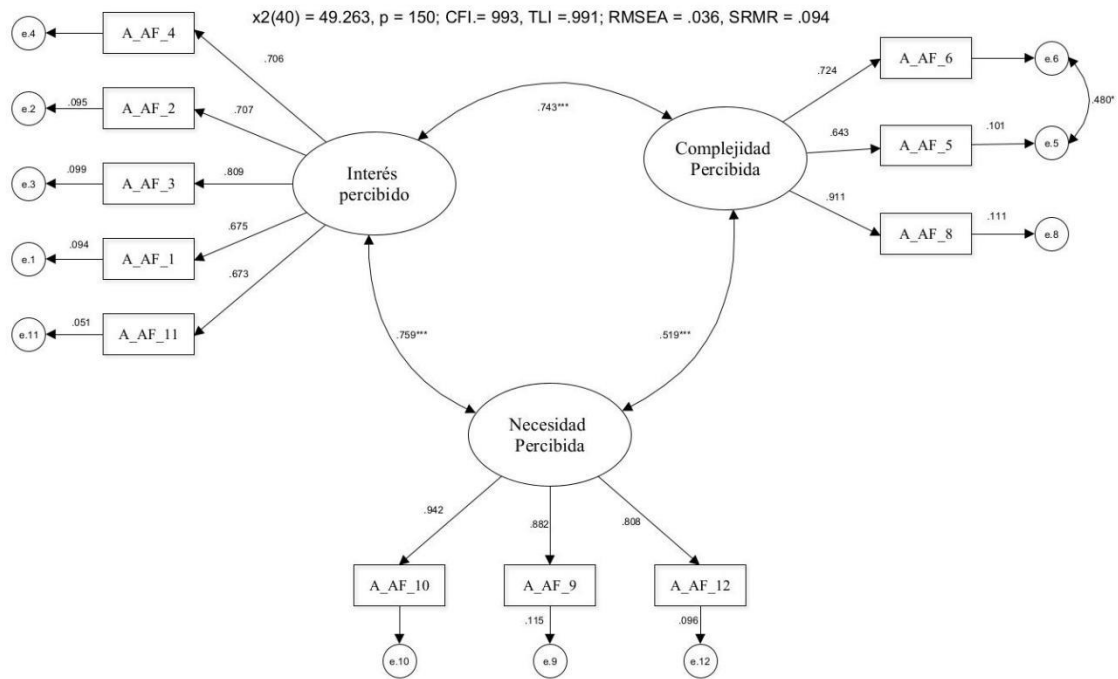
| Factor | Definición | Número de reactivos | α de Cronbach |
|---|--|----------------------------|--|
| Actitudes hacia la disminución de alimentos no saludables | Sentimientos afectivos del individuo positivos o negativos respecto de la disminución de alimentos no saludables y las percepciones de apoyo social de dicha conducta. | 11 | .88 |
| Actitudes hacia el aumento de alimentos cardiosaludables | Sentimientos afectivos del individuo positivos o negativos respecto del aumento de alimentos cardiosaludables y las percepciones de apoyo social de dicha conducta. | 8 | .88 |

Análisis factorial confirmatorio de la escala de actitudes conductuales hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular.

Por otra parte, el AFC de la escala de Actitudes hacia el ejercicio físico presentó los siguientes indicadores de bondad de ajuste $\chi^2(\text{gl}=41) = 54.674$ $p = 0.075$; CFI = 0.990; TLI = 0.986; RMSEA = 0.043 y SRMR = 0.097. Debido a que el SRMR supera los valores esperados se probó una re-especificación del modelo, así, los índices de modificación sugirieron que se agregaran covarianzas una única covarianza entre los errores de las variables 6 y 5. Una vez agregada esta covarianza el modelo presentó los siguientes indicadores de bondad de ajuste $\chi^2(\text{gl}= 40) = 49.263$, $p = 0.150$; CFI = 0.993; TLI = 0.991; RMSEA = 0.036 y SRMR = 0.094, este modelo puede ser visualizado en la Figura 7.

Figura 7

Modelo confirmatorio de escala de actitudes hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular



* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

En la Tabla 19 se presenta la definición conceptual y la consistencia interna de cada uno de los factores con base en el AFC.

Tabla 19

Definiciones, número de reactivos y confiabilidad de la escala de actitudes conductuales hacia la adherencia al ejercicio físico

| Factor | Definición | Número de reactivos | α de Cronbach |
|-----------------------|--|----------------------------|--|
| Interés percibido | Valor percibido hacia la actividad física cardiovascular | 5 | .87 |
| Complejidad percibida | Dificultad percibida hacia la realización de actividad física cardiovascular | 3 | .88 |
| Necesidad percibida | Percepción de aspectos esenciales para la realización de actividad física cardiovascular | 3 | .85 |

Evidencias de validez

Con la finalidad de establecer evidencia de validez concurrente se realizaron análisis de correlaciones entre los factores de las escalas de actitudes hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable y hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular (Tabla 20).

Tabla 20

Correlaciones entre las escalas en las muestras del estudio 1 y 2

| | Estudio 1 | | Estudio 2 | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------|-----------------|
| | Disminución | Aumento | Disminución | Aumento |
| Interés percibido | .292 (.001) | .145 (.107) | -.085 (.251) | -.070 (.344) |
| Complejidad percibida | .103 (.251) | -.020 (.825) | .006 (.935) | -.049 (.507) |
| Eficacia percibida | .265 (.003) | .223 (.012) | -.072 (.334) | -.028 (.704) |

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo desarrollar y establecer las propiedades psicométricas de instrumentos de medición que permitan evaluar la actitud hacia la adherencia a las medidas de prevención primaria en una muestra de pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica. Para alcanzar este objetivo se generaron un par de escalas a partir de un estudio cualitativo y del contraste con la literatura. De este modo, es posible afirmar que las escalas *de actitudes conductuales hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable y actitudes hacia el ejercicio físico cardiovascular* evalúan elementos universales de estos constructos al mismo tiempo que son sensibles a elementos relevantes de la cultura mexicana.

La escala de actitudes conductuales hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable se encuentra compuesta por dos factores, *disminución y aumento*; ambos factores son congruentes con la propuesta teórica desarrollada. Posteriormente, el modelo confirmatorio presentó en su mayoría indicadores de bondad de ajuste adecuados según la propuesta de Marsh, et. al. (2004), sin embargo, el valor de SRMR supera el mínimo esperado, más adelante se propone una posible explicación a este suceso. Con relación al factor de actitudes hacia la *disminución*, éste se definió como los sentimientos afectivos del individuo positivos o negativos respecto de la disminución de alimentos no saludables (panes, tortillas, refresco, cerveza y alimentos grasos de origen animal: carnes rojas, manteca, mantequilla, leche, crema, helado y quesos) y las percepciones de apoyo social de dicha conducta, así mismo respecto del segundo factor denominado *aumento*, se definió como los sentimientos afectivos del individuo positivos o negativos respecto del aumento de alimentos cardiosaludables (frutas, verduras, cereales y carnes blancas: pollo y pescado) y las percepciones de apoyo social de dicha conducta.

Por su parte, la escala de actitudes hacia el ejercicio físico cardiovascular quedó estructurada en tres factores *interés percibido, complejidad percibida y necesidad percibida*, estos presentan índices de fiabilidad adecuados. El primer factor denominado *interés percibido*, se definió como el valor percibido hacia la actividad física cardiovascular realizada todos los días durante al menos 30 minutos continuos, tal como lo indicó el médico, con relación al factor de *complejidad percibida*, se definió como la dificultad o barreras

percibidas hacia la realización de actividad física cardiovascular realizada todos los días durante al menos 30 minutos continuos, tal como lo indicó el médico y finalmente el factor de *necesidad percibida*, se definió como la percepción de aspectos esenciales para la realización de actividad física cardiovascular realizada todos los días durante al menos 30 minutos continuos, tal como lo indicó el médico.

De manera similar a la escala de actitudes hacia la alimentación, los indicadores de bondad de ajuste del modelo fueron adecuados en su mayoría con excepción del valor de SRMR que superó los criterios establecidos. Es posible que esta alteración en el valor del SRMR se deba al tamaño muestral que resulta ser insuficiente, pues la evidencia sugiere que aquellos modelos estimados con tamaños muestrales inferiores a 250 producen indicadores de bondad de ajuste insatisfactorios (Kline, 2016). En este sentido Lai et al. (2016) sugiere que la presencia de un indicador de ajuste inadecuado no debe provocar que el modelo sea desechado, si es que el resto de los valores resultan ser adecuados, tal como es el caso de los modelos del presente estudio.

La principal limitante que posee el presente estudio es el tamaño muestral, el cual resulta ser reducido, provocando que la estimación de los indicadores de bondad de ajuste sea inadecuados. Se propone que en futuros estudios se cuente con un tamaño muestral igual o superior a los 250 casos, para así evitar problemas en la estimación del modelo.

Conclusión

En conclusión, se *confirma* la estructura factorial determinada en el AFE (fase 3 y 4) de las escalas de actitudes conductuales hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable y hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular, demostrando su validez y fiabilidad. Desde el punto de vista de su aplicación práctica, estas pueden ser utilizadas en la caracterización de la población en estudios que pretendan determinar la medición de la actitud en la adherencia a las medidas de prevención primaria en CAD, sirviendo también de indicadores para guiar la actuación de estrategias, programas e intervenciones, y en la evaluación del efecto sobre la actitud, como resultado intermedio de los mismos.

Fase 5. Exploración del concepto de normas subjetivas sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular

Justificación

Es importante explorar el constructo de normas subjetivas que tienen los individuos con cardiopatía isquémica para desarrollar una escala que permita relacionar el constructo con variables de adherencia a alimentación cardiosaludable y posterior a ello establecer un modelo predictivo en adherencia con base en las normas subjetivas que tengas los participantes con CI, ya que es un constructo poco explorado en enfermedades cardiovasculares como la CI y requiere su conceptualización teórica y culturalmente válida para explicar los fenómenos de salud enfermedad (Hernández et al., 2017).

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las normas subjetivas sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular que tienen los adultos con CI?

Objetivo general

- Conocer las normas subjetivas sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular que tienen los adultos con CI.

Objetivos específicos

1. Identificar las normas subjetivas sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular de adultos con CI.
2. Identificar el significado que los adultos tienen de las normas subjetivas sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular.
3. Identificar las categorías que componen la definición de las normas subjetivas sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular.

Definición conceptual de la variable (V.D)

- *Norma subjetiva:* percepción de la persona sobre las presiones sociales que le son impuestas para realizar o no un comportamiento, así como las valoraciones sociales que se tienen acerca del comportamiento del propio sujeto, la motivación general que posee él mismo para actuar conforme a las normas (Ajzen & Fisbhein, 1970).

Definición operacional de la variable

- Definidoras dadas por los participantes en los grupos focales, creadas a partir de las respuestas dadas por los participantes en las preguntas de discusión.

Muestra

Participaron dos grupos focales de 4 pacientes cada uno, con diagnóstico de cardiopatía isquémica, de un hospital público del tercer nivel de atención, del Sur de la CDMX. La edad promedio de estos participantes fue de 55.75 (DE= 14.96), de los cuales el 80% fueron hombres y el 20% mujeres, así mismo el 100% eran casados, el 20% se desempeñaban en actividades del hogar, el 20% eran jubilados, el 40% trabajan en una institución pública y el 20% eran comerciantes.

Criterios de selección

- a) *Inclusión:* hombres y mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de cardiopatía isquémica que residan en la Ciudad de México o Zona Metropolitana y decidan participar voluntariamente.
- b) *Exclusión:* hombres y mujeres con trastornos neurológicos o psiquiátricos, discapacidad intelectual (reportados en la historia clínica) o que no sepan leer y escribir.
- c) *Eliminación:* hombres y mujeres que no firmen la carta de consentimiento informado para participar en la actividad de grupos focales y ser grabados.

Medidas

Se utilizó la técnica de grupo focal con moderador y observador (se conformaron dos grupos focales de 4 pacientes con CI cada grupo, de un hospital de tercer nivel, con una duración de hora y media a dos horas).

- Se les aplicó un consentimiento informado por parte del hospital para su respectiva participación y grabación de la sesión en línea mediante Zoom, asegurándoles la confidencialidad y anonimato de sus datos.
- El guion de discusión de preguntas abiertas se desarrolló con base en la revisión de literatura de Espí-Guerola (2004), Soto et al. (1997) y los postulados del Modelo de Conducta Planeada de Ajzen y Fisbhein (1980).
 - Las preguntas de discusión para la exploración del concepto de *normas subjetivas sobre alimentación cardiosaludable y ejercicio* son las siguientes:
 - ¿A quién consulta para saber qué tipo de comidas o alimentación debe tener?
 - ¿Quién es la persona en la que más confía para considerar lo que debe comer?
 - ¿Quién prepara la comida en casa?
 - ¿A quién consulta para saber qué tipo de actividad física debe tener?
 - ¿Quién es la persona en la que más confía para conocer el tipo de actividad física que debe de llevar a cabo?
 - ¿Qué esperan sus familiares de ustedes?
 - ¿Están recibiendo apoyo o no por parte de su familia para alimentarse sanamente?
 - ¿Están recibiendo apoyo o no por parte de su familia para hacer ejercicio?
 - ¿Hay alguien que boicotee su alimentación o actividad física?

Procedimiento

- Se hicieron invitaciones vía telefónica a ocho pacientes con diagnóstico de Cardiopatía isquémica de un hospital de salud pública de tercer nivel, para participar en la actividad de grupos focales y explorar las creencias (conductuales, normativas y de control), actitudes, normas subjetivas, control conductual e intención conductual respecto a la alimentación cardiosaludable y el ejercicio físico. Las sesiones de los grupos focales se llevaron a cabo en la modalidad en “línea” debido a las condiciones sanitarias de la pandemia del COVID 19.
- Se conformaron dos grupos focales en total para evaluar los constructos del Modelo de Conducta Planeada de Ajzen y Fishbein (1980) con cuatro integrantes cada grupo y una duración de dos horas para cada sesión de grupo focal.
- Se les dio a firmar el consentimiento informado por parte del hospital del cual se encuentran adscritos para poder participar en la sesión en la cual fueron grabados, asegurándoles la confidencialidad y el anonimato de sus datos, considerando los artículos del código ético del psicólogo: Art. 8, 9, 12, 15, 16, 17, 18 y 49 para investigación en sujetos humanos (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007).
- Un día antes de cada sesión se les hicieron recordatorios vía telefónica para asegurar su asistencia a la sesión de grupo focal.
- En la sesión de grupo focal se utilizó la técnica de moderador con observador y se llevó a cabo el siguiente procedimiento:
 - a) Se les dio la bienvenida e introducción respecto a los objetivos a seguir durante la actividad de grupo focal y nuevamente se les preguntó respecto al deseo o no de participar libremente en la actividad, dando a su vez instrucciones de cómo utilizar la aplicación de Zoom para poder participar en relación a la activación de la cámara y el micrófono (duración 5 minutos).
 - b) Posteriormente el observador realizó anotaciones respecto a las ideas principales de cada participante y el moderador les explicó de forma general a los participantes qué es la alimentación saludable y el ejercicio físico como medidas de prevención primaria, con la finalidad de contextualizarlos al tema que se

abordará a partir las Creencias (conductuales, normativas y de control), Actitudes conductuales, Normas subjetivas, Control conductual e Intención conductual respecto a la Alimentación Cardiosaludable y el Ejercicio Físico Cardiovascular (duración 5 minutos).

- c) Enseguida el moderador comenzó con las preguntas de discusión del área de “Creencias”, en donde se exploró respecto a las Creencias (conductuales, normativas y de control) de la alimentación saludable y ejercicio físico cardiovascular (duración 20 minutos).
 - d) La segunda área de discusión fue la de “Actitudes” respecto a la alimentación saludable y ejercicio físico cardiovascular (duración 20 minutos).
 - e) La tercera área de discusión fue la de “Normas subjetivas” respecto a la alimentación saludable y ejercicio físico cardiovascular (duración 20 minutos).
 - f) La cuarta área de discusión fue la de “Control conductual” respecto a la alimentación saludable y ejercicio físico cardiovascular (duración 20 minutos).
 - g) La quinta área de discusión fue la de “Intención conductual” respecto a la alimentación saludable y ejercicio físico cardiovascular (duración 20 minutos).
 - h) Por último, se realizó una breve conclusión respecto a las respuestas de los participantes para ir cerrando la discusión grupal y se les agradeció su participación y tiempo dedicado e invertido en la sesión.
- Se consideró la carta descriptiva para tener un procedimiento estandarizado en las instrucciones a seguir para el desarrollo de los grupos focales (Apéndice C).

Análisis de datos

- Análisis de contenido basado en la transcripción de las notas y las cintas de audio (Andréu, 1998).

- Se hizo una transcripción del contenido de las grabaciones en conjunto con las notas tomadas en la sesión por el observador, posterior a ello se siguieron los siguientes pasos:
 1. Determinar el objeto o tema de análisis.
 2. Determinar las reglas de codificación.
 3. Determinar el sistema de categorías.
 4. Establecer Inferencias.
 5. Comprobar la fiabilidad del sistema de codificación-categorización mediante jueces expertos y posteriormente a través del análisis de V de Aiken (Aiken, 1985) para cuantificar la relevancia de los ítems respecto a un dominio de contenido a partir de sus valoraciones de N jueces.

Resultados

- Para la categoría de normas subjetivas hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable de forma sobresaliente se encontró lo siguiente:

Entre el 80 y 100% de hombres y mujeres consideran que las personas más importantes en sus vidas que influyen en su toma de decisiones en salud como es el hecho de alimentarse sanamente, son: la familia, la pareja, los amigos y los compañeros de trabajo, así mismo reportan que hay una gran diferencia entre el hecho de lo que este grupo de personas importantes consideran que ellos deberían hacer y entre el hecho de que este grupo realmente ejecute la conducta que recomienda. Algunas opiniones relativas a las normas que les rigen con este grupo especial de personas, son las siguientes: “la familia desde pequeño me acostumbro a comer mal”, “mi esposa es la que controla mi comida y me motiva a comer sano”, “mis hijos no comprenden la importancia de una buena alimentación”, “los familiares en las fiestas o reuniones, me presionan a no comer sano”, “mis compañeros de trabajo para convivir, creen que no pasa nada”, “la costumbre familiar de cada viernes es ir a comer algo rico por la noche”, “mi pareja cree que cómo no voy a poder comer lo tradicional de mi

región”. Las palabras que más se repiten son: hábitos, costumbres, exigencia, motivación, disciplina.

- Para la categoría de normas subjetivas hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular, de forma sobresaliente se encontró lo siguiente:

El 100% de mujeres y el 83% de hombres considera que la familia es uno de los principales promotores de su actividad física, seguido de la pareja, los compañeros de trabajo y los amigos, así mismo reportan que por parte de la familia existe la presión del deber realizar actividad física a diario para no subir de peso y reforzar su condición física cardiovascular, sin embargo, no todos los miembros de familia realizan ejercicio físico. Algunas de las opiniones relativas a las normas que les rigen con este grupo en particular, son las siguientes: “mi familia dice que tengo que moverme, aunque sea en casa”, “mi trabajo no me permite tener actividad física”, “mis amigos dicen que soy flojo y sedentario al igual que ellos”, “a mi familia le da flojera hacer ejercicio y a mí también”. Las palabras que más se repiten son: movimiento, trabajo, sedentarismo, flojera, involucramiento, apoyo.

Conclusión

Los hallazgos de esta investigación en términos de las categorías, sus conceptualizaciones e indicadores, resultan útiles para desarrollar una escala que mida las normas subjetivas hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable y el ejercicio físico cardiovascular de manera culturalmente relevante.

Fase 6. Creación de instrumento para medir normas subjetivas sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las propiedades psicométricas de la escala de normas subjetivas de adherencia a la alimentación cardiosaludable?

¿Cuáles son las propiedades psicométricas de la escala de normas subjetivas de adherencia al ejercicio físico cardiovascular?

Objetivo general

- Elaborar y analizar psicométricamente las escalas que evalúen las normas subjetivas de adherencia a la alimentación cardiosaludable y el ejercicio físico cardiovascular.

Objetivos específicos

- Obtener la confiabilidad mediante consistencia interna de las escalas de normas subjetivas de adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular de adultos con cardiopatía isquémica creada a partir de los resultados de la fase 5.
- Obtener la validez de constructo de la escala de normas subjetivas de adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular de adultos con cardiopatía isquémica creada a partir de los resultados de la fase 5.
- Obtener la estructura factorial de la escala de normas subjetivas de adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular de adultos con cardiopatía isquémica creada a partir de los resultados de la fase 5.

Definición conceptual de la variable (V.D)

- *Normas subjetivas:* percepción de la persona sobre las presiones sociales que le son impuestas para realizar o no un comportamiento, así como las valoraciones sociales

que se tienen acerca del comportamiento del propio sujeto, la motivación general que posee él mismo para actuar conforme a las normas (Ajzen & Fishbein, 1970).

Definición operacional de la variable

- Puntaje obtenido por los participantes en cada uno de los reactivos que componen la escala de normas subjetivas sobre alimentación cardiosaludable y ejercicio.

Muestra

Los pacientes se contactaron en un hospital de salud pública del tercer nivel de atención de la Ciudad de México. La muestra fue no probabilística por sujetos tipo con base en Shaughnessy (2007) y Nunnally (1991), la cual estuvo compuesta por 125 pacientes con diagnóstico de CI con base en los criterios de la Asociación Cardiológica de New York (NYHA por sus siglas en inglés) (McMurray et al., 2012). Los participantes se encontraban entre los 32 y 82 años (M= 56 años, DE= 9.6), de los cuales 44% fueron mujeres y 56% hombres. Con respecto a su estado civil 31.2% fueron solteros, 53.6% casados, 7.2% en unión libre, 4% viudos y 4% separados. En relación con su ocupación el 13% fueron amas de casa, 15% se dedicaban al comercio, 27% eran jubilados y el 45% profesionistas que laboraban en alguna Institución pública o privada y en cuanto a su religión el 75% eran creyentes o practican alguna religión y el 25% ateos.

Criterios de selección

- a) *Inclusión:* hombres y mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de CI que residan en la Ciudad de México o Zona Metropolitana y decidan participar voluntariamente.
- b) *Exclusión:* hombres y mujeres con trastornos neurológicos o psiquiátricos, discapacidad intelectual o que no sepan leer y escribir.
- c) *Eliminación:* hombres y mujeres que no completen de forma satisfactoria el 80% del llenado del cuestionario.

Tipo de estudio y diseño

Exploratorio, no experimental de tipo transversal con un solo grupo (Kerlinger et al., 2002).

Instrumento

Escala de normas subjetivas que se desarrolló con base en la teoría de conducta planeada de Ajzen y Fishbein (1980) y a partir de las categorías e indicadores obtenidos en la fase 5 de esta investigación, con un formato de respuesta tipo likert, que miden la percepción de la persona sobre las presiones sociales que le son impuestas para alimentarse cardiosaludablemente y hacer ejercicio físico cardiovascular, así como las valoraciones sociales que se tienen acerca del comportamiento del propio sujeto.

Los reactivos que se obtuvieron fueron evaluados por un grupo de expertos en el área.

a) *Escala de normas subjetivas hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable* (Apéndice H). Conformada por 4 reactivos (construidos en este estudio a partir de la revisión de literatura de Espí-Guerola (2004) y el análisis de contenido de dos grupos focales con personas con diagnóstico de cardiopatía isquémica). El concepto conductual que se evalúa es el de Norma subjetiva hacia la disminución de alimentos no saludables (e.g., *Mi familia cree que debería disminuir el consumo de panes, tortillas, refresco, cerveza y alimentos grasosos de origen animal (carnes rojas, manteca, mantequilla, leche, crema, helado y quesos) tal como lo indico mi médico*). Se responde en una escala tipo likert de 7 puntos, donde 1= “Yo no debería”, 2= “Yo ocasionalmente no debería”, 3= “Yo usualmente no debería”, 4= “No estoy segura/o si yo debería”, 5= “Ocasionalmente yo debería”, 6= “Usualmente yo debería” y 7= “Yo debería”. Cuanto más cercano a 7, mayor es la posibilidad de que se presente la norma subjetiva descrita. La escala cuenta con un alfa de Cronbach global de .86, siendo buena y 46% de la varianza acumulada.

b) *Escala de normas subjetivas hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular* (Apéndice O). Conformada por 3 reactivos (construidos en este estudio a partir de la revisión de literatura de Espí-Guerola (2004) y el análisis de contenido de dos grupos focales con personas con diagnóstico de cardiopatía isquémica). El concepto conductual que se evalúa es el de Norma subjetiva hacia la realización de ejercicio físico cardiovascular (e.g., *Mis amigos creen que debería realizar caminata como*

actividad cardiovascular todos los días durante al menos 30 minutos continuos). Se responde en una escala tipo likert de 7 puntos, donde 1= “Yo no debería”, 2= “Yo ocasionalmente no debería”, 3= “Yo usualmente no debería”, 4= “No estoy segura/o si yo debería”, 5= “Ocasionalmente yo debería”, 6= “Usualmente yo debería” y 7= “Yo debería”. Cuanto más cercano a 7, mayor es la posibilidad de que se presente la norma subjetiva descrita. La escala cuenta con un alfa de Cronbach global de .84, siendo buena y 53% de la varianza acumulada.

Procedimiento

1. Se contactó a las personas que tenían diagnóstico de CI y que residieran en Ciudad de México o zona Metropolitana a través de diversas redes sociales: Facebook, Twitter, WhatsApp, Instagram y LinkedIn.
2. La aplicación de los instrumentos fue mediante la plataforma en línea de Google Forms y se les aseguró la confidencialidad y anonimato de sus datos, empleándose el consentimiento informado para la participación de estos.
3. Se les invitó a participar en la investigación con la siguiente consigna:
 - “Hola, ¿qué tal? quiero invitarte a participar en una investigación que estoy realizando por parte de la UNAM acerca de lo que piensas respecto a la alimentación cardiosaludable y el ejercicio físico. Solo se necesita tener diagnóstico de Cardiopatía isquémica y ser mayor de 18 años residente de la CDMX o Zona Metropolitana. Si estas interesado y cumples los requisitos te invito a que respondas el siguiente cuestionario. Toda la información que nos brindes será anónima y confidencial. Te agradecería mucho tu apoyo ya que tu participación es muy importante”.
4. Se les envió el link del cuestionario.
5. Se consideraron los artículos del código ético del psicólogo: Art. 8, 9, 12, 15, 16, 17, 18 y 49 para investigación en sujetos humanos (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007).

Análisis de datos

Siguiendo los lineamientos que permiten realizar un adecuado manejo de los datos para la creación de instrumentos, se llevaron a cabo los siguientes procedimientos de acuerdo con Nunnally y Bernstein (1995) y, Reyes y García y Barragán (2008):

Análisis de reactivos

- Revisión y adaptación de reactivos (lenguaje, ortografía, redacción).
- Análisis de frecuencia incluyendo sesgo para observar las tendencias de respuesta cargadas hacia una de las opciones y la selección de reactivos a partir de la elección de conductas típicas o normales.
- Discriminación de reactivos para grupos extremos utilizando la prueba t de Student.

Confiabilidad

- Análisis de confiabilidad alfa de Cronbach para obtener la consistencia interna de los factores de la escala total.

Validez

- Pruebas de adecuación muestral: Prueba de esfericidad de Bartlett y la prueba de adecuación de Kaiser-Meyer Olkin (KMO).
- Se realizó un análisis factorial haciendo uso del estimador de mínimos cuadrados no ponderados (ULS) con rotación oblimin.

Resultados

Escala de norma subjetiva hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable

Siguiendo las recomendaciones de Lloret-Segura et al. (2014) para la escala de norma subjetiva hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable se realizó un análisis factorial haciendo uso del estimador de mínimos cuadrados no ponderados (ULS) con rotación oblimin. Se mantuvieron aquellos reactivos que tenían comunalidades mayores 0.30 y pesos factoriales mayores o iguales a 0.40, con autovalores mayores a 1, criterio que agrupo 4

reactivos en un factor que explica el 46% de la varianza acumulada con un alfa de Cronbach global de .86, siendo buena (Tabla 21).

Tabla 21

Factores y reactivos que componen la escala de norma subjetiva hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable (peso factorial y comunalidad)

| Factor | Reactivo | Peso factorial | Comunalidad |
|---|--|-----------------------|--------------------|
| Norma subjetiva hacia la disminución de alimentos no saludables | 1. Mi familia cree que debería disminuir el consumo de panes, tortillas, refresco, cerveza y alimentos grasosos de origen animal (carne roja, manteca, mantequilla, leche, crema, helado y quesos) tal como lo indico mi médico | .507 | .357 |
| | 2. Mi familia disminuye el consumo de panes, tortillas, refresco, cerveza y alimentos grasosos de origen animal (carne roja, manteca, mantequilla, leche, crema, helado y quesos) | .744 | .554 |
| | 3. Mis amigos creen que debería disminuir el consumo de panes, tortillas, refresco, cerveza y alimentos grasosos de origen animal (carne roja, manteca, mantequilla, leche, crema, helado y quesos) tal como lo indico mi médico | .807 | .652 |
| | 4. Mis amigos disminuyen el consumo de panes, tortillas, refresco, cerveza y alimentos grasosos de origen animal (carne roja, manteca, mantequilla, leche, crema, helado y quesos) | .630 | .397 |

En la Tabla 22 se presenta la definición conceptual y la consistencia interna con base en el AFE.

Tabla 22

Definiciones, número de reactivos y confiabilidad de la escala de norma subjetiva hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable.

| Factor | Definición | Número de reactivos | α de Cronbach |
|---|---|----------------------------|--|
| Norma subjetiva hacia la disminución de alimentos no saludables | Percepción de la persona sobre las presiones sociales que le son impuestas para disminuir los alimentos no saludables acorde a las recomendaciones médicas, así como las valoraciones sociales que tienen acerca de su comportamiento y la motivación general que posee él mismo para actuar conforme a las normas. | 4 | .86 |

Escala de norma subjetiva hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular

Siguiendo las recomendaciones de Lloret-Segura et al. (2014) para la escala de norma subjetiva hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular se realizó un análisis factorial haciendo uso del estimador de mínimos cuadrados no ponderados con rotación oblimin. Se mantuvieron aquellos reactivos que tenían comunalidades mayores 0.30 y pesos factoriales mayores o iguales a 0.40, con autovalores mayores a 1, criterio que agrupo 3 reactivos en un factor que explica el 53% de la varianza acumulada con un alfa de Cronbach global de .84, siendo buena (Tabla 23).

Tabla 23

Factores y reactivos que componen la escala de la norma subjetiva hacia la adherencia al ejercicio físico (peso factorial y comunalidad)

| Factor | Reactivo | Peso factorial | Comunalidad |
|---|--|-----------------------|--------------------|
| Norma subjetiva hacia la realización de ejercicio físico cardiovascular | 1. Mis amigos creen que debería realizar caminata como actividad cardiovascular todos los días durante al menos 30 minutos continuos | .892 | .796 |
| | 2. Mis compañeros creen que debería realizar caminata como actividad cardiovascular todos los días durante al menos 30 minutos continuos | .723 | .380 |
| | 3. Mi pareja cree que debería realizar caminata como actividad cardiovascular todos los días durante al menos 30 minutos continuos | .529 | .523 |

En la Tabla 24 se presenta la definición conceptual y la consistencia interna con base en el AFE.

Tabla 24

Definiciones, número de reactivos y confiabilidad de la escala de norma subjetiva hacia el ejercicio físico cardiovascular

| Factor | Definición | Número de reactivos | α de Cronbach |
|---|--|----------------------------|--|
| Norma subjetiva hacia la realización de ejercicio físico cardiovascular | Percepción de la persona sobre las presiones sociales que le son impuestas para realizar ejercicio físico cardiovascular acorde a las recomendaciones médicas, así como las valoraciones sociales que tienen acerca de su comportamiento y la motivación general que posee él mismo para actuar conforme a las normas. | 3 | .84 |

Discusión

Los hallazgos de esta investigación arrojaron información respecto a las normas que caracterizan a los pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica con relación a la adherencia de dos medidas de prevención primaria en cardiopatía isquémica.

Este estudio aporta dos escalas de normas subjetivas hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable y el ejercicio físico cardiovascular en cardiopatía isquémica, las cuales integran elementos teóricamente relevantes en la descripción del fenómeno de la enfermedad con base en lo propuesto teóricamente por Espí-Guerola (2004) y, Fisbhein y Ajzen (1967).

La escala de norma subjetiva hacia la disminución de alimentos no saludables describe la percepción de las personas sobre las presiones sociales que le son impuestas para disminuir los alimentos no saludables acorde a las recomendaciones médicas, así como las valoraciones sociales que tienen acerca de su comportamiento y la motivación general que posee él mismo para actuar conforme a las normas.

La escala de norma subjetiva hacia la realización de ejercicio físico cardiovascular describe la percepción de las personas sobre las presiones sociales que le son impuestas para realizar ejercicio físico cardiovascular acorde a las recomendaciones médicas, así como las valoraciones sociales que tienen acerca de su comportamiento y la motivación general que posee él mismo para actuar conforme a las normas.

Autores como Negrete-Yankelevich y Ambía-Garrido (2017) describen la importancia de los grupos cercanos y significativos de los individuos que contribuyen a una alimentación adecuada en condiciones de enfermedad crónica degenerativa, influyendo de manera sobresaliente en la toma de decisiones vinculadas a la adherencia a una adecuada alimentación o actividad física, sin embargo, autores como Fisbhein y Ajzen (1967), a través del modelo propuesto de conducta planeada, permiten vislumbrar un panorama más amplio respecto a las valoraciones sociales de parte de los grupos sociales importantes con respecto al comportamiento y motivación del individuo.

No obstante, dado que hasta ahora se han presentado resultados de AFE, hacen falta estudios confirmatorios en distintas muestras hospitalarias, que confirmen la estructura factorial y propiedades psicométricas de dichas escalas.

Fase 7. Exploración del concepto de control conductual sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular

Justificación

El control conductual ha sido una variable que no se ha incorporado en estudios con ECV de tipo isquémicas, en población mexicana y resulta importante e interesante explorar el significado y cualidades del constructo, con base en lo reportado en algunos estudios (Chan et al., 2020; Chen, 2017; Figueroa et al., 2017; Flores, 2016; Hagger et al., 2019; Kumar & Smith, 2017; Talavera-Peña et al., 2020).

A diferencia de otras enfermedades crónicas degenerativas la CI tiene una alta prevalencia en el país, lo cual resulta interesante para conocer el significado del constructo propuesto como una variable cultural, que dé cuenta de la autoeficacia que tienen los individuos con CI respecto a la capacidad que tienen para ejecutar una conducta de salud (adherencia a alimentación cardiosaludable y ejercicio).

Es importante analizar la vigencia y pertinencia de constructo sociales para obtener medidas que integren los nuevos elementos que surgen de la teoría y de lo experimentado por parte del grupo encuestado (García, 2000).

Pregunta de investigación

¿Cuál es el control conductual sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular que tienen los adultos con cardiopatía isquémica?

Objetivo general

- Conocer el control conductual sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular que tienen los adultos con cardiopatía isquémica.

Objetivos específicos

1. Identificar el control conductual sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular de adultos con cardiopatía isquémica.

2. Identificar el significado que los adultos tienen del control conductual sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular.
3. Identificar las categorías que componen la definición de control conductual sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular.

Definición conceptual de la variable (V.D)

- Control conductual: es la creencia personal de la capacidad de controlar las dificultades existentes para realizar una conducta, incluye tanto factores internos como externos. Entre los internos se encuentran habilidades físicas y psicológicas, y en los externos, el tiempo, la oportunidad, los medios y la dependencia de terceros (Ajzen & Fishbein, 1970).

Definición operacional de la variable

- Definidoras dadas por los participantes en los grupos focales, creadas a partir de las respuestas dadas por los participantes en las preguntas de discusión.

Muestra

Participaron dos grupos focales de 4 pacientes cada uno, con diagnóstico de CI, de un hospital público del tercer nivel de atención del sur de la Ciudad de México. La edad promedio de estos participantes fue de 55.75 (DE= 14.96), de los cuales el 80% fueron hombres y el 20% mujeres, así mismo el 100% eran casados, el 20% se desempeñaban en actividades del hogar, el 20% eran jubilados, el 40% trabajan en una institución pública y el 20% eran comerciantes.

Criterios de selección

- a) *Inclusión*: hombres y mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de CI que residan en la Ciudad de México o Zona Metropolitana y decidan participar voluntariamente.
- b) *Exclusión*: hombres y mujeres con trastornos neurológicos o psiquiátricos, discapacidad intelectual (reportados en la historia clínica) o que no sepan leer y escribir.

- c) *Eliminación*: hombres y mujeres que no firmen la carta de consentimiento informado para participar en la actividad de grupos focales y ser grabados.

Medidas

Se utilizó la técnica de grupo focal con moderador y observador (se conformaron dos grupos focales de 4 pacientes con CI cada grupo, de un hospital de tercer nivel, con una duración de hora y media).

- Se les aplicó un consentimiento informado por parte del hospital para su respectiva participación y grabación de la sesión en línea mediante Zoom, asegurándoles la confidencialidad y anonimato de sus datos.
- El guion de discusión de preguntas abiertas se desarrolló con base en la revisión de literatura de Hernández et al. (2014) y los postulados del Modelo de Conducta Planeada de Ajzen y Fishbein (1980).
- Las preguntas de discusión para la exploración del concepto de *control conductual sobre alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular* son las siguientes:
 1. ¿Qué tan capaz te sientes de llevar una alimentación saludable?
 2. ¿Qué tan capaz te sientes de hacer actividad física de forma frecuente?
 3. ¿Qué impedimentos identificas para alimentarte sanamente?
 4. ¿Qué impedimentos identificas para hacer ejercicio físico de forma frecuente?

Procedimiento

- Se hicieron invitaciones vía telefónica a ocho pacientes con diagnóstico de Cardiopatía isquémica de un hospital de salud pública de tercer nivel, para participar en la actividad de grupos focales y explorar las creencias (conductuales, normativas y de control), actitudes, normas subjetivas, control conductual e intención conductual respecto a la alimentación cardiosaludable y el ejercicio físico. Las sesiones de los

grupos focales se llevaron a cabo en la modalidad en “línea” debido a las condiciones sanitarias de la pandemia del COVID 19.

- Se conformaron dos grupos focales en total para evaluar los constructos del Modelo de Conducta Planeada de Ajzen y Fisbhein (1980), con cuatro integrantes cada grupo y una duración de dos horas para cada sesión de grupo focal.
- Se les dio a firmar el consentimiento informado por parte del hospital del cual se encuentran adscritos para poder participar en la sesión en la cual fueron grabados, asegurándoles la confidencialidad y el anonimato de sus datos, considerando los artículos del código ético del psicólogo: Art. 8, 9, 12, 15, 16, 17, 18 y 49 para investigación en sujetos humanos (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007).
- Un día antes de cada sesión se les hicieron recordatorios vía telefónica para asegurar su asistencia a la sesión de grupo focal.
- En la sesión de grupo focal se utilizó la técnica de moderador con observador y se llevó a cabo el siguiente procedimiento:
 - a) Se les dio la bienvenida e introducción respecto a los objetivos a seguir durante la actividad de grupo focal y nuevamente se les preguntó respecto al deseo o no de participar libremente en la actividad, dando a su vez instrucciones de cómo utilizar la aplicación de Zoom para poder participar en relación a la activación de la cámara y el micrófono (duración 5 minutos).
 - b) Posteriormente el observador realizó anotaciones respecto a las ideas principales de cada participante y el moderador les explicó de forma general a los participantes qué es la alimentación saludable y el ejercicio físico como medidas de prevención primaria, con la finalidad de contextualizarlos al tema que se abordará a partir las creencias (conductuales, normativas y de control), actitudes conductuales, normas subjetivas, control conductual e intención conductual respecto a la alimentación cardiosaludable y el ejercicio físico cardiovascular (duración 5 minutos).
 - c) Enseguida el moderador comenzó con las preguntas de discusión del área de “creencias”, en donde se exploró respecto a las creencias (conductuales, normativas y de control) de la alimentación saludable y ejercicio físico cardiovascular (duración 20 minutos).

- d) La segunda área de discusión fue la de “actitudes” respecto a la alimentación saludable y ejercicio físico cardiovascular (duración 20 minutos).
 - e) La tercera área de discusión fue la de “normas subjetivas” respecto a la alimentación saludable y ejercicio físico cardiovascular (duración 20 minutos).
 - f) La cuarta área de discusión fue la de “control conductual” respecto a la alimentación saludable y ejercicio físico cardiovascular (duración 20 minutos).
 - g) La quinta área de discusión fue la de “intención conductual” respecto a la alimentación saludable y ejercicio físico cardiovascular (duración 20 minutos).
 - h) Por último, se realizó una breve conclusión respecto a las respuestas de los participantes para ir cerrando la discusión grupal y se les agradeció su participación y tiempo dedicado e invertido en la sesión.
- Se consideró la carta descriptiva para tener un procedimiento estandarizado en las instrucciones a seguir para el desarrollo de los grupos focales (Apéndice C).

Análisis de datos

- Análisis de contenido basado en la transcripción de las notas y las cintas de audio (Andréu, 1998).
- Se hizo una transcripción del contenido de las grabaciones en conjunto con las notas tomadas en la sesión por el observador, posterior a ello se siguieron los siguientes pasos:
 1. Determinar el objeto o tema de análisis.
 2. Determinar las reglas de codificación.
 3. Determinar el sistema de categorías.
 4. Establecer Inferencias.
 5. Comprobar la fiabilidad del sistema de codificación-categorización mediante jueces expertos y posteriormente a través del análisis de V de Aiken (Aiken, 1985) para cuantificar la relevancia de los ítems respecto a un dominio de contenido a partir de sus valoraciones de N jueces.

Resultado

- Para la categoría de control conductual hacia la alimentación cardiosaludable de forma sobresaliente se encontró lo siguiente:

Entre el 50 y el 100% de las mujeres, los obstáculos que impiden el aumento del consumo de frutas, verduras, cereales y carnes blancas (pollo y pescado), son: “nulo apoyo familiar para la preparación de comidas sanas, hacer comidas dobles, la falta de dinero, las costumbres familiares y la alimentación no saludable en la familia”, en el caso de los hombres, entre un 66% y 83% los obstáculos que impiden el aumento del consumo de alimentos sanos son: “el estrés del trabajo, que la esposa no tenga tiempo para hacer la comida sana que les corresponde, las reuniones del trabajo, las salidas con amigos, las reuniones de trabajo, la poca variación en las comidas, las costumbres familiares de fines de semana”. Las palabras que más se repitieron son: costumbres, reuniones, salidas, fiestas, constancia, monotonía, pobreza, exceso, tiempo, estrés, nulo apoyo.

- Para la categoría de control conductual hacia el ejercicio físico cardiovascular, de forma sobresaliente se encontró lo siguiente:

El 100% de mujeres y hombres reportaron que un obstáculo muy importante que les impide realizar ejercicio físico es “la presencia de dolor en el pecho”, así mismo entre el 66% y el 83% de hombres reportó que sus principales obstáculos para realizar actividad física son: “flojera, debilidad muscular, agitación, otras enfermedades, minusvalidez, consumo frecuente de cigarro”, así mismo el 50% de mujeres reportó que sus principales obstáculos son: “la edad, el exceso de trabajo, el trabajo en casa y home office y la falta de espacio en la casa”. Las palabras que más se repitieron son: agitación, trabajo, edad, enfermedades, pandemia, minusvalidez, espacio, contaminación, cigarro y estrés.

Conclusión

Los hallazgos de esta investigación en términos de las categorías, sus conceptualizaciones e indicadores, resultan útiles para desarrollar una escala que mida el control conductual hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable y el ejercicio físico cardiovascular, de manera culturalmente relevante.

Fase 8. Creación de instrumento para medir control conductual sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las propiedades psicométricas de la escala de control conductual de adherencia a la alimentación cardiosaludable?

¿Cuáles son las propiedades psicométricas de la escala de control conductual de adherencia al ejercicio físico cardiovascular?

Objetivo general

- Elaborar y analizar psicométricamente las escalas que evalúen el control conductual de adherencia a la alimentación cardiosaludable y el ejercicio físico cardiovascular

Objetivos específicos

- Obtener la confiabilidad mediante consistencia interna de las escalas de control conductual de adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular de adultos con cardiopatía isquémica creada a partir de los resultados de la fase 7.
- Obtener la validez de constructo de la escala de control conductual de adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular de adultos con cardiopatía isquémica creada a partir de los resultados de la fase 7.
- Obtener la estructura factorial de la escala de control conductual de adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular de adultos con cardiopatía isquémica creada a partir de los resultados de la fase 7.

Definición conceptual de la variable (V.D)

- Control conductual: es la creencia personal de la capacidad de controlar las dificultades existentes para realizar una conducta, incluye tanto factores internos como externos. Entre los internos se encuentran habilidades físicas y psicológicas, y

en los externos, el tiempo, la oportunidad, los medios y la dependencia de terceros (Ajzen & Fishbein, 1970).

Definición operacional de la variable

- Puntaje obtenido por los participantes en cada uno de los reactivos que componen la escala de control conductual sobre alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular.

Muestra

Los pacientes se contactaron en un hospital de salud pública del tercer nivel de atención de la Ciudad de México. La muestra fue no probabilística por sujetos tipo con base en Shaughnessy (2007) y Nunnally (1991) y estuvo compuesta por 125 pacientes con diagnóstico de CI con base en los criterios de la Asociación Cardiológica de New York (NYHA por sus siglas en inglés) (McMurray et al., 2012). Los participantes se encontraban entre los 32 y 82 años (M= 56 años, DE= 9.6), de los cuales 44% fueron mujeres y 56% hombres. Con respecto a su estado civil 31.2% fueron solteros, 53.6% casados, 7.2% en unión libre, 4% viudos y 4% separados. En relación con su ocupación el 13% fueron amas de casa, 15% se dedicaban al comercio, 27% eran jubilados y el 45% profesionistas que laboraban en alguna Institución pública o privada y en cuanto a su religión el 75% eran creyentes o practican alguna religión y el 25% ateos.

Criterios de selección

- a) *Inclusión:* hombres y mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de CI que residan en la Ciudad de México o Zona Metropolitana y decidan participar voluntariamente.
- b) *Exclusión:* hombres y mujeres con trastornos neurológicos o psiquiátricos, discapacidad intelectual o que no sepan leer y escribir.
- c) *Eliminación:* hombres y mujeres que no completen de forma satisfactoria el 80% del llenado del cuestionario.

Tipo de estudio y diseño

Exploratorio, no experimental de tipo transversal con un solo grupo (Kerlinger et al., 2002).

Instrumento

Escala de control conductual que se desarrolló con base en la teoría de conducta planeada de Ajzen y Fishbein (1980) y a partir de las categorías e indicadores obtenidos en la fase 7 de esta investigación, con un formato de respuesta tipo Likert, que mide la creencia personal de la capacidad de controlar las dificultades existentes, incluyendo factores internos como externos para alimentarse cardiosaludablemente y hacer ejercicio físico cardiovascular.

Los reactivos que se obtuvieron fueron evaluados por un grupo de expertos en el área.

- a) *Escala de control conductual sobre la adherencia a la alimentación cardiosaludable* (Apéndice I). Conformada por 2 reactivos (construidos ad hoc a partir de la revisión de literatura de Espí-Guerola (2004) y el análisis de contenido de dos grupos focales con personas con diagnóstico de cardiopatía isquémica). El concepto conductual que se evalúa es el de control conductual hacia la alimentación cardiosaludable (e.g., 1. *Depende de mí, disminuir el consumo de panes, tortillas, refresco, cerveza y alimentos grasosos de origen animal (carne roja, manteca, mantequilla, leche, crema, helado y quesos)*). Se responde en una escala tipo likert de 7 puntos, donde 1= “Muy difícil”, 2= “Difícil”, 3= “Un poco difícil”, 4= “Ni fácil ni difícil”, 5= “Un poco fácil”, 6= “Fácil” y 7= “Muy fácil”. Cuanto más cercano a 7, mayor es el control conductual hacia la alimentación cardiosaludable. La escala cuenta con un alfa de Cronbach global de .92, siendo muy buena y 83% de la varianza acumulada.

- b) Para medir el *control conductual sobre la adherencia al ejercicio físico cardiovascular* (Apéndice P) se utilizaron dos reactivos de la escala de control conductual de Espí-Guerola (2004) y el análisis de contenido de dos grupos focales con personas con diagnóstico de cardiopatía isquémica (e.g. *¿Qué tan difícil es para mí realizar ejercicio físico como caminatas durante al menos 30 minutos al día de forma continua, tal como lo indica mi médico?*). Se responde en una escala tipo likert

de 7 puntos, donde 1= “*Muy difícil*”, 2= “*Difícil*”, 3= “*Un poco difícil*”, 4= “*Ni fácil ni difícil*”, 5= “*Un poco fácil*”, 6= “*Fácil*” y 7= “*Muy fácil*”. Cuanto más cercano a 7, mayor es el control conductual hacia el ejercicio físico cardiovascular.

Procedimiento

1. Se contactó a las personas que tenían diagnóstico de CI y que residieran en CDMX o zona Metropolitana a través de diversas redes sociales: Facebook, Twitter, WhatsApp, Instagram y LinkedIn.
2. La aplicación de los instrumentos fue mediante la plataforma en línea de Google Forms y se les aseguró la confidencialidad y anonimato de sus datos, empleándose el consentimiento informado para la participación de estos.
3. Se les invitó a participar en la investigación con la siguiente consigna:
 - “Hola, ¿qué tal? quiero invitarte a participar en una investigación que estoy realizando por parte de la UNAM acerca de lo que piensas respecto a la alimentación cardiosaludable y el ejercicio físico. Solo se necesita tener diagnóstico de Cardiopatía isquémica y ser mayor de 18 años residente de la CDMX o Zona Metropolitana. Si estas interesado y cumples los requisitos te invito a que respondas el siguiente cuestionario. Toda la información que nos brindes será anónima y confidencial. Te agradecería mucho tu apoyo ya que tu participación es muy importante”.
4. Se les envió el link del cuestionario.
5. Se consideraron los artículos del código ético del psicólogo: Art. 8, 9, 12, 15, 16, 17, 18 y 49 para investigación en sujetos humanos (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007).

Análisis de datos

Siguiendo los lineamientos que permiten realizar un adecuado manejo de los datos para la creación de instrumentos, se llevaron a cabo los siguientes procedimientos de acuerdo con Nunnally y Bernstein (1995) y, Reyes y García y Barragán (2008):

Análisis de reactivos

- Revisión y adaptación de reactivos (lenguaje, ortografía, redacción).
- Análisis de frecuencia incluyendo sesgo para observar las tendencias de respuesta cargadas hacia una de las opciones y la selección de reactivos a partir de la elección de conductas típicas o normales.
- Discriminación de reactivos para grupos extremos utilizando la prueba t de Student.

Confiabilidad

- Análisis de confiabilidad alfa de Cronbach para obtener la consistencia interna de los factores de la escala total.

Validez

- Pruebas de adecuación muestral: prueba de esfericidad de Bartlett y la prueba de adecuación de Kaiser-Meyer Olkin (KMO).
- Se realizó un análisis factorial haciendo uso del estimador de mínimos cuadrados no ponderados (ULS) con rotación oblimin.

Resultados

Escala de Control conductual hacia la adherencia a la Alimentación Cardiosaludable

Siguiendo las recomendaciones de Lloret-Segura et al. (2014) para la escala de control conductual hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable se realizó un análisis factorial haciendo uso del estimador de ejes principales con rotación oblimin. Se mantuvieron aquellos reactivos que tenían comunalidades mayores 0.30 y pesos factoriales mayores o iguales a 0.40, con autovalores mayores a 1, criterio que agrupo 2 reactivos en un factor que explica el 83% de la varianza acumulada con un alfa de Cronbach global de .92, siendo muy buena (Tabla 25).

Tabla 25

Factores y reactivos que componen la escala de control conductual hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable (peso factorial y comunalidad)

| Factor | Reactivo | Peso factorial | Comunalidad |
|--|---|-----------------------|--------------------|
| Control conductual hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable | 1. Depende de mí, disminuir el consumo de panes, tortillas, refresco, cerveza y alimentos grasosos de origen animal (carne roja, manteca, mantequilla, leche, crema, helado y quesos) | 0.913 | 0.834 |
| | 2. Depende de mí, aumentar el consumo de frutas, verduras, cereales y carnes blancas (pollo y pescado) | 0.913 | 0.834 |

En la Tabla 26 se presenta la definición conceptual y la consistencia interna de cada uno de los factores con base en el AFE.

Tabla 26

Definiciones, número de reactivos y confiabilidad de la escala de control conductual hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable

| Factor | Definición | Número de reactivos | α de Cronbach |
|--|--|----------------------------|--|
| Control conductual hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable | Creencia personal de la capacidad de controlar las dificultades existentes para adherirse a una alimentación cardiosaludable | 2 | .92 |

Discusión

Se desarrollo y valido una escala de control conductual hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable que describe las creencias personales de la capacidad de controlar las dificultades existentes para adherirse a una alimentación cardiosaludable con base en lo propuesto teóricamente por Espí-Guerola (2004) y, Fisbhein y Ajzen (1967).

El control conductual ha sido una variable que no se ha incorporado en estudios con enfermedades cardiovasculares de tipo isquémicas, en población mexicana y resulta importante e interesante explorar el significado y cualidades del constructo, con base en lo reportado en algunos estudios de Hagger et al., 2019, Chen, 2017, Chan et al., 2020, Kumar & Smith, 2017, Talavera, 2017, Figueroa et al., 2017, y Flores, 2016.

A diferencia de otras enfermedades crónicas degenerativas la C.I. tiene una alta prevalencia en el país, lo cual resulta interesante para conocer el significado del constructo propuesto como una variable cultural, que dé cuenta de la autoeficacia que tienen los individuos con C.I. respecto a la capacidad que tienen para ejecutar una conducta de salud (Adherencia a alimentación cardiosaludable y ejercicio).

Dicha escala propuesta integra elementos teóricamente relevantes en la descripción del fenómeno de la enfermedad. No obstante, dado que hasta ahora se han presentado resultados de AFE, hacen falta estudios confirmatorios en distintas muestras hospitalarias que permitan confirmar las propiedades psicométricas de estas.

Fase 9. Exploración del concepto de intención conductual sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular.

Justificación

La intención conductual tiene como objetivo evaluar conductas relacionadas con la salud ya sea benéficas o de riesgo para diseñar e implementar diagnósticos e intervenciones. A pesar de la existencia de conceptualizaciones teóricas e instrumentos que evalúan el tema de estudio, es conveniente analizar la vigencia del constructo y su pertinencia, con el fin de obtener medidas que integren nuevos elementos teóricos y empíricos de variables culturales (López-Castedo, 2019; Magaña et al., 2017).

Es importante explorar el constructo de Intención conductual que tienen los individuos con cardiopatía isquémica para desarrollar una escala que permita relacionar el constructo con variables de adherencia a alimentación cardiosaludable y posterior a ello establecer un modelo predictivo en adherencia con base en las intenciones que tienen para ejecutar un comportamiento de salud.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la intención conductual sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular que tienen los adultos con cardiopatía isquémica?

Objetivo general

- Conocer la intención conductual sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular que tienen los adultos con cardiopatía isquémica.

Objetivos específicos

1. Identificar la intención conductual sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular de adultos con cardiopatía isquémica.
2. Identificar el significado que los adultos tienen de la intención conductual sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular.

3. Identificar las categorías que componen la definición de la intención conductual sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular.

Definición conceptual de la variable (V.D)

- *Intención conductual*: es la conducta saludable, es decir, la intención del sujeto para llevar a cabo determinado comportamiento, ya que muchos comportamientos se encuentran bajo control voluntario (Ajzen & Fishbein, 1970).

Definición operacional de la variable

- Definidoras dadas por los participantes en los grupos focales, creadas a partir de las respuestas dadas por los participantes en las preguntas de discusión.

Muestra

Participaron dos grupos focales de 4 pacientes cada uno, con diagnóstico de cardiopatía isquémica, de un hospital público del tercer nivel de atención, del sur de la Ciudad de México. La edad promedio de estos participantes fue de 55.75 (DE= 14.96), de los cuales el 80% fueron hombres y el 20% mujeres, así mismo el 100% eran casados, el 20% se desempeñaban en actividades del hogar, el 20% eran jubilados, el 40% trabajan en una institución pública y el 20% eran comerciantes.

Criterios de selección

- a) *Inclusión*: hombres y mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de cardiopatía isquémica que residan en la Ciudad de México o Zona Metropolitana y decidan participar voluntariamente.
- b) *Exclusión*: hombres y mujeres con trastornos neurológicos o psiquiátricos, discapacidad intelectual (reportados en la historia clínica) o que no sepan leer y escribir.
- c) *Eliminación*: hombres y mujeres que no firmen la carta de consentimiento informado para participar en la actividad de grupos focales y ser grabados.

Medidas

Se utilizó la técnica de grupo focal con moderador y observador (se conformaron dos grupos focales de 4 pacientes con CI cada grupo, de un hospital de tercer nivel, con una duración de hora y media).

- Se les aplicó un consentimiento informado por parte del hospital para su respectiva participación y grabación de la sesión en línea mediante Zoom, asegurándoles la confidencialidad y anonimato de sus datos.
- El guion de discusión de preguntas abiertas se desarrolló con base en la revisión de literatura de Espí-Guerola (2004), Fuentes y Díaz (2009) y los postulados del Modelo de Conducta Planeada de Ajzen y Fishbein (1980).
- Las preguntas de discusión para la exploración del concepto de *intención conductual sobre alimentación cardiosaludable y ejercicio* son las siguientes:
 1. ¿Qué posibilidades existen de que puedas alimentarte saludablemente?
 2. ¿Qué posibilidades existen de que puedas hacer ejercicio de forma frecuente?
 3. ¿Qué te motiva o podría motivar para alimentarte saludablemente?
 4. ¿Qué te motiva o podría motivar para hacer ejercicio de forma frecuente?
 5. ¿Por qué estás haciendo ejercicio?
 6. ¿Por qué te estas alimentando saludablemente?
 7. ¿Qué has hecho y que has dejado de hacer a raíz de que te enteraste de que tenías que alimentarte sanamente?
 8. ¿Qué has hecho y que has dejado de hacer a raíz de que te enteraste de que tenías que hacer algún tipo de actividad física?

Procedimiento

- Se hicieron invitaciones vía telefónica a ocho pacientes con diagnóstico de CI de un hospital de salud pública de tercer nivel, para participar en la actividad de grupos

focales y explorar las creencias (conductuales, normativas y de control), actitudes, normas subjetivas, control conductual e intención conductual respecto a la alimentación cardiosaludable y el ejercicio físico. Las sesiones de los grupos focales se llevaron a cabo en la modalidad en “línea” debido a las condiciones sanitarias de la pandemia del COVID 19.

- Se conformaron dos grupos focales en total para evaluar los constructos del Modelo de Conducta Planeada de Ajzen & Fisbhein (1980) con cuatro integrantes cada grupo y una duración de dos horas para cada sesión de grupo focal.
- Se les dio a firmar el consentimiento informado por parte del hospital del cual se encuentran adscritos para poder participar en la sesión en la cual fueron grabados, asegurándoles la confidencialidad y el anonimato de sus datos, considerando los artículos del código ético del psicólogo: Art. 8, 9, 12, 15, 16, 17, 18 y 49 para investigación en sujetos humanos (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007).
- Un día antes de cada sesión se les hicieron recordatorios vía telefónica para asegurar su asistencia a la sesión de grupo focal.
- En la sesión de grupo focal se utilizó la técnica de moderador con observador y se llevó a cabo el siguiente procedimiento:
 - a) Se les dio la bienvenida e introducción respecto a los objetivos a seguir durante la actividad de grupo focal y nuevamente se les preguntó respecto al deseo o no de participar libremente en la actividad, dando a su vez instrucciones de cómo utilizar la aplicación de Zoom para poder participar en relación a la activación de la cámara y el micrófono (duración 5 minutos).
 - b) Posteriormente el observador realizó anotaciones respecto a las ideas principales de cada participante y el moderador les explicó de forma general a los participantes qué es la alimentación saludable y el ejercicio físico como medidas de prevención primaria, con la finalidad de contextualizarlos al tema que se abordará a partir las creencias (conductuales, normativas y de control), actitudes conductuales, normas subjetivas, control conductual e intención conductual respecto a la alimentación cardiosaludable y el ejercicio físico cardiovascular (duración 5 minutos).

- c) Enseguida el moderador comenzó con las preguntas de discusión del área de “creencias”, en donde se exploró respecto a las creencias (conductuales, normativas y de control) de la alimentación saludable y ejercicio físico cardiovascular (duración 20 minutos).
 - d) La segunda área de discusión fue la de “actitudes” respecto a la alimentación saludable y ejercicio físico cardiovascular (duración 20 minutos).
 - e) La tercera área de discusión fue la de “normas subjetivas” respecto a la alimentación saludable y ejercicio físico cardiovascular (duración 20 minutos).
 - f) La cuarta área de discusión fue la de “control conductual” respecto a la alimentación saludable y ejercicio físico cardiovascular (duración 20 minutos).
 - g) La quinta área de discusión fue la de “intención conductual” respecto a la alimentación saludable y ejercicio físico cardiovascular (duración 20 minutos).
 - h) Por último, se realizó una breve conclusión respecto a las respuestas de los participantes para ir cerrando la discusión grupal y se les agradeció su participación y tiempo dedicado e invertido en la sesión.
- Se consideró la carta descriptiva para tener un procedimiento estandarizado en las instrucciones a seguir para el desarrollo de los grupos focales (Apéndice C).

Análisis de datos

- Análisis de contenido basado en la transcripción de las notas y las cintas de audio (Andréu, 1998).
- Se hizo una transcripción del contenido de las grabaciones en conjunto con las notas tomadas en la sesión por el observador, posterior a ello se siguieron los siguientes pasos:
 1. Determinar el objeto o tema de análisis.
 2. Determinar las reglas de codificación.
 3. Determinar el sistema de categorías.
 4. Establecer Inferencias.

5. Comprobar la fiabilidad del sistema de codificación-categorización mediante jueces expertos y posteriormente a través del análisis de V de Aiken (Aiken, 1985) para cuantificar la relevancia de los ítems respecto a un dominio de contenido a partir de sus valoraciones.

Resultados

- Para la categoría de intención conductual hacia la alimentación cardiosaludable de forma sobresaliente se encontró lo siguiente:

El 100% de mujeres y hombres reportó que lo más importante para aumentar la probabilidad de consumir una dieta cardiosaludable es “implementando hábitos alimenticios en la familia con base en una dieta propuesta por un especialista en salud”, así mismo algunas otras opiniones reportaron la importancia del “apoyo familiar, apoyo del nutriólogo y la preparación de alimentos desde casa”. Así mismo de acuerdo con lo reportado, solo el 50% de hombres y mujeres afirmaron que Medianamente podrían adherirse a una alimentación cardiosaludable. Las palabras que más se repitieron son: dieta, apoyo, reducción, organización, hábitos.

- Para la categoría de intención conductual hacia el ejercicio físico, de forma sobresaliente se encontró lo siguiente:

El 100% de mujeres reportó que lo más importante para aumentar la probabilidad de hacer ejercicio físico todos los días por media hora, es: “caminar más cuando se flojee por un día, caminar con el esposo e hijos, dar la vuelta por donde viven, realizar estiramientos en casa, sacar a pasear al perro, caminar en círculos durante la casa y subir y bajar escaleras”, así mismo el 83% de hombres considero que para aumentar la probabilidad para hacer ejercicio físico necesita “no agotarse demás en el trabajo, comenzar una rutina de ejercicios por la noche después del trabajo y bajar de peso”.

Conclusión

Los hallazgos de esta investigación en términos de las categorías, sus conceptualizaciones e indicadores, resultan útiles para desarrollar una escala que mida la intención conductual hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable de manera culturalmente relevante.

Fase 10. Creación de instrumento para medir intención conductual sobre adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las propiedades psicométricas de la escala de intención conductual de adherencia a la alimentación cardiosaludable?

¿Cuáles son las propiedades psicométricas de la escala de intención conductual de adherencia al ejercicio físico cardiovascular?

Objetivo general

- Elaborar y analizar psicométricamente las escalas que evalúen la intención conductual de adherencia a la alimentación cardiosaludable y el ejercicio físico cardiovascular.

Objetivos específicos

- Obtener la confiabilidad mediante consistencia interna de la escala de intención conductual de adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular de adultos con cardiopatía isquémica creada a partir de los resultados de la fase 9.
- Obtener la validez de constructo de la escala de intención conductual de la adherencia a la alimentación cardiosaludable y el ejercicio físico cardiovascular de adultos con cardiopatía isquémica creada a partir de los resultados de la fase 9.
- Obtener la estructura factorial de la escala de intención conductual de la adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular de adultos con cardiopatía isquémica creada a partir de los resultados de la fase 9.

Definición conceptual de la variable (V.D)

- *Intención conductual*: es la conducta saludable, es decir, la intención del sujeto para llevar a cabo determinado comportamiento, ya que muchos comportamientos se encuentran bajo control voluntario (Fisbhein & Ajzen, 1967).

Definición operacional de la variable

- Puntaje obtenido por los participantes en cada uno de los reactivos que componen la escala de intención conductual sobre alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular.

Muestra

Los pacientes se contactaron en un hospital de salud pública del tercer nivel de atención de la Ciudad de México. La muestra fue no probabilística por sujetos tipo con base en Shaughnessy (2007) y Nunnally (1991), y estuvo compuesta por 125 pacientes con diagnóstico de CI con base en los criterios de la Asociación Cardiológica de New York (NYHA por sus siglas en inglés) (McMurray et al., 2012). Los participantes se encontraban entre los 32 y 82 años (M= 56 años, DE= 9.6), de los cuales 44% fueron mujeres y 56% hombres. Con respecto a su estado civil 31.2% fueron solteros, 53.6% casados, 7.2% en unión libre, 4% viudos y 4% separados. En relación con su ocupación el 13% fueron amas de casa, 15% se dedicaban al comercio, 27% eran jubilados y el 45% profesionistas que laboraban en alguna Institución pública o privada y en cuanto a su religión el 75% eran creyentes o practican alguna religión y el 25% ateos.

Criterios de selección

- a) *Inclusión*: hombres y mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de CI que residan en la Ciudad de México o Zona Metropolitana y decidan participar voluntariamente.
- b) *Exclusión*: hombres y mujeres con trastornos neurológicos o psiquiátricos, discapacidad intelectual o que no sepan leer y escribir.

- c) *Eliminación*: hombres y mujeres que no completen de forma satisfactoria el 80% del llenado del cuestionario.

Tipo de estudio y diseño

Exploratorio, no experimental de tipo transversal con un solo grupo (Kerlinger et al., 2002).

Instrumento

- Escala de Intención conductual que se desarrolló con base en la teoría de conducta planeada de Ajzen y Fishbein (1980), y a partir de las categorías e indicadores obtenidos en la fase 9 de esta investigación, con un formato de respuesta tipo Likert, que evalúa la intención del sujeto para alimentarse cardiosaludablemente y hacer ejercicio.

Los reactivos que se obtuvieron fueron evaluados por un grupo de expertos en el área.

- a) *Escala de intención conductual sobre la adherencia a la alimentación cardiosaludable* (Apéndice J). Conformada por 3 reactivos (construidos ad hoc a partir de la revisión de literatura de Espí-Guerola (2004) y el análisis de contenido de dos grupos focales con personas con diagnóstico de cardiopatía isquémica). El concepto conductual que se evalúa es la intención de disminuir el consumo de alimentos no saludables en términos de probabilidad (e.g., La probabilidad de que durante la semana entrante disminuya el consumo de alimentos grasos de origen animal (carne roja, manteca, mantequilla, leche, crema, helado y quesos) tal como lo indico mi médico). Se responde en una escala tipo Likert de 5 puntos, donde: 1= “0%”, 2= “25%”, 3= “50%”, 4= “75%” y 5= “100%”. Cuanto más cercano sea el resultado a 100%, mayor es la probabilidad de disminuir el consumo de alimentos no saludables. La escala cuenta con un alfa de Cronbach global de .80, siendo buena y 71% de la varianza acumulada.
- b) Para medir la *intención conductual sobre la adherencia al ejercicio físico cardiovascular* (Apéndice Q) se utilizó un reactivo adaptado de la escala de intención conductual de Espí-Guerola (2004) y el análisis de contenido de dos grupos focales

con personas con diagnóstico de cardiopatía isquémica (e.g., *La probabilidad de que durante la semana entrante realice caminata como actividad cardiovascular todos los días durante al menos 30 minutos continuos, tal como lo indico mi médico*). Se responde en una escala tipo Likert de 7 puntos, donde 1= “*Muy difícil*”, 2= “*Difícil*”, 3= “*Un poco difícil*”, 4= “*Ni fácil ni difícil*”, 5= “*Un poco fácil*”, 6= “*Fácil*” y 7= “*Muy fácil*”. Cuanto más cercano a 7, mayor es el control conductual hacia el ejercicio físico cardiovascular.

Procedimiento

1. Se contactó a las personas que tenían diagnóstico de cardiopatía isquémica y que residieran en CDMX o zona Metropolitana a través de diversas redes sociales: Facebook, Twitter, WhatsApp, Instagram y LinkedIn.
2. La aplicación de los instrumentos fue mediante la plataforma en línea de Google Forms y se les aseguró la confidencialidad y anonimato de sus datos, empleándose el consentimiento informado para la participación de estos.
3. Se les invitó a participar en la investigación con la siguiente consigna:
 - “Hola, ¿qué tal? Quiero invitarte a participar en una investigación que estoy realizando por parte de la UNAM acerca de lo que piensas respecto a la alimentación cardiosaludable y el ejercicio físico. Solo se necesita tener diagnóstico de cardiopatía isquémica y ser mayor de 18 años residente de la CDMX o Zona Metropolitana. Si estas interesado y cumples los requisitos te invito a que respondas el siguiente cuestionario. Toda la información que nos brindes será anónima y confidencial. Te agradecería mucho tu apoyo ya que tu participación es muy importante”.
4. Se les envió el link del cuestionario.
5. Se consideraron los artículos del código ético del psicólogo: Art. 8, 9, 12, 15, 16, 17, 18 y 49 para investigación en sujetos humanos (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007).

Análisis de datos

Siguiendo los lineamientos que permiten realizar un adecuado manejo de los datos para la creación de instrumentos, se llevaron a cabo los siguientes procedimientos de acuerdo con Nunnally y Bernstein (1995) y, Reyes y García y Barragán (2008):

Análisis de reactivos

- Revisión y adaptación de reactivos (lenguaje, ortografía, redacción).
- Análisis de frecuencia incluyendo sesgo para observar las tendencias de respuesta cargadas hacia una de las opciones y la selección de reactivos a partir de la elección de conductas típicas o normales.
- Discriminación de reactivos para grupos extremos utilizando la prueba t de Student.

Confiabilidad

- Análisis de confiabilidad alfa de Cronbach para obtener la consistencia interna de los factores de la escala total.

Validez

- Pruebas de adecuación muestral: Prueba de esfericidad de Bartlett y la prueba de adecuación de Kaiser-Meyer Olkin (KMO).
- Se realizó un análisis factorial haciendo uso del estimador de mínimos cuadrados no ponderados (ULS) con rotación oblimin.

Resultados

Escala de intención conductual hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable

Siguiendo las recomendaciones de Lloret-Segura et al. (2014) para la escala de intención conductual hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable se realizó un análisis factorial haciendo uso del estimador de mínimos cuadrados no ponderados (ULS) con rotación oblimin. Se mantuvieron aquellos reactivos que tenían comunalidades mayores 0.30 y pesos factoriales mayores o iguales a 0.40, con autovalores mayores a 1, criterio que agrupo

3 reactivos en un factor que explica el 71% de la varianza acumulada con un Alfa de Cronbach global de .80, siendo buena (Tabla 27).

Tabla 27

Factores y reactivos que componen la escala de intención conductual hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable (peso factorial y comunalidad)

| Factor | Reactivo | Peso factorial | Comunalidad |
|--|--|-----------------------|--------------------|
| Intención conductual hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable | 1. La probabilidad de que durante la semana entrante disminuya el consumo de panes y tortillas tal como lo indico mi médico. | 0.842 | .619 |
| | 2. La probabilidad de que durante la semana entrante disminuya el consumo de alimentos grasosos de origen animal (carnes rojas, manteca, mantequilla, leche, crema, helado y quesos) tal como lo indico mi médico. | 0.809 | .646 |
| | 3. La probabilidad de que durante la semana entrante disminuya el consumo de refrescos, bebidas azucaradas y alcohol tal como lo indico mi médico. | 0.682 | .469 |

En la Tabla 28 se presenta la definición conceptual y la consistencia interna de cada uno de los factores con base en el AFE.

Tabla 28

Definiciones, número de reactivos y confiabilidad de la escala de intención conductual hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable

| Factor | Definición | Número de reactivos | α de Cronbach |
|--|---|----------------------------|--|
| Intención conductual hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable | Conducta saludable hacia la pretensión de disminuir el consumo de alimentos no saludables | 3 | .80 |

Discusión

La intención conductual tiene como objetivo evaluar conductas relacionadas con la salud ya sea benéficas o de riesgo para diseñar e implementar diagnósticos e intervenciones. A pesar de la existencia de conceptualizaciones teóricas e instrumentos que evalúan el tema de estudio, fue conveniente analizar la vigencia del constructo y su pertinencia, con el fin de obtener medidas que integren nuevos elementos teóricos y empíricos de variables culturales (López, 2018; Magaña et al., 2017).

Los hallazgos de esta investigación arrojaron información respecto a la intención conductual con relación a la adherencia a la alimentación cardiosaludable. Este estudio aporta una escala de intención conductual que describe la conducta saludable hacia la pretensión de disminuir el consumo de alimentos no saludables con base en lo propuesto teóricamente por Espí-Guerola (2004) y, Fishbein y Ajzen (1967), demostrando propiedades psicométricas adecuadas para la medición de dicho constructo.

Fase 11. Propiedades psicométricas de la escala de estilos de afrontamiento hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable y hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular.

Justificación

Considerando los cambios sociales, culturales, educativos, económicos y políticos que se han venido dando en la actualidad (García, 2000), es indispensable identificar la afectación o influencia del significado del constructo (Reyes & García y Barragán, 2008). Por ello es importante demostrar la vigencia de los constructos para los cuales fueron construidos. Su importancia radica en poder utilizar instrumentos válidos y confiables que permitan desarrollar análisis para comprender el estudio desde una perspectiva relacional y posteriormente sean utilizados para el desarrollo de un modelo predictivo de conductas de salud en adherencia a alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las propiedades psicométricas de la escala de estilos de afrontamiento hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable?

¿Cuáles son las propiedades psicométricas de la escala de estilos de afrontamiento hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular?

Objetivo general

- Elaborar y analizar psicométricamente las escalas que evalúen los estilos de afrontamiento hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable y el ejercicio físico cardiovascular.

Objetivos específicos

1. Obtener la confiabilidad mediante consistencia interna de las escalas de estilos de afrontamiento hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable y el ejercicio físico cardiovascular en adultos con cardiopatía isquémica.

2. Obtener la validez de constructo de la escala de estilos de afrontamiento hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable y el ejercicio físico cardiovascular en adultos con cardiopatía isquémica.
3. Obtener la estructura factorial de la escala de estilos de afrontamiento hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable y el ejercicio físico cardiovascular en adultos con cardiopatía isquémica.

Definición conceptual de estilos de afrontamiento (V.I):

4. Estilos de afrontamiento: pensamientos y acciones que los individuos usan para enfrentar los encuentros estresantes cotidianos con base en el enfrentamiento evasivo, enfrentamiento de distanciamiento, enfrentamiento de reevaluación positiva, enfrentamiento de análisis cognitivo-reflexivo y enfrentamiento de negación (Zavala et al., 2008).

Definición operacional de estilos de afrontamiento:

- Puntaje obtenido por los participantes en cada uno de los reactivos que componen la escala de estilos de afrontamiento hacia la alimentación cardiosaludable y el ejercicio físico cardiovascular.

Muestra

Los pacientes se contactaron en un hospital de salud pública del tercer nivel de atención de la Ciudad de México. La muestra fue no probabilística por sujetos tipo con base en Shaughnessy (2007) y Nunnally (1991), y estuvo compuesta por 125 pacientes con diagnóstico de CI con base en los criterios de la Asociación Cardiológica de New York (NYHA por sus siglas en inglés) (McMurray et al., 2012). Los participantes se encontraban entre los 32 y 82 años de edad ($M= 56$ años, $DE= 9.6$), de los cuales 44% fueron mujeres y 56% hombres. Con respecto a su estado civil 31.2% fueron solteros, 53.6% casados, 7.2% en unión libre, 4% viudos y 4% separados. En relación con su ocupación el 13% fueron amas de casa, 15% se dedicaban al comercio, 27% eran jubilados y el 45% profesionistas que laboraban en alguna Institución pública o privada y en cuanto a su religión el 75% eran creyentes o practican alguna religión y el 25% ateos.

Criterios de selección

- a) *Inclusión:* hombres y mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de cardiopatía isquémica que residan en la Ciudad de México o Zona Metropolitana y decidan participar voluntariamente.
- b) *Exclusión:* hombres y mujeres con trastornos neurológicos o psiquiátricos, discapacidad intelectual o que no sepan leer y escribir.
- c) *Eliminación:* hombres y mujeres que no completen de forma satisfactoria el 80% del llenado del cuestionario.

Tipo de estudio y diseño

Exploratorio, no experimental de tipo transversal con un solo grupo (Kerlinger et al., 2002).

Instrumentos

Escalas de estilos de afrontamiento hacia la alimentación cardiosaludable y el ejercicio físico cardiovascular que se adaptaron a población con cardiopatía isquémica a partir de los reactivos de la escala de Zavala et al. (2008) con un formato de respuesta tipo Likert

Los reactivos que se obtuvieron fueron evaluados por un grupo de expertos en el área.

- a) *Escala de estilos de afrontamiento hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable* (Apéndice K). Conformada por 15 reactivos (adaptados en este estudio a partir de la revisión de literatura de Zavala et al., 2008) que miden las estrategias de afrontamiento hacia la alimentación cardiosaludable. El concepto conductual que se evalúa en los primeros cuatro reactivos es el de evasión, los siguientes cuatro reactivos evalúan la autofocalización negativa y los siete reactivos restantes evalúan el análisis cognitivo reflexivo en personas con enfermedad cardiovascular (e.g., *“Intente sentirme mejor haciendo mi dieta cardiosaludable”*). Se responde en una escala tipo likert con cuatro opciones de respuesta: *“0 = No de ninguna manera”, “1 = En alguna medida”, “2 = Generalmente, usualmente”, “3 = Siempre, en gran medida”*. Cuanto más cercano es a tres, mayor describe el estilo de afrontamiento utilizado hacia la alimentación cardiosaludable. La escala cuenta

con un alfa de Cronbach de .85 para el factor de evasión, un alfa de Cronbach de .78 para el factor de autofocalización negativa y un alfa de Cronbach de .91 para el factor de análisis cognitivo reflexivo, así mismo un alfa de Cronbach global de .86, siendo buena y 68% de la varianza acumulada.

- b) *Escala de estilos de afrontamiento hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular* (Apéndice R). Conformada por 20 reactivos (adaptados en este estudio a partir de la revisión de literatura de Zavala et al., 2008) que miden las estrategias de afrontamiento hacia el ejercicio físico cardiovascular. El concepto conductual que se evalúa en los primeros cinco reactivos es el de evasión, los siguientes ocho reactivos evalúan la reevaluación positiva y los siete reactivos restantes evalúan el análisis cognitivo reflexivo en personas con enfermedad cardiovascular (e.g., “*Soñé o imaginé que las cosas eran mejores cuando caminaba a diario por 30 minutos al día*”). Se responde en una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta: “0 = *No de ninguna manera*”, “1 = *En alguna medida*”, “2 = *Generalmente, usualmente*”, “3 = *Siempre, en gran medida*”. Cuanto más cercano es a tres, mayor describe el estilo de afrontamiento utilizado hacia la alimentación cardiosaludable. La escala cuenta con un alfa de Cronbach de .82 para el factor de evasión, un alfa de Cronbach de .90 para el factor de reevaluación positiva y un alfa de Cronbach de .76 para el factor de análisis cognitivo reflexivo, así mismo un alfa de Cronbach global de .82, siendo buena y 62% de la varianza acumulada.

Procedimiento

1. Se contactó a las personas que tenían diagnóstico de CI y que residieran en CDMX o zona Metropolitana a través de diversas redes sociales: Facebook, Twitter, WhatsApp, Instagram y LinkedIn.
2. La aplicación de los instrumentos fue mediante la plataforma en línea de Google Forms y se les aseguró la confidencialidad y anonimato de sus datos, empleándose el consentimiento informado para la participación de estos.

3. Se les invitó a participar en la investigación con la siguiente consigna:

- “Hola, ¿qué tal? Quiero invitarte a participar en una investigación que estoy realizando por parte de la UNAM acerca de lo que piensas respecto a la alimentación cardiosaludable y el ejercicio físico. Solo se necesita tener diagnóstico de Cardiopatía isquémica y ser mayor de 18 años residente de la CDMX o Zona Metropolitana. Si estas interesado y cumples los requisitos te invito a que respondas el siguiente cuestionario. Toda la información que nos brindes será anónima y confidencial. Te agradecería mucho tu apoyo ya que tu participación es muy importante”.

4. Se les envió el link del cuestionario

5. Se consideraron los artículos del código ético del psicólogo: Art. 8, 9, 12, 15, 16, 17, 18 y 49 para investigación en sujetos humanos (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007).

Análisis de datos

Siguiendo los lineamientos que permiten realizar un adecuado manejo de los datos para la adaptación de instrumentos, se llevaron a cabo los siguientes procedimientos de acuerdo con Nunnally y Bernstein (1995) y, Reyes y García y Barragán (2008):

Análisis de reactivos

- Revisión y adaptación de reactivos (lenguaje, ortografía, redacción).
- Análisis de frecuencia incluyendo sesgo para observar las tendencias de respuesta cargadas hacia una de las opciones y la selección de reactivos a partir de la elección de conductas típicas o normales.
- Discriminación de reactivos para grupos extremos utilizando la prueba t de Student.

Confiabilidad

- Análisis de confiabilidad alfa de Cronbach para obtener la consistencia interna de los factores de la escala total.

Validez

- Pruebas de adecuación muestral: Prueba de esfericidad de Bartlett y la prueba de adecuación de Kaiser-Meyer Olkin (KMO).
- Se realizó un análisis factorial haciendo uso del estimador de mínimos cuadrados no ponderados (ULS) con rotación oblimin.

Resultados

Escala de afrontamiento hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable

Siguiendo las recomendaciones de Lloret-Segura et al. (2014) para la escala de afrontamiento a la adherencia a la alimentación cardiosaludable se realizó un análisis factorial haciendo uso del estimador de mínimos cuadrados no ponderados con rotación oblimin. Se mantuvieron aquellos reactivos que tenían comunalidades mayores 0.30 y pesos factoriales mayores o iguales a 0.40, con autovalores mayores a 1, criterio que agrupo 15 reactivos en tres factores que explican el 68% de la varianza acumulada con un alfa de Cronbach global de .86, siendo buena (Tabla 29). Los factores conformados son:

1. Evasión (4 reactivos) $\alpha=.85$
2. Autofocalización negativa (4 reactivos) $\alpha=.78$
3. Análisis cognitivo reflexivo (7 reactivos) $\alpha=.91$

Tabla 29

Factores y reactivos que componen la escala de afrontamiento hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable (peso factorial y comunalidad)

| Factor | Reactivo | Peso factorial | Comunalidad |
|---------------------------------|--|-----------------------|--------------------|
| 1. Evasión | Considerando que de acuerdo a las recomendaciones médicas es importante disminuir el consumo de panes, tortillas, refresco, alcohol y alimentos grasosos de origen animal (carne roja, manteca, mantequilla, leche, crema, helado y quesos) y aumentar el consumo de verduras, cereales y carnes blancas (pollo y pescado), responde la siguiente escala, lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió usted durante la semana pasada, no piense mucho las respuestas, recuerde que no hay respuestas buenas ni malas | | |
| | 1. Traté de olvidarme por completo de que no estoy realizando la dieta cardiosaludable | .559 | .349 |
| | 2. Evité que los demás se enteraran de que no hago la dieta prescrita por mi médico. | .670 | .535 |
| | 3. Me negué a creer que no estaba realizando la dieta cardiosaludable. | .963 | .899 |
| 2. Autofocalización negativa | 4. Me di cuenta de que yo mismo(a) no quiero hacer la dieta cardiosaludable | .756 | .595 |
| | 5. Seguí adelante con mi destino (simplemente algunas veces tengo mala suerte para hacer la dieta cardiosaludable). | .530 | .462 |
| | 6. Esperé a que ocurriera un milagro para que hiciera la dieta prescrita por mi médico. | .647 | .400 |
| | 7. Esperé a ver qué pasaba antes de hacer la dieta cardiosaludable. | .865 | .841 |
| 3. Análisis cognitivo reflexivo | 8. Me disculpé o hice algo para compensar el hecho de que no había realizado la dieta prescrita por mi médico. | .464 | .449 |
| | 9. Intenté sentirme mejor comiendo y bebiendo lo que me corresponde | .752 | .660 |
| | 10. Soñé o imaginé que las cosas eran mejores cuando hacia mi dieta cardiosaludable. | .781 | .712 |
| | 11. Busqué un poco de esperanza, intentando mirar las cosas buenas de la dieta cardiosaludable | .819 | .685 |

| | | |
|---|------|------|
| 12. Me dije cosas que me ayudaron a sentirme mejor para hacer la dieta prescrita por mi médico. | .802 | .640 |
| 13. Me inspiré a hacer comidas sanas de manera creativa. | .705 | .538 |
| 14. Cambié y maduré como persona al hacer mi dieta cardiosaludable a diario. | .814 | .658 |
| 15. Tuve fe en hacer la comida sana que me corresponde. | .821 | .714 |

En la Tabla 30 se presenta la definición conceptual y la consistencia interna de cada uno de los factores con base en el AFE.

Tabla 30

Definiciones, número de reactivos y confiabilidad de la escala de afrontamiento hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable

| Factor | Definición | Número de reactivos | α de Cronbach |
|------------------------------|---|----------------------------|--|
| Evasión | Deseos y esfuerzos conductuales para escapar o evadir el consumo de alimentos cardiosaludables | 4 | .85 |
| Autofocalización negativa | Sentimientos de incapacidad para afrontar la situación y creencia de que las cosas suelen salir mal | 4 | .78 |
| Análisis cognitivo reflexivo | Es el hecho que implica realizar un ejercicio de autorreflexión que ayuda a analizar el problema y a resolverlo | 7 | .91 |

Escala de afrontamiento a la adherencia al ejercicio físico cardiovascular

Siguiendo las recomendaciones de Lloret-Segura et al. (2014) para la escala de afrontamiento a la adherencia al ejercicio físico se realizó un análisis factorial haciendo uso del estimador de mínimos cuadrados no ponderados con rotación oblimin. Se mantuvieron aquellos reactivos que tenían comunalidades mayores 0.30 y pesos factoriales mayores o iguales a 0.40, con autovalores mayores a 1, criterio que agrupo 20 reactivos en tres factores que explican el 62% de la varianza acumulada con un Alfa de Cronbach global de .82, siendo buena (Tabla 31). Los factores conformados son:

1. Evasión (5 reactivos) $\alpha=.82$
2. Reevaluación positiva (8 reactivos) $\alpha=.90$
3. Análisis cognitivo reflexivo (7 reactivos) $\alpha=.76$

Tabla 31

Factores y reactivos que componen la escala de afrontamiento hacia el ejercicio físico (peso factorial y comunalidad)

| Factor | Reactivo | Peso factorial | Comunalidad |
|------------|---|----------------|-------------|
| | Considerando que de acuerdo con las recomendaciones médicas es importante realizar actividad física por 30 minutos continuos cada día, como por ejemplo caminata), responde la siguiente escala, lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió usted durante la semana pasada, no piense mucho las respuestas, recuerde que no hay respuestas buenas ni malas | | |
| 1. Evasión | 1. Trate de olvidarme por completo de que no estoy haciendo ejercicio físico | .561 | .629 |
| | 2. Evité que los demás se enteraran de que no hago ejercicio físico | .649 | .456 |
| | 3. Me negué a creer que no estaba haciendo ejercicio físico | .962 | .863 |
| | 4. Me critiqué o cuestioné por el ejercicio físico | .756 | .427 |
| | 5. Me di cuenta de que yo mismo no quiero hacer ejercicio físico | .877 | .752 |

| | | | |
|---------------------------------|---|------|------|
| | 6. Intenté sentirme mejor haciendo caminatas más de 30 minutos al día | .785 | .685 |
| | 7. Soñé o imaginé que las cosas eran mejores cuando caminaba a diario por 30 minutos al día | .659 | .454 |
| | 8. Busqué un poco de esperanza, intentando mirar las cosas buenas del ejercicio físico | .857 | .764 |
| | 9. Me dije cosas que me ayudaron a sentirme mejor para hacer ejercicio físico | .740 | .570 |
| 2. Autofocalización negativa | 10. Me inspiré a hacer ejercicio de manera creativa | .802 | .732 |
| | 11. Cambié y maduré como persona al caminar por 30 minutos al día a diario | .801 | .640 |
| | 12. Tuve fe en hacer el ejercicio que me corresponde | .778 | .665 |
| | 13. Me consolé pensando que las cosas podían ser peores si no hago ejercicio físico | .570 | .412 |
| | 14. Tuve el deseo de que mi flojera por hacer ejercicio terminara | .453 | .459 |
| | 15. Tuve fantasías o imaginé el modo en que puedo hacer ejercicio físico | .686 | .703 |
| | 16. Seguí adelante con mi destino (simplemente algunas veces tengo mala suerte para hacer ejercicio físico) | .628 | .499 |
| 3. Análisis cognitivo reflexivo | 17. Seguí sin hacer ejercicio como si no hubiera pasado nada | .435 | .406 |
| | 18. Esperé a que ocurriera un milagro para que hiciera ejercicio por 30 minutos mediante caminatas | .732 | .791 |
| | 19. Esperé a ver qué pasaba antes de hacer ejercicio físico | .465 | .484 |
| | 20. Me disculpé o hice algo para compensar el hecho de que no había realizado ejercicio físico | .425 | .496 |

En la Tabla 32 se presenta la definición conceptual y la consistencia interna de cada uno de los factores con base en el AFE.

Tabla 32

Definiciones, número de reactivos y confiabilidad de la escala de afrontamiento hacia la adherencia al ejercicio físico

| Factor | Definición | Número de reactivos | α de Cronbach |
|------------------------------|--|----------------------------|--|
| Evasión | Deseos y esfuerzos conductuales para escapar o evadir el ejercicio físico cardiovascular | 5 | .82 |
| Reevaluación positiva | Los esfuerzos para crear un significado positivo de la realización de ejercicio físico cardiovascular a través de un crecimiento personal. | 8 | .90 |
| Análisis cognitivo reflexivo | Es el hecho que implica realizar un ejercicio de autorreflexión que ayuda a analizar el problema y a resolverlo | 7 | .76 |

Discusión

Considerando los cambios sociales, culturales, educativos, económicos y políticos que se han venido dando en la actualidad (García, 2000) es indispensable identificar la afectación o influencia del significado del constructo (Barragán, 2007). Por ello es importante demostrar la vigencia de los constructos de afrontamiento para los cuales fueron construidos. Su importancia radica en poder utilizar instrumentos válidos y confiables que permitan desarrollar análisis para comprender el estudio desde una perspectiva relacional y posteriormente sean utilizados para el desarrollo de un modelo predictivo de conductas de salud en Adherencia a Alimentación Cardiosaludable y Ejercicio Físico Cardiovascular.

Para ello en el presente estudio se desarrollaron dos escalas multifactoriales para medir las estrategias de afrontamiento hacia la adherencia a las medidas de prevención primaria en cardiopatía isquémica (alimentación cardiosaludable y ejercicio físico de tipo cardiovascular), siendo este segundo, definido como caminata diaria por 30 minutos continuos al día.

Este estudio aporta dos escalas multifactoriales de las estrategias de afrontamiento hacia la adherencia a las medidas de prevención primaria en cardiopatía isquémica, las cuales

integran elementos teóricamente relevantes en la descripción del fenómeno de la enfermedad, dichas escalas se adaptaron del instrumento de estilos de enfrentamiento de Lazarus y Folkman en adultos de la Ciudad de México de Zavala et al. (2008).

La primer escala de afrontamiento hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable, describe tres factores, el primero de ellos es el de evasión caracterizado por deseos y esfuerzos conductuales para escapar o evadir el consumo de alimentos cardiosaludables, el segundo es el de autofocalización negativa, caracterizado por sentimientos de incapacidad para afrontar la situación y creencia de que las cosas suelen salir mal y el tercer factor hace alusión al análisis cognitivo reflexivo caracterizado por el hecho que implica realizar un ejercicio de autorreflexión que ayuda a analizar el problema y a resolverlo.

La segunda escala de afrontamiento hacia el ejercicio físico cardiovascular se compone por el factor de evasión caracterizado por los deseos y esfuerzos conductuales para escapar o evadir el ejercicio físico cardiovascular, así como también por el factor de reevaluación positiva caracterizado por los esfuerzos para crear un significado positivo de la realización de ejercicio físico cardiovascular a través de un crecimiento personal y finalmente por el factor de análisis cognitivo reflexivo caracterizado por el hecho que implica realizar un ejercicio de autorreflexión que ayuda a analizar el problema y a resolverlo.

De esta manera las escalas de afrontamiento hacia dichas medidas de prevención primaria en cardiopatía isquémica miden de manera válida, confiable y con propiedades psicométricas robustas. La medición de estos constructos, representa un avance sensible en la investigación de este fenómeno en México, pues el análisis de sus factores permitirá un conocimiento más específico y profundo del mismo en nuestra población.

Fase 12. Confiabilidad de las Escalas de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y Cuestionario de Adherencia a la Alimentación Cardiosaludable (PREDIMED).

Justificación

El HADS es un instrumento utilizado ampliamente para evaluar síntomas de ansiedad y depresión en el ámbito hospitalario. Se ha aplicado a pacientes con diversas enfermedades crónicas, principalmente cáncer y diabetes, por lo cual evaluar su confiabilidad en pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica, permitirá probar la vigencia de dichos constructos.

La adherencia ha sido ampliamente estudiada en culturas orientales y europeas (Chen, 2017; Huéscar et al., 2014; Lin et al., 2016) en alimentación cardiosaludable y ejercicio en enfermedad crónica degenerativa. Existen instrumentos que miden adherencia a diversos tipos de alimentación, sin embargo es importante considerar aquel que este orientado en una muestra en particular como lo es la de tipo cardiovascular haciendo alusión al cumplimiento de las recomendaciones de la dieta cardiosaludable como medida de prevención primaria, por ello resulta pertinente utilizar definiciones culturalmente congruentes y emplear instrumentos elaborados y validados en población mexicana con base en aspectos teóricos de una muestra con características en particular (Figueroa et al., 2017), ya que su importancia radica en poder probar el modelo propuesto en esta investigación con base en este constructo como variable de salida. Considerando los cambios sociales, culturales, educativos, económicos y políticos que se han venido dando en la actualidad (García, 2000), es indispensable identificar la afectación o influencia del significado del constructo (Reyes & García y Barragán, 2008). Por ello es importante demostrar la vigencia de los constructos para los cuales fueron construidos.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la consistencia interna de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria de Zigmond y Snaith (1983) en su versión validada por Herrera et al. (2018) en adultos con cardiopatía isquémica?

¿Cuál es la consistencia interna del Cuestionario de Adherencia a la Alimentación Cardiosaludable en su versión validada por Herrera et al. (2018) en adultos con cardiopatía isquémica?

Objetivos específicos

1. Obtener la consistencia interna de la Escala de Ansiedad y Depresión hospitalaria de Zigmond y Snaith (1983) en su versión validada por Herrera et al. 2018, en adultos con cardiopatía isquémica.
2. Obtener la consistencia interna del Cuestionario de Adherencia a la Alimentación Cardiosaludable, en su versión validada por Cámara et al. (2014) en adultos con cardiopatía isquémica.

Definición conceptual

- a) Ansiedad: estado disfórico semejante al miedo cuando hay alguna situación manifiesta de peligro; es una sensación de aprehensión, anticipación o temor al posible riesgo; también se puede definir como un estado fisiológico de excitación vegetativa, alerta vigilancia y tensión motora (retomada de Zigmund & Snaith 1993, como se cita en Hernández et al., 2014).
- b) Depresión: estado afectivo anormal por su intensidad, duración y condiciones de aparición, caracterizado por un sentimiento de tristeza intenso; desproporcionado con respecto a la magnitud del hecho y persiste más allá de un periodo justificado, centrándose en la anhedonia como rasgo psicopatológico principal, así como pérdida del interés en las actividades cotidianas, presencia de pensamientos pesimistas (retomada de Zigmund & Snaith 1993, como se cita en Hernández et al., 2014).
- c) Alimentación cardiosaludable: dieta apropiada baja en sal, normo calórica, rica en fibra, vegetales, frutas y vitaminas, baja en ácidos grasos saturados (< 10%) y azúcares refinados, consumo de alcohol con moderación (< 10-20 g/día a las mujeres y < 20-30 g/día a los hombres para el manejo del riesgo cardiovascular total (Guía de Práctica Clínica de Cardiopatía Isquémica, 2017).

Definición operacional

- Ansiedad y depresión hospitalaria: puntaje obtenido por los participantes en cada uno de los reactivos que componen la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria en pacientes con cardiopatía isquémica.
- Alimentación cardiosaludable: puntuaciones obtenidas del Cuestionario de Cumplimiento a la Alimentación Cardiosaludable de PREDIMED (2007), en pacientes con cardiopatía isquémica.

Muestra

Los pacientes se contactaron en un hospital de salud pública del tercer nivel de atención de la Ciudad de México. La muestra fue no probabilística por sujetos tipo con base en Shaughnessy (2007) y Nunnally (1991), y estuvo compuesta por 125 pacientes con diagnóstico de CI con base en los criterios de la Asociación Cardiológica de New York (NYHA por sus siglas en inglés) (McMurray et al., 2012). Los participantes se encontraban entre los 32 y 82 años ($M= 56$ años, $DE= 9.6$), de los cuales 44% fueron mujeres y 56% hombres. Con respecto a su estado civil 31.2% fueron solteros, 53.6% casados, 7.2% en unión libre, 4% viudos y 4% separados. En relación con su ocupación el 13% fueron amas de casa, 15% se dedicaban al comercio, 27% eran jubilados y el 45% profesionistas que laboraban en alguna institución pública o privada y en cuanto a su religión el 75% eran creyentes o practican alguna religión y el 25% ateos.

Criterios de selección

- d) *Inclusión:* hombres y mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de cardiopatía isquémica que residan en la Ciudad de México o Zona Metropolitana y decidan participar voluntariamente.
- e) *Exclusión:* hombres y mujeres con trastornos neurológicos o psiquiátricos, discapacidad intelectual o que no sepan leer y escribir.
- f) *Eliminación:* hombres y mujeres que no completen de forma satisfactoria el 80% del llenado del cuestionario.

Tipo de estudio y diseño

Exploratorio, no experimental de tipo transversal con un solo grupo (Kerlinger et al., 2002).

Instrumento

Se probó la vigencia de constructo de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) en una muestra de pacientes con cardiopatía isquémica a partir de la validación realizada en pacientes mexicanos con enfermedad cardiovascular por Herrera et al. (2018).

Se adaptó el Cuestionario de Adherencia a Alimentación Cardiosaludable (PREDIMED) en una muestra de pacientes mexicanos con cardiopatía isquémica a partir de la versión validada en población española con alto riesgo vascular por Salas et al. (2007).

Los reactivos que se obtuvieron fueron evaluados por un grupo de expertos en el área.

- a) *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria de Zigmund y Snaith (1993)* en su versión validada por Herrera et al. (2018) en población mexicana, confiabilizada en pacientes con Cardiopatía Isquémica (Apéndice S). La escala es una herramienta auto aplicada conformada por 14 reactivos, cada reactivo tiene cuatro posibles respuestas que puntúan de 0 a 3, para un total de 0 a 21. Tanto en la ansiedad como en la depresión, se considera normal la puntuación de 0 a 7; como dudosa la que va de 8 a 10. Con un alfa de Cronbach de .68 a .93 para el factor de sintomatología ansiosa y de .67 a .90 para sintomatología depresiva y un alfa de Cronbach global de .94 y una varianza explicada del 59.6%
- b) *Cuestionario de Alimentación Cardiosaludable PREDIMED* (Apéndice T). Conformado por 23 reactivos que miden el consumo de alimentos cardiosaludables (harinas y cereales, frutas y verduras, grasas, pan, lácteos, legumbres, sopas, pescado, marisco, carnes, huevos, conservadores, aderezos, dulces, frutos secos, alimentos preparados, aperitivos, bebidas y alcohol) con tres opciones de respuesta: “*a diario, más de 4 raciones por semana*”, “*menos de 3 raciones por semana*” y “*excepcionalmente nunca*”, con puntajes que van de 0, 3 y 7. Cuanto más cercano sea el resultado final a 0, mayor cumplimiento de las recomendaciones de una dieta

cardiosaludable. Este cuestionario fue adaptado del original desarrollado por Cámara et al. 2014. Originalmente el Predimed tiene 26 reactivos, pero para calcular la confiabilidad se excluyeron los reactivos 14, 15 y 18 debido a que no influyen en el cálculo del indicador total y no proporcionan varianza. Los reactivos 1, 9, 10 y 22 fueron invertidos. La escala cuenta con un alfa de Cronbach global de .67

Procedimiento

1. Se contactó a las personas que tenían diagnóstico de cardiopatía isquémica y que residieran en CDMX o zona Metropolitana a través de diversas redes sociales: Facebook, Twitter, WhatsApp, Instagram y LinkedIn.
2. La aplicación de los instrumentos fue mediante la plataforma en línea de Google Forms y se les aseguró la confidencialidad y anonimato de sus datos, empleándose el consentimiento informado para la participación de estos.
3. Se les invitó a participar en la investigación con la siguiente consigna:
 - “Hola, ¿qué tal? quiero invitarte a participar en una investigación que estoy realizando por parte de la UNAM acerca de lo que piensas respecto a la alimentación saludable que debes seguir acorde a las recomendaciones médicas y los síntomas psicológicos de tu enfermedad cardiovascular. Solo se necesita tener diagnóstico de Cardiopatía isquémica y ser mayor de 18 años residente de la CDMX o Zona Metropolitana. Si estas interesado y cumples los requisitos te invito a que respondas el siguiente cuestionario. Toda la información que nos brindes será anónima y confidencial. Te agradecería mucho tu apoyo ya que tu participación es muy importante”.
4. Se les envió el link del cuestionario.
5. Se consideraron los artículos del código ético del psicólogo: Art. 8, 9, 12, 15, 16, 17, 18 y 49 para investigación en sujetos humanos (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007).

Análisis de datos

Siguiendo los lineamientos que permiten realizar un adecuado manejo de los datos para la adaptación de instrumentos, se llevaron a cabo los siguientes procedimientos de acuerdo con Nunnally y Bernstein (1995) y, Reyes y García y Barragán (2008):

Análisis de reactivos

- Revisión y adaptación de reactivos (lenguaje, ortografía, redacción).

Confiabilidad

- Análisis de confiabilidad alfa de Cronbach para obtener la consistencia interna de los factores de la escala total.

Resultados

En la Tabla 33 se muestran los indicadores psicométricos y estadísticos descriptivos del Cuestionario de adherencia a la Alimentación Cardiosaludable y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria en pacientes con cardiopatía isquémica.

Tabla 33

Indicadores psicométricos y estadísticos descriptivos de los instrumentos

| Instrumento | Reactivos | M | DE | Mínimo- Máximo | α |
|---|------------------|----------|-----------|---------------------------|----------------------------|
| Predimed (alimentación cardiosaludable) | 23 ¹ | 55 | 13.8 | 23-95 | .677 |
| Ansiedad (HADS) | 7 | 7.76 | 4.56 | 0-21 | .93 |
| Depresión (HADS) | 7 | 5.11 | 3.72 | 0-21 | .90 |

Nota 1. Originalmente el Predimed tiene 26 reactivos, pero para calcular la confiabilidad se excluyeron los reactivos 14, 15 y 18 debido a que no influyen en el cálculo del indicador total (su valor siempre es de cero) y no proporcionan varianza. Los reactivos 1, 9, 10 y 22 fueron invertidos.

Nota 2. Valores máximos y mínimos teóricos para cada instrumento: Predimed (0-150), puntajes más elevados indican una alimentación poco cardiosaludable

Discusión

El objetivo de este estudio fue probar la confiabilidad de la escala de ansiedad y depresión hospitalaria y el cuestionario de alimentación cardiosaludable para corroborar la vigencia de dichos constructos.

A nivel conceptual los factores de la escala de ansiedad y depresión hospitalaria son consistentes con lo reportado en la literatura, independientemente del contexto de la enfermedad de cardiopatía isquémica y sus propiedades psicométricas en términos de consistencia interna se mantienen estables, coincidiendo con los de la escala validada por Herrera et al. (2018) en enfermedad cardiovascular.

Por otro lado, el cuestionario de alimentación cardiosaludable originalmente tiene 26 reactivos, pero para calcular la confiabilidad se excluyeron los reactivos 14, 15 y 18 debido a que no influyen en el cálculo del indicador total (su valor siempre es de cero) y no proporcionan varianza. Los reactivos 1, 9, 10 y 22 fueron invertidos. Cabe señalar que valores máximos y mínimos teóricos para este cuestionario, fueron de (0-150), puntajes más elevados indican una alimentación poco cardiosaludable, puntajes más altos indican la percepción de que será más difícil alimentarse cardiosaludablemente.

ESTUDIO 2

Correlatos de adherencia a alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular en cardiopatía isquémica

Justificación

De acuerdo a algunos estudios que han demostrado relaciones entre las variables de entrada con respecto a las de salida (adherencia a las medidas de prevención primaria: alimentación cardiosaludable y ejercicio) encontramos los estudios de afrontamiento y creencias en enfermedad (Silva & Agudelo, 2011), intención conductual y alimentación saludable (Chen, 2017), ansiedad y depresión en enfermedad cardiovascular y su tratamiento (Pogosova et al., 2017), intención, control conductual y alimentación orgánica (Zhu, 2018), normas subjetivas y adherencia a medicamentos (Lin et al., 2016), actividad física y teoría de conducta planeada (Cheng et al., 2019), entre otros, que han demostrado elaciones entre las variables de salida en muestras de personas con enfermedades crónicas degenerativas, por lo cual es importante la contextualización en la medición de estas variables hacia conductas de salud en ECV de tipo isquémica. Identificar las relaciones existentes entre las variables del presente estudio, permitirá establecer un modelo delimitado con las variables de predicción a probar.

Pregunta de investigación

¿Cómo se relacionan los estilos de afrontamiento, salud mental (ansiedad y depresión) y la teoría de conducta planeada (creencias conductuales, normativas y de control, actitudes, normas subjetivas, control conductual, intención conductual), con la adherencia a las medidas de prevención primaria (alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular) en adultos con cardiopatía isquémica?

Objetivo general

Identificar las relaciones entre los estilos de afrontamiento, salud mental (ansiedad y depresión), teoría de conducta planeada (creencias conductuales, normativas y de control, actitudes, normas subjetivas, control conductual, intención conductual) y la adherencia a las

medidas de prevención primaria (alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular) de adultos con cardiopatía isquémica.

Objetivos específicos

Obtener correlatos significativos y culturalmente relevantes entre las variables de estudio.

Hipótesis estadísticas (Modelo 1)

Ansiedad y creencias conductuales hacia la alimentación cardiosaludable

H0: No existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad y las creencias conductuales hacia la alimentación cardiosaludable.

H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad y las creencias conductuales hacia la alimentación cardiosaludable.

Depresión y creencias conductuales hacia la alimentación cardiosaludable

H0: No existe una relación estadísticamente significativa entre la depresión y las creencias conductuales hacia la alimentación cardiosaludable.

H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre la depresión y las creencias conductuales hacia la alimentación cardiosaludable.

Afrontamiento y creencias conductuales hacia la alimentación cardiosaludable

H0: No existe una relación estadísticamente significativa entre el afrontamiento y las creencias conductuales hacia la alimentación cardiosaludable.

H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre el afrontamiento y las creencias conductuales hacia la alimentación cardiosaludable.

Creencias conductuales y actitudes conductuales hacia la alimentación cardiosaludable

H0: No existe una relación estadísticamente significativa entre las creencias conductuales y las actitudes conductuales hacia la alimentación cardiosaludable.

H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre las creencias conductuales y las actitudes conductuales hacia la alimentación cardiosaludable.

Actitudes conductuales e intención conductual hacia la alimentación cardiosaludable

H0: No existe una relación estadísticamente significativa entre las actitudes conductuales y la intención conductual hacia la alimentación cardiosaludable.

H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre las actitudes conductuales y la intención conductual hacia la alimentación cardiosaludable.

Ansiedad y creencias normativas hacia la alimentación cardiosaludable

H0: No existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad y las creencias normativas hacia la alimentación cardiosaludable.

H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad y las creencias normativas hacia la alimentación cardiosaludable.

Depresión y creencias normativas hacia la alimentación cardiosaludable

H0: No existe una relación estadísticamente significativa entre la depresión y las creencias normativas hacia la alimentación cardiosaludable.

H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre la depresión y las creencias normativas hacia la alimentación cardiosaludable.

Afrontamiento y creencias normativas hacia la alimentación cardiosaludable

H0: No existe una relación estadísticamente significativa entre el afrontamiento y las creencias normativas hacia la alimentación cardiosaludable.

H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre el afrontamiento y las creencias normativas hacia la alimentación cardiosaludable.

Creencias normativas y norma subjetiva hacia la alimentación cardiosaludable

H0: No existe una relación estadísticamente significativa entre las creencias normativas y la norma subjetiva hacia la alimentación cardiosaludable.

H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre las creencias normativas y la norma subjetiva hacia la alimentación cardiosaludable.

Norma subjetiva e intención conductual hacia la alimentación cardiosaludable

H0: No existe una relación estadísticamente significativa entre la norma subjetiva y la intención conductual hacia la alimentación cardiosaludable.

H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre la norma subjetiva y la intención conductual hacia la alimentación cardiosaludable.

Ansiedad y creencias de control hacia la alimentación cardiosaludable

H0: No existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad y las creencias de control hacia la alimentación cardiosaludable.

H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad y las creencias de control hacia la alimentación cardiosaludable.

Depresión y creencias de control hacia la alimentación cardiosaludable

H0: No existe una relación estadísticamente significativa entre la depresión y las creencias de control hacia la alimentación cardiosaludable.

H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre la depresión y las creencias de control hacia la alimentación cardiosaludable.

Afrontamiento y creencias de control hacia la alimentación cardiosaludable

H0: No existe una relación estadísticamente significativa entre el afrontamiento y las creencias de control hacia la alimentación cardiosaludable.

H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre el afrontamiento y las creencias de control hacia la alimentación cardiosaludable.

Creencias de control e intención conductual hacia la alimentación cardiosaludable

H0: No existe una relación estadísticamente significativa entre las creencias de control y la intención conductual hacia la alimentación cardiosaludable.

H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre las creencias de control y la intención conductual hacia la alimentación cardiosaludable.

Control conductual e intención conductual hacia la alimentación cardiosaludable

H0: No existe una relación estadísticamente significativa entre el control conductual y la intención conductual hacia la alimentación cardiosaludable.

H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre el control conductual y la intención conductual hacia la alimentación cardiosaludable.

Intención conductual y adherencia a la alimentación cardiosaludable

H0: No existe una relación estadísticamente significativa entre la intención conductual y la adherencia a la alimentación cardiosaludable.

H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre la intención conductual y la adherencia a la alimentación cardiosaludable.

Hipótesis estadísticas (Modelo 2)

Ansiedad y creencias conductuales hacia el ejercicio físico cardiovascular

H0: No existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad y las creencias conductuales hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular.

H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad y las creencias conductuales hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular.

Depresión y creencias conductuales hacia el ejercicio físico cardiovascular

H0: No existe una relación estadísticamente significativa entre la depresión y las creencias conductuales hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular.

H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre la depresión y las creencias conductuales hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular.

Afrontamiento y creencias conductuales hacia el ejercicio físico cardiovascular

H0: No existe una relación estadísticamente significativa entre el afrontamiento y las creencias conductuales hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular.

H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre el afrontamiento y las creencias conductuales hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular.

Creencias conductuales y actitudes conductuales hacia el ejercicio físico cardiovascular

H0: No existe una relación estadísticamente significativa entre las creencias conductuales y las actitudes conductuales hacia la adherencia el ejercicio físico cardiovascular.

H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre las creencias conductuales y las actitudes conductuales hacia la adherencia el ejercicio físico cardiovascular.

Actitudes conductuales e intención conductual hacia el ejercicio físico cardiovascular

H0: No existe una relación estadísticamente significativa entre las actitudes conductuales y la intención conductual hacia la adherencia el ejercicio físico cardiovascular.

H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre las actitudes conductuales y la intención conductual hacia la adherencia el ejercicio físico cardiovascular.

Ansiedad y creencias normativas hacia el ejercicio físico cardiovascular

H0: No existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad y las creencias normativas hacia la adherencia el ejercicio físico cardiovascular.

H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad y las creencias normativas hacia la adherencia el ejercicio físico cardiovascular.

Depresión y creencias normativas hacia el ejercicio físico cardiovascular

H0: No existe una relación estadísticamente significativa entre la depresión y las creencias normativas hacia la adherencia el ejercicio físico cardiovascular.

H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre la depresión y las creencias normativas hacia la adherencia el ejercicio físico cardiovascular.

Afrontamiento y creencias normativas hacia el ejercicio físico cardiovascular

H0: No existe una relación estadísticamente significativa entre el afrontamiento y las creencias normativas hacia la adherencia el ejercicio físico cardiovascular.

H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre el afrontamiento y las creencias normativas hacia la adherencia el ejercicio físico cardiovascular.

Creencias normativas y norma subjetiva hacia el ejercicio físico cardiovascular

H0: No existe una relación estadísticamente significativa entre las creencias normativas y la norma subjetiva hacia la adherencia el ejercicio físico cardiovascular.

H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre las creencias normativas y la norma subjetiva hacia la adherencia el ejercicio físico cardiovascular.

Norma subjetiva e intención conductual hacia el ejercicio físico cardiovascular

H0: No existe una relación estadísticamente significativa entre la norma subjetiva y la intención conductual hacia la adherencia el ejercicio físico cardiovascular.

Hi: Existe una relación estadísticamente significativa entre la norma subjetiva y la intención conductual hacia la adherencia el ejercicio físico cardiovascular.

Ansiedad y creencias de control hacia el ejercicio físico cardiovascular

H0: No existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad y las creencias de control hacia la adherencia el ejercicio físico cardiovascular.

H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad y las creencias de control hacia la adherencia el ejercicio físico cardiovascular.

Depresión y creencias de control hacia el ejercicio físico cardiovascular

H0: No existe una relación estadísticamente significativa entre la depresión y las creencias de control hacia la adherencia el ejercicio físico cardiovascular.

H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre la depresión y las creencias de control hacia la adherencia el ejercicio físico cardiovascular.

Afrontamiento y creencias de control hacia el ejercicio físico cardiovascular

H0: No existe una relación estadísticamente significativa entre el afrontamiento y las creencias de control hacia la adherencia el ejercicio físico cardiovascular.

H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre el afrontamiento y las creencias de control hacia la adherencia el ejercicio físico cardiovascular.

Creencias de control e intención conductual hacia el ejercicio físico cardiovascular

H0: No existe una relación estadísticamente significativa entre las creencias de control y la intención conductual hacia la adherencia el ejercicio físico cardiovascular.

H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre las creencias de control y la intención conductual hacia la adherencia el ejercicio físico cardiovascular.

Control conductual e intención conductual hacia el ejercicio físico cardiovascular

H0: No existe una relación estadísticamente significativa entre el control conductual y la intención conductual hacia la adherencia el ejercicio físico cardiovascular.

H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre el control conductual y la intención conductual hacia la adherencia el ejercicio físico cardiovascular.

Intención conductual y adherencia el ejercicio físico cardiovascular

H0: No existe una relación estadísticamente significativa entre la intención conductual y la adherencia el ejercicio físico cardiovascular.

H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre la intención conductual y la adherencia el ejercicio físico cardiovascular.

Definición de las variables

Creencias conductuales

- Creencias que el sujeto tenga acerca de las consecuencias que una determinada conducta pueda generar, determinan la “actitud del sujeto sobre la conducta” en cuestión (Ajzen & Fisbhein, 1970).
- Operacional: puntaje obtenido por los participantes en cada uno de los reactivos que componen la escala de creencias conductuales sobre alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular desarrollada en la fase 2 de esta investigación.

Creencias normativas

- Conceptual: aprobación o desaprobación percibida de la posición de individuos o grupos de referencia importantes para la conducta en cuestión (Ajzen & Fisbhein, 1970).
- Operacional: puntaje obtenido por los participantes en cada uno de los reactivos que componen la escala de creencias normativas sobre alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular desarrollada en la fase 2 de esta investigación.

Creencias de control

- Conceptual: la percepción del sujeto sobre la presencia de factores que puedan facilitar o impedir la ejecución de un comportamiento (Ajzen & Fisbhein, 1970).
- Operacional: puntaje obtenido por los participantes en cada uno de los reactivos que componen la escala de creencias de control sobre alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular desarrollada en la fase 2 de esta investigación.

Actitudes conductuales

- Conceptual: sentimientos afectivos del individuo positivos o negativos respecto a la ejecución de una conducta preventiva y las percepciones de apoyo social que se tengan de dicha conducta, dependiendo de la percepción de las consecuencias, es decir, creencias que tienen las personas de que ciertas conductas producen determinados resultados y las evaluaciones de estos resultados (Ajzen & Fisbhein, 1970).
- Operacional: puntaje obtenido por los participantes en cada uno de los reactivos que componen la escala de actitudes conductuales sobre alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular desarrollada en la fase 4 de esta investigación.

Norma subjetiva

- Conceptual: percepción de la persona sobre las presiones sociales que le son impuestas para realizar o no un comportamiento, así como las valoraciones sociales que se tienen acerca del comportamiento del propio sujeto, la motivación general que posee él mismo para actuar conforme a las normas (Ajzen & Fisbhein, 1970).
- Operacional: puntaje obtenido por los participantes en cada uno de los reactivos que componen la escala de normas subjetivas sobre alimentación cardiosaludable y ejercicio desarrollada en la fase 6 de esta investigación.

Control conductual

- Conceptual: es la creencia personal de la capacidad de controlar las dificultades existentes para realizar una conducta, incluye tanto factores internos como externos. Entre los internos se encuentran habilidades físicas y psicológicas, y en los externos, el tiempo, la oportunidad, los medios y la dependencia de terceros (Ajzen & Fisbhein, 1970).
- Operacional: puntaje obtenido por los participantes en cada uno de los reactivos que componen la escala de control conductual sobre alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular desarrollada en la fase 8 de esta investigación.

Intención conductual

- Conceptual: es la conducta saludable, es decir, la intención del sujeto para llevar a cabo determinado comportamiento, ya que muchos comportamientos se encuentran bajo control voluntario (Ajzen & Fishbein, 1970).
- Operacional: puntaje obtenido por los participantes en cada uno de los reactivos que componen la escala de intención conductual sobre alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular desarrollada en la fase 10 de esta investigación.

Afrontamiento

- Conceptual: pensamientos y acciones que los individuos usan para enfrentar los encuentros estresantes cotidianos con base en el enfrentamiento evasivo, enfrentamiento de distanciamiento, enfrentamiento de reevaluación positiva, enfrentamiento de análisis cognitivo-reflexivo y enfrentamiento de negación (Zavala et al., 2008)
- Operacional: puntaje obtenido por los participantes en cada uno de los reactivos que componen la escala de estilos de afrontamiento hacia la alimentación cardiosaludable y el ejercicio físico cardiovascular desarrollada en la fase 11 de esta investigación.

Ansiedad

- Conceptual: es un estado disfórico semejante al miedo cuando hay alguna situación manifiesta de peligro; es una sensación de aprehensión, anticipación o temor al posible riesgo; también se puede definir como un estado fisiológico de excitación vegetativa, alerta vigilancia y tensión motora (Hernández et al., 2014; retomada de Zigmund & Snaith, 1993).
- Operacional: puntaje obtenido por los participantes en cada uno de los reactivos que componen la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria en pacientes con cardiopatía isquémica (Herrera et al., 2018).

Depresión

- Conceptual: es un estado afectivo anormal por su intensidad, duración y condiciones de aparición, caracterizado por un sentimiento de tristeza intenso; desproporcionado con respecto a la magnitud del hecho y persiste más allá de un periodo justificado, centrándose en la anhedonia como rasgo psicopatológico principal, así como pérdida del interés en las actividades cotidianas, presencia de pensamientos pesimistas (Hernández et al., 2014; retomada de Zigmund & Snaith, 1993).
- Operacional: puntaje obtenido por los participantes en cada uno de los reactivos que componen la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria en pacientes con cardiopatía isquémica (Herrera et al., 2018).

Alimentación cardiosaludable

- Conceptual: dieta apropiada baja en sal, normo calórica, rica en fibra, vegetales, frutas y vitaminas, baja en ácidos grasos saturados (< 10%) y azúcares refinados, consumo de alcohol con moderación (< 10-20 g/día a las mujeres y < 20-30 g/día a los hombres para el manejo del riesgo cardiovascular total (Guía de Práctica Clínica de Cardiopatía Isquémica, 2017).
- Operacional: puntuaciones obtenidas del cuestionario de cumplimiento a la alimentación cardiosaludable de PREDIMED (2007), en pacientes con cardiopatía isquémica desarrollada en la fase 12 de esta investigación.

Ejercicio físico cardiovascular

- Conceptual: la práctica de actividad física regular durante al menos 30-45 min/día todos los días (ejercicios físicos aeróbicos como: bicicleta, caminatas, trote, carrera, calistenia, natación, etc.) (Caravali et al., 2016).
- Operacional: puntuaciones obtenidas del Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ), versión corta validada en población mexicana por Caravali et al. (2016).

Muestra

Los pacientes se contactaron en un hospital de salud pública del tercer nivel de atención de la Ciudad de México. La muestra fue no probabilística por sujetos tipo con base en Shaughnessy (2007) y Nunnally (1991), y estuvo compuesta por 125 pacientes con diagnóstico de CI con base en los criterios de la Asociación Cardiológica de New York (NYHA por sus siglas en inglés) con base en el cálculo del tamaño de muestra, utilizando una fórmula para proporciones, un poder del 0.80 y un error tipo I de 0.05 (McMurray et al., 2012). Los participantes se encontraban entre los 32 y 82 años (M= 56 años, DE= 9.6), de los cuales 44% fueron mujeres y 56% hombres. Con respecto a su estado civil 31.2% fueron solteros, 53.6% casados, 7.2% en unión libre, 4% viudos y 4% separados. En relación con su ocupación el 13% fueron amas de casa, 15% se dedicaban al comercio, 27% eran jubilados y el 45% profesionistas que laboraban en alguna Institución pública o privada y en cuanto a su religión el 75% eran creyentes o practican alguna religión y el 25% ateos (Tabla 34 y Tabla 35).

Fórmula para cálculo de tamaño de muestra:

$$n = \frac{(Z\alpha + Z\beta)^2 P(1 - P)}{d^2}$$

Dónde: $Z\alpha = 1.96$; $Z\beta = 0.84$; $p = 0.70$ para la etapa 2 y 0.90 para la etapa 3); $d = 0.1$

Tabla 34*Características sociodemográficas de los pacientes incluidos en este estudio*

| | n | % |
|---------------------|----------|----------|
| Sexo | | |
| Mujeres | 55 | 44 |
| Hombres | 70 | 56 |
| Estado Civil | | |
| Solteros | 39 | 31 |
| Casados | 67 | 54 |
| Unión libre | 9 | 7 |
| Viudos | 5 | 4 |
| Separados | 5 | 4 |
| Ocupación | | |
| Amas de casa | 16 | 13 |
| Comercio | 19 | 15 |
| Jubilados | 34 | 27 |
| Profesionistas | 56 | 45 |
| Religión | | |
| Creyente | 93 | 75 |
| Ateo | 32 | 25 |

Tabla 35*Evaluación de ansiedad y depresión.*

| | Puntaje | n | % |
|----------------------------------|----------------|----------|----------|
| Nivel de ansiedad (HADS) | | | |
| Sin ansiedad | 0-5 | 47 | 38 |
| Leve | 6-8 | 34 | 27 |
| Moderada | 9-11 | 23 | 18 |
| Severa | 12-21 | 21 | 17 |
| Nivel de depresión (HADS) | | | |
| Sin depresión | 0-5 | 80 | 64 |
| Leve | 6-8 | 20 | 16 |
| Moderada | 9-11 | 16 | 13 |
| Severa | 12-21 | 9 | 7 |

Criterios de selección

- a) *Inclusión:* hombres y mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de cardiopatía isquémica que residan en la Ciudad de México o Zona Metropolitana y decidan participar voluntariamente.
- b) *Exclusión:* hombres y mujeres con trastornos neurológicos o psiquiátricos, discapacidad intelectual (reportados en la historia clínica) o que no sepan leer y escribir.
- c) *Eliminación:* hombres y mujeres que retiren su consentimiento informado o fallezcan durante el proceso de la investigación.

Tipo de estudio y diseño

Diseño Correlacional, no experimental de tipo transversal con un solo grupo (Kerlinger et al., 2002).

Instrumentos

Escala de creencias conductuales hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable. Conformada por 4 reactivos (construidos ad hoc a partir de la revisión de literatura de Espí-Guerola (2004) y el análisis de contenido de dos grupos focales con personas con diagnóstico de cardiopatía isquémica). El concepto conductual que se evalúa son las creencias conductuales típicas hacia la adherencia a la Alimentación Cardiosaludable (e.g., *Aumentando el consumo de frutas, verduras, cereales y carnes blancas (pollo y pescado), tal como lo indico mi médico “aumentare” mi calidad de vida*). Se responde en una escala tipo likert de 7 puntos, donde 1= “*Totalmente improbable*”, 2= “*Improbable*”, 3= “*Poco improbable*”, 4= “*Ni improbable ni probable*”, 5= “*Poco probable*”, 6= “*Probable*” y 7= “*Totalmente probable*”. Cuanto más cercano a 7, mayor es la posibilidad de que se presente la creencia conductual descrita. La escala cuenta con un alfa de Cronbach global de .86, siendo buena y 56% de la varianza acumulada.

Escala de creencias conductuales hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular.

Conformada por 10 reactivos (construidos ad hoc a partir de la revisión de literatura de Espí-Guerola (2004) y el análisis de contenido de dos grupos focales con personas con diagnóstico de cardiopatía isquémica). Los primeros siete reactivos evalúan el factor de bienestar físico cardiovascular y los tres reactivos restantes evalúan el factor de bienestar disposicional (e.g., *Realizando caminata como actividad física cardiovascular todos los días durante al menos 30 minutos continuos durante el día, tal como lo indico mi médico “cuidaré” mi salud*). Se responde en una escala tipo likert de 7 puntos, donde 1= “Totalmente improbable”, 2= “Improbable”, 3= “Poco improbable”, 4= “Ni improbable ni probable”, 5= “Poco probable”, 6= “Probable” y 7= “Totalmente probable”. Cuanto más cercano a 7, mayor es la posibilidad de que se presente la creencia conductual descrita. La escala cuenta con un alfa de Cronbach de .86 para el factor de *bienestar físico cardiovascular*, un alfa de Cronbach de .88 para el factor de *bienestar disposicional*, un alfa de Cronbach global de .87, siendo buena y 60% de la varianza acumulada.

Escala de creencias normativas hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable.

Conformada por 5 reactivos (construidos ad hoc a partir de la revisión de literatura de Espí-Guerola (2004) y el análisis de contenido de dos grupos focales con personas con diagnóstico de cardiopatía isquémica). El concepto conductual que se evalúa son las creencias normativas hacia la adherencia a la Alimentación Cardiosaludable (e.g., *Mi familia (padres, hermanos/as) piensan que debería disminuir el consumo de panes, tortillas, refresco, cerveza y alimentos grasosos de origen animal (carnes rojas, manteca, mantequilla, leche, crema, helado y quesos) y aumentar el consumo de frutas, verduras, cereales y carnes blancas (pollo y pescado)*). Se responde en una escala tipo likert de 7 puntos, donde 1= “Yo no debería”, 2= “Yo ocasionalmente no debería”, 3= “Yo usualmente no debería”, 4= “No estoy segura/o si yo debería”, 5= “Ocasionalmente yo debería”, 6= “Usualmente yo debería” y 7= “Yo debería”. Cuanto más cercano a 7, mayor es la posibilidad de que se presente la creencia normativa descrita. La escala cuenta con un alfa de Cronbach global de .80, siendo buena y 47% de la varianza acumulada.

Escala de creencias normativas hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular.
Conformada por 4 reactivos (construidos ad hoc a partir de la revisión de literatura de Espí-Guerola (2004) y el análisis de contenido de dos grupos focales con personas con diagnóstico de cardiopatía isquémica). El concepto conductual que se evalúa son las creencias normativas hacia la adherencia al Ejercicio Físico Cardiovascular (e.g., *Mis amigas/os piensan que debería realizar caminata como actividad física cardiovascular todos los días durante al menos 30 minutos continuos durante el día*). Se responde en una escala tipo likert de 7 puntos, donde 1= “Yo no debería”, 2= “Yo ocasionalmente no debería”, 3= “Yo usualmente no debería”, 4= “No estoy segura/o si yo debería”, 5= “Ocasionalmente yo debería”, 6= “Usualmente yo debería” y 7= “Yo debería”. Cuanto más cercano a 7, mayor es la posibilidad de que se presente la creencia normativa descrita. La escala cuenta con un alfa de Cronbach global de .87, siendo buena y 53% de la varianza acumulada.

Escala de creencias de control hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable.
Conformada por 10 reactivos agrupados en dos factores (construidos ad hoc a partir de la revisión de lo propuesto por Espí-Guerola (2004) y el análisis de contenido de dos grupos focales con personas diagnosticadas con cardiopatía isquémica). Los primeros cinco reactivos evalúan el factor de autodeterminación situacional-alimenticia y los cinco reactivos restantes evalúan el factor de barreras situacionales (e.g., *La siguiente semana mi familia preparará prepara antojitos mexicanos (mole con pollo, quesadillas fritas, pozole, tamales) en tu casa*). Se responde en una escala tipo likert de 7 puntos, donde 1= “Totalmente improbable”, 2= “Improbable”, 3= “Poco improbable”, 4= “Ni improbable ni probable”, 5= “Poco probable”, 6= “Probable” y 7= “Totalmente probable”. Cuanto más cercano a 7, mayor es la posibilidad de que se presente la creencia de control descrita. La escala cuenta con un alfa de Cronbach de .88 para el factor de *Autodeterminación situacional- alimenticia*, un alfa de Cronbach de .85 para el factor de *Barreras situacionales*, un alfa de Cronbach global de .88, siendo buena y 45% de la varianza acumulada.

Escala de creencias de control sobre la adherencia al ejercicio físico cardiovascular.
Conformada por 4 reactivos (construidos ad hoc a partir de la revisión de literatura de Espí-Guerola (2004) y el análisis de contenido de dos grupos focales con personas con diagnóstico

de cardiopatía isquémica). El concepto conductual que se evalúa es el de autodeterminación física (e.g., *¿Qué pasa si tu horario de trabajo entra en conflicto con tu práctica de ejercicio la siguiente semana?*). Se responde en una escala tipo likert de 7 puntos, donde 1= “Será mucho más difícil”, 2= “Será más difícil”, 3= “Será difícil”, 4= “Ni fácil ni difícil”, 5= “Será fácil”, 6= “Será más fácil” y 7= “Será mucho más fácil”. Cuanto más cercano a 7, mayor autodeterminación física hay. La escala cuenta con un alfa de Cronbach global de .88, siendo buena y 45% de la varianza acumulada.

Escala de actitudes conductuales hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable.

Conformada por 19 adjetivos bipolares evaluativos (construidos en este estudio a partir de la revisión de literatura de Espí-Guerola (2004) y el análisis de contenido de dos grupos focales con personas con diagnóstico de cardiopatía isquémica). El concepto conductual que se evalúa en los primeros 11 adjetivos es la actitud hacia la disminución del consumo de alimentos no saludables, los 8 adjetivos bipolares posteriores evalúan la actitud a aumentar el consumo de alimentos saludables en personas con enfermedad cardiovascular (e.g., “*Desagradable-Agradable*” y “*Frustrante-Motivante*”). Se responde en una escala de diferencial semántico que va de 1 a 7. Cuanto más cercano es a 0, mayor connotación negativa tiene y cuanto más cercano a 7, mayor connotación positiva es la que describe el concepto conductual evaluado. La escala cuenta con un alfa de Cronbach de .88 para el factor de Actitudes hacia la disminución de alimentos no saludables y un alfa de Cronbach de .88 para el factor de Actitudes hacia el aumento de alimentos cardiosaludables, así mismo un alfa de Cronbach global de .90, siendo buena y 50% de la varianza acumulada.

Escala de actitudes conductuales hacia el ejercicio físico cardiovascular.

Conformada por 11 adjetivos bipolares evaluativos (construidos en este estudio a partir de la revisión de literatura de Espí-Guerola (2004) y el análisis de contenido de dos grupos focales con personas con diagnóstico de cardiopatía isquémica). El concepto conductual que se evalúa en los primeros cinco adjetivos es el interés percibido, los siguientes tres adjetivos bipolares evalúan la complejidad percibida y los tres reactivos restantes evalúan la necesidad percibida en personas con enfermedad cardiovascular (e.g., “*Aburrido-Divertido*” y “*Difícil - Fácil*”, “*Perjudicial-Beneficioso*”). Se responde en una escala de diferencial semántico que va de 1 a

7. Cuanto más cercano es a 0, mayor connotación negativa tiene y cuanto más cercano a 7, mayor connotación positiva es la que describe el concepto conductual evaluado. La escala cuenta con un alfa de Cronbach de .87 para el factor de interés percibido, un alfa de Cronbach de .88 para el factor de complejidad percibida y un alfa de Cronbach de .85 para el factor de necesidad percibida, así mismo un alfa de Cronbach global de .90, siendo buena y 68% de la varianza acumulada.

Escala de normas subjetivas hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable.

Conformada por 4 reactivos (construidos en este estudio a partir de la revisión de literatura de Espí-Guerola (2004) y el análisis de contenido de dos grupos focales con personas con diagnóstico de cardiopatía isquémica). El concepto conductual que se evalúa es el de Norma subjetiva hacia la disminución de alimentos no saludables (*e.g., Mi familia cree que debería disminuir el consumo de panes, tortillas, refresco, cerveza y alimentos grasosos de origen animal (carnes rojas, manteca, mantequilla, leche, crema, helado y quesos) tal como lo indico mi médico*). Se responde en una escala tipo likert de 7 puntos, donde 1= “Yo no debería”, 2= “Yo ocasionalmente no debería”, 3= “Yo usualmente no debería”, 4= “No estoy segura/o si yo debería”, 5= “Ocasionalmente yo debería”, 6= “Usualmente yo debería” y 7= “Yo debería”. Cuanto más cercano a 7, mayor es la posibilidad de que se presente la norma subjetiva descrita. La escala cuenta con un alfa de Cronbach global de .86, siendo buena y 46% de la varianza acumulada.

Escala de normas subjetivas hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular.

Conformada por 3 reactivos (construidos en este estudio a partir de la revisión de literatura de Espí-Guerola (2004) y el análisis de contenido de dos grupos focales con personas con diagnóstico de cardiopatía isquémica). El concepto conductual que se evalúa es el de Norma subjetiva hacia la realización de ejercicio físico cardiovascular (*e.g., Mis amigos creen que debería realizar caminata como actividad cardiovascular todos los días durante al menos 30 minutos continuos*). Se responde en una escala tipo likert de 7 puntos, donde 1= “Yo no debería”, 2= “Yo ocasionalmente no debería”, 3= “Yo usualmente no debería”, 4= “No estoy segura/o si yo debería”, 5= “Ocasionalmente yo debería”, 6= “Usualmente yo debería” y 7= “Yo debería”. Cuanto más cercano a 7, mayor es la posibilidad de que se presente la

norma subjetiva descrita, la escala cuenta con un alfa de Cronbach global de .84, siendo buena y 53% de la varianza acumulada.

Escala de control conductual sobre la adherencia a la alimentación cardiosaludable.

Conformada por 2 reactivos (construidos ad hoc a partir de la revisión de literatura de Espí-Guerola (2004) y el análisis de contenido de dos grupos focales con personas con diagnóstico de cardiopatía isquémica). El concepto conductual que se evalúa es el de control conductual hacia la alimentación cardiosaludable (e.g., 1. *Depende de mí, disminuir el consumo de panes, tortillas, refresco, cerveza y alimentos grasosos de origen animal (carnes rojas, manteca, mantequilla, leche, crema, helado y quesos)*). Se responde en una escala tipo likert de 7 puntos, donde 1= “Muy difícil”, 2= “Difícil”, 3= “Un poco difícil”, 4= “Ni fácil ni difícil”, 5= “Un poco fácil”, 6= “Fácil” y 7= “Muy fácil”. Cuanto más cercano a 7, mayor es el control conductual hacia la alimentación cardiosaludable. La escala cuenta con un alfa de Cronbach global de .92, siendo muy buena y 83% de la varianza acumulada.

- Para medir el control conductual sobre la adherencia al ejercicio físico cardiovascular se utilizaron dos reactivos de la escala de control conductual de Espí-Guerola (2004) y el análisis de contenido de dos grupos focales con personas con diagnóstico de cardiopatía isquémica (e.g., *¿Qué tan difícil es para mí realizar ejercicio físico como caminatas durante al menos 30 minutos al día de forma continua, tal como lo indica mi médico?*). Se responde en una escala tipo likert de 7 puntos, donde 1= “Muy difícil”, 2= “Difícil”, 3= “Un poco difícil”, 4= “Ni fácil ni difícil”, 5= “Un poco fácil”, 6= “Fácil” y 7= “Muy fácil”. Cuanto más cercano a 7, mayor es el control conductual hacia el ejercicio físico cardiovascular.

Escala de intención conductual sobre la adherencia a la alimentación cardiosaludable.

Conformada por 3 reactivos (construidos ad hoc a partir de la revisión de literatura de Espí-Guerola (2004) y el análisis de contenido de dos grupos focales con personas con diagnóstico de cardiopatía isquémica). El concepto conductual que se evalúa es la intención de disminuir el consumo de alimentos no saludables en términos de probabilidad (e.g., *La probabilidad de que durante la semana entrante disminuya el consumo de alimentos grasosos de origen animal (carnes rojas, manteca, mantequilla, leche, crema, helado y quesos) tal como lo indico mi*

médico). Se responde en una escala tipo likert de 5 puntos, donde: 1= “0%”, 2= “25%”, 3= “50%”, 4= “75%” y 5= “100%”. Cuanto más cercano sea el resultado a 100%, mayor es la probabilidad de disminuir el consumo de alimentos no saludables. La escala cuenta con un alfa de Cronbach global de .80, siendo buena y 71% de la varianza acumulada.

- Para medir la intención conductual sobre la adherencia al ejercicio físico cardiovascular se utilizó un reactivo adaptado de la escala de intención conductual de Espí-Guerola (2004) y el análisis de contenido de dos grupos focales con personas con diagnóstico de cardiopatía isquémica (e.g., *La probabilidad de que durante la semana entrante realice caminata como actividad cardiovascular todos los días durante al menos 30 minutos continuos, tal como lo indico mi médico*). Se responde en una escala tipo likert de 7 puntos, donde 1= “Muy difícil”, 2= “Difícil”, 3= “Un poco difícil”, 4= “Ni fácil ni difícil”, 5= “Un poco fácil”, 6= “Fácil” y 7= “Muy fácil”. Cuanto más cercano a 7, mayor es el control conductual hacia el ejercicio físico cardiovascular.

Escala de estilos de afrontamiento hacia la alimentación cardiosaludable. Conformada por 15 reactivos (adaptados en este estudio a partir de la revisión de literatura de Zavala et al., 2008) que miden las estrategias de afrontamiento hacia la alimentación cardiosaludable. El concepto conductual que se evalúa en los primeros cuatro reactivos es el de evasión, los siguientes cuatro reactivos evalúan la Autofocalización negativa y los siete reactivos restantes evalúan el análisis cognitivo reflexivo en personas con enfermedad cardiovascular (e.g., *Intente sentirme mejor haciendo mi dieta cardiosaludable*). Se responde en una escala tipo likert con cuatro opciones de respuesta: “0 = No de ninguna manera”, “1 = En alguna medida”, “2 = Generalmente, usualmente”, “3 = Siempre, en gran medida”. Cuanto más cercano es a tres, mayor describe el estilo de afrontamiento utilizado hacia la alimentación cardiosaludable. La escala cuenta con un alfa de Cronbach de .85 para el factor de evasión, un alfa de Cronbach de .78 para el factor de Autofocalización negativa y un alfa de Cronbach de .91 para el factor de análisis cognitivo reflexivo, así mismo un alfa de Cronbach global de .86, siendo buena y 68% de la varianza acumulada.

Escala de estilos de afrontamiento hacia el ejercicio físico cardiovascular. Conformada por 20 reactivos (adaptados en este estudio a partir de la revisión de literatura de Zavala et al., 2008) que miden las estrategias de afrontamiento hacia el ejercicio físico cardiovascular. El concepto conductual que se evalúa en los primeros cinco reactivos es el de evasión, los siguientes ocho reactivos evalúan la reevaluación positiva y los siete reactivos restantes evalúan el análisis cognitivo reflexivo en personas con enfermedad cardiovascular (e.g., “*Soñé o imaginé que las cosas eran mejores cuando caminaba a diario por 30 minutos al día*”). Se responde en una escala tipo likert con cuatro opciones de respuesta: “0 = *No de ninguna manera*”, “1 = *En alguna medida*”, “2 = *Generalmente, usualmente*”, “3 = *Siempre, en gran medida*”. Cuanto más cercano es a tres, mayor describe el estilo de afrontamiento utilizado hacia la alimentación cardiosaludable. La escala cuenta con un alfa de Cronbach de .82 para el factor de evasión, un alfa de Cronbach de .90 para el factor de reevaluación positiva y un alfa de Cronbach de .76 para el factor de análisis cognitivo reflexivo, así mismo un alfa de Cronbach global de .82, siendo buena y 62% de la varianza acumulada.

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). La escala es una herramienta auto aplicada conformada por 14 reactivos, cada reactivo tiene cuatro posibles respuestas que puntúan de 0 a 3, para un total de 0 a 21. Tanto en la ansiedad como en la depresión, se considera normal la puntuación de 0 a 7; como dudosa la que va de 8 a 10. Con un alfa de Cronbach de .68 a .93 para el factor de sintomatología ansiosa y de .67 a .90 para sintomatología depresiva y un alfa de Cronbach global de .94 y una varianza explicada del 59.6%. Versión validada por Herrera et al. (2018) en población mexicana, confiabilizada en pacientes con Cardiopatía Isquémica.

Cuestionario de Alimentación Cardiosaludable (PREDIMED). Conformado por 23 reactivos que miden el consumo de alimentos cardiosaludables (harinas y cereales, frutas y verduras, grasas, pan, lácteos, legumbres, sopas, pescado, marisco, carnes, huevos, conservadores, aderezos, dulces, frutos secos, alimentos preparados, aperitivos, bebidas y alcohol) con tres opciones de respuesta: “*a diario, más de 4 raciones por semana*”, “*menos de 3 raciones por semana*” y “*excepcionalmente nunca*”, con puntajes que van de 0, 3 y 7. Cuanto más cercano sea el resultado final a 0, mayor cumplimiento de las recomendaciones de una dieta cardiosaludable. Este cuestionario fue adaptado del original desarrollado por Cámara, Navarro, Carratalá y Ferrándiz, 2014. Originalmente el Predimed tiene 26 reactivos, pero para calcular la confiabilidad se excluyeron los reactivos 14, 15 y 18 debido a que no influyen en el cálculo del indicador total y no proporcionan varianza. Los reactivos 1, 9, 10 y 22 fueron invertidos. La escala cuenta con un alfa de Cronbach global de .67

El Cuestionario de Actividad Física en su versión corta (IPAQ). Conformado por 7 reactivos para medir: actividad física baja, actividad física moderada y actividad física alta teniendo en cuenta la intensidad, frecuencia y duración de la actividad física semanal. con formato de respuesta dicotómica: (1=Sí) y (0=No), especificidad del 85 % para identificar a participantes de baja intensidad y sensibilidad del 81 % para identificar a los participantes más activos (Hangstromer et al., 2013).

Procedimiento

1. Se contactó a las personas que tenían diagnóstico de cardiopatía isquémica y que residieran en CDMX o zona Metropolitana a través de diversas redes sociales: Facebook, Twitter, WhatsApp, Instagram y LinkedIn.
2. La aplicación de los instrumentos fue mediante la plataforma en línea de Google Forms y se les aseguró la confidencialidad y anonimato de sus datos, empleándose el consentimiento informado para la participación de estos.
3. Se les invitó a participar en la investigación con la siguiente consigna:
 - “Hola, ¿qué tal? quiero invitarte a participar en una investigación que estoy realizando por parte de la UNAM acerca de lo que piensas respecto a la alimentación

cardiosaludable y el ejercicio físico. Solo se necesita tener diagnóstico de Cardiopatía isquémica y ser mayor de 18 años residente de la CDMX o Zona Metropolitana. Si estas interesado y cumples los requisitos te invito a que respondas el siguiente cuestionario. Toda la información que nos brindes será anónima y confidencial. Te agradecería mucho tu apoyo ya que tu participación es muy importante”.

4. Se les envió el link del cuestionario.

5. Se consideraron los artículos del código ético del psicólogo: Art. 8, 9, 12, 15, 16, 17, 18 y 49 para investigación en sujetos humanos (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007).

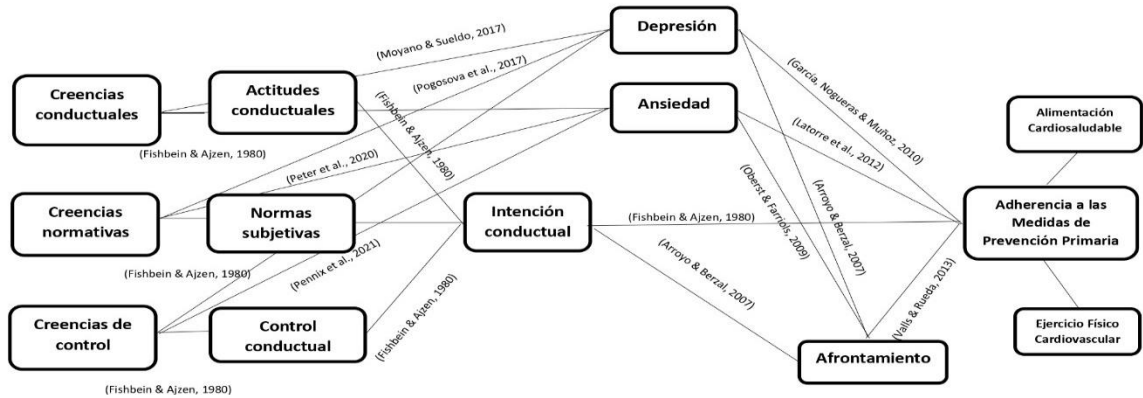
Análisis de datos

Modelo 1: Se llevaron a cabo análisis de correlación producto-momento de Pearson entre las puntuaciones de adherencia a la alimentación cardiosaludable, los factores del modelo de conducta planeada (creencias conductuales, creencias normativas, creencias de control, actitudes conductuales, intención conductual), las variables de salud mental (ansiedad y depresión hospitalaria) y los factores de afrontamiento (afrontamiento de evasión, afrontamiento de autofocalización negativa y afrontamiento de análisis cognitivo reflexivo).

Modelo 2: Se llevaron análisis de correlación producto momento de Pearson entre las puntuaciones de adherencia al ejercicio físico cardiovascular, los factores del modelo de conducta planeada (creencias conductuales, creencias normativas, creencias de control, actitudes conductuales, intención conductual), las variables de salud mental (ansiedad y depresión hospitalaria) y los factores de afrontamiento (afrontamiento de evasión, afrontamiento de reevaluación positiva y afrontamiento de análisis cognitivo reflexivo).

Figura 7

Relaciones del Modelo de Conducta Planeada con salud mental, afrontamiento y adherencia a la alimentación cardiosaludable



Nota: Modelo de Adherencia a la alimentación cardiosaludable y ejercicio físico con base en Fishbein e Icek Ajzen (1975-1980).

Resultados

Correlaciones del modelo 1 de Adherencia a la Alimentación Cardiosaludable

Tabla 36

Correlaciones de creencias conductuales, normativas y de control de adherencia a la alimentación cardiosaludable con salud mental y afrontamiento

| Factores | 5. Ansiedad | 6. Depresión | 7. Evasión AC | 8. Autofocalización negativa AC | 9. Análisis cognitivo reflexivo AC |
|----------------------------------|-------------|--------------|---------------|---------------------------------|------------------------------------|
| 1. Creencias conductuales | -0.048 | -0.155** | 0.041 | -0.171** | 0.154** |
| 2. Creencias normativas | -0.078 | -0.069 | -0.015 | -0.026 | 0.108 |
| 3. Barreras situacionales | 0.181** | 0.104 | -0.031 | 0.199*** | -0.091 |
| 4. Autodeterminación alimenticia | -0.155** | -0.079 | -0.315*** | -0.093 | 0.139* |

Nota. El factor 1 corresponde a la escala de creencias conductuales; el 2 a la escala de creencias normativas, el 3 y 4 a la escala de creencias de control, el 5 y 6 a la escala de ansiedad y depresión hospitalaria y del 7-9 a la escala de afrontamiento hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Tabla 37

Correlaciones entre las creencias conductuales y los factores de actitudes conductuales hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable

| Factores | 3. Creencias conductuales |
|---|----------------------------------|
| Actitudes de disminución de alimentos no saludables | 0.384*** |
| Actitudes de aumento de alimentos saludables | 0.403*** |

Nota. Los factores 1 y 2 corresponden a la escala de actitudes conductuales hacia la adherencia a la Alimentación cardiosaludable, el factor 3 corresponde a la escala de creencias conductuales. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tabla 38

Correlaciones entre las creencias normativas y la norma subjetiva hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable

| Factores | 2. Creencias normativas |
|--------------------|--------------------------------|
| 1. Norma subjetiva | 0.493*** |

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tabla 39

Correlaciones entre las creencias de control y el control conductual hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable

| Factores | 1. Autodeterminación alimenticia | 2. Barreras situacionales |
|-----------------------|---|----------------------------------|
| 1. Control conductual | -0.027 | 0.022 |

Nota. El factor 1 corresponde a la escala de control conductual y los factores 2 y 3 corresponden a la escala de creencias de control. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tabla 40

Correlaciones entre las actitudes conductuales, norma subjetiva y control conductual de adherencia a la alimentación cardiosaludable con la intención de adherencia a la alimentación cardiosaludable

| Factores | 1. Actitudes de disminución de alimentos no saludables | 2. Actitudes de aumento de alimentos saludables | 3. Norma subjetiva | 4. Control conductual |
|-------------------------|---|--|---------------------------|------------------------------|
| 1. Intención conductual | 0.504*** | 0.198*** | -0.031 | 0.076 |

Nota. El factor 1 corresponde a la escala de intención conductual, los factores 2 y 3 corresponden a la escala de Actitudes conductuales, el 4 a la escala de Norma Subjetiva y el 5 a la escala de control conductual. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tabla 41

Correlaciones entre la intención conductual y la adherencia a la alimentación cardiosaludable

| Factores | 2. Adherencia a la alimentación cardiosaludable |
|-------------------------|--|
| 1. Intención conductual | 0.276*** |

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Correlaciones del modelo 2 de Ejercicio Físico Cardiovascular

Tabla 42

Correlaciones de creencias conductuales, normativas y de control de adherencia al ejercicio físico cardiovascular con salud mental y afrontamiento

| Factores | 5. Ansiedad | 6. Depresión | 7. Evasión EFC | 8. Reevaluación positiva EFC | 9. Análisis cognitivo reflexivo EFC |
|------------------------------------|-------------|--------------|----------------|------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Bienestar físico cardiovascular | -0.088 | -0.165** | -0.055 | 0.128* | -0.124* |
| 2. Bienestar disposicional | -0.087 | -0.129* | -0.163** | 0.182** | -0.042 |
| 3. Creencias normativas | -0.021 | -0.096 | -0.012 | 0.067 | 0.200*** |
| 4. Autodeterminación física | -0.189*** | -0.108 | -0.194*** | 0.128* | -0.202*** |

Nota. Los factores 1 y 2 corresponden a la escala de creencias conductuales, el 3 a la escala de creencias normativas, el 4 a la escala de creencias de control, el 5 y 6 a la escala de ansiedad y depresión hospitalaria y del 7-9 a la escala de afrontamiento al ejercicio físico cardiovascular. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tabla 43

Correlaciones entre los factores de la escala de creencias conductuales y los factores de la escala de actitudes conductuales hacia el ejercicio físico cardiovascular

| Factores | 4. Bienestar físico cardiovascular | 5. Bienestar disposicional |
|--------------------------|------------------------------------|----------------------------|
| 1. Interés percibido | 0.386*** | 0.296*** |
| 2. Complejidad percibida | 0.209*** | 0.367*** |
| 3. Necesidad percibida | 0.349*** | 0.232*** |

Nota. Los factores del 1-3 corresponden a la escala de actitudes conductuales y los factores 4 y 5 corresponden a la escala de creencias conductuales. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tabla 44

Correlaciones entre las creencias normativas y la norma subjetiva hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular

| Factor | 1. Creencias normativas |
|--------------------|--------------------------------|
| 1. Norma subjetiva | 0.706*** |

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tabla 45

Correlaciones entre las creencias de control y el control conductual hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular

| Reactivos/factores | 3. Autodeterminación física |
|--|------------------------------------|
| 1. Realizar ejercicio físico cardiovascular 30 minutos al día (reactivo 1) | 0.455*** |
| 2. Depende de mí realizar caminata 30 minutos al día (reactivo 2) | 0.138* |

Nota. Los reactivos 1 y 2 corresponden a la medición de control conductual y el factor 3 corresponde a la escala de creencias de control. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tabla 46

Correlaciones entre las actitudes conductuales, norma subjetiva y control conductual de adherencia al ejercicio físico cardiovascular con la intención de adherencia al ejercicio físico cardiovascular

| Factores | 2. Interés percibido | 3. Complejidad percibida | 4. Necesidad percibida | 5. Norma subjetiva | 6. Realizar ejercicio físico cardiovascular 30 minutos al día (reactivo 1) | 7. Depende de mí realizar caminata 30 minutos al día (reactivo 2) |
|-------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------|---|--|
| 1. Intención conductual | 0.458*** | 0.382*** | 0.329*** | -0.021 | 0.457*** | 0.288*** |

Nota. El factor 1 corresponde a la escala de intención conductual, los factores 2-4 corresponden a la escala de actitudes conductuales hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular, el 5 a la escala de norma subjetiva hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular y del 6-7 a la medición del control conductual hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tabla 47

Correlación entre la intención conductual y la adherencia al ejercicio físico cardiovascular

| Factores | 2. Intención conductual |
|--|--------------------------------|
| 1. Adherencia al ejercicio físico cardiovascular | 0.022 |

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Asociación de la adherencia a la alimentación cardiosaludable con las variables del Modelo de Conducta Planeada, salud mental y afrontamiento de la alimentación cardiosaludable

Tabla 48

Correlaciones de la adherencia a la alimentación cardiosaludable con las variables del Modelo de Conducta Planeada, salud mental y afrontamiento de la alimentación cardiosaludable

| | | AAC | CC | CN | CCAA | CCBS | ADANS | AAC | NS | Control C. | Intención | ANS | DEP | AEV | AAN | AACR | |
|-----------|--------------|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|------------|-----------|-----------|----------|---------|----------|-------|---|
| AAC | R de Pearson | — | | | | | | | | | | | | | | | |
| CC | R de Pearson | 0.056 | — | | | | | | | | | | | | | | |
| CN | R de Pearson | -0.058 | 0.314*** | — | | | | | | | | | | | | | |
| CCAA | R de Pearson | -0.117* | 0.059 | 0.213*** | — | | | | | | | | | | | | |
| CCBS | R de Pearson | 0.084 | -0.076 | -0.103 | -0.029 | — | | | | | | | | | | | |
| ADANS | R de Pearson | -0.197*** | 0.384*** | 0.183** | 0.169** | - | 0.225*** | — | | | | | | | | | |
| AAAC | R de Pearson | -0.077 | 0.403*** | 0.145* | 0.074 | -0.133* | 0.549*** | — | | | | | | | | | |
| NS | R de Pearson | 0.026 | 0.117* | 0.493*** | 0.075 | -0.001 | 0.114* | -0.042 | — | | | | | | | | |
| Control C | R de Pearson | 0.042 | 0.239*** | 0.197*** | -0.027 | 0.022 | 0.212*** | 0.245*** | 0.049 | — | | | | | | | |
| Intención | R de Pearson | -0.223*** | 0.100 | 0.063 | 0.167** | - | 0.388*** | 0.504*** | 0.198*** | -0.031 | 0.076 | — | | | | | |
| ANS | R de Pearson | 0.178** | -0.048 | -0.078 | -0.155** | 0.181** | - | 0.219*** | -0.127* | 0.075 | -0.008 | -0.133* | — | | | | |
| DEP | R de Pearson | 0.091 | -0.155** | -0.069 | -0.079 | 0.104 | - | 0.200*** | 0.187*** | 0.041 | -0.089 | -0.073 | 0.617*** | — | | | |
| AEV | R de Pearson | 0.093 | 0.041 | -0.015 | - | 0.315*** | -0.031 | -0.077 | 0.070 | -0.143* | 0.048 | -0.054 | -0.041 | 0.033 | — | | |
| AAN | R de Pearson | 0.174** | -0.171** | -0.026 | -0.093 | 0.199*** | - | 0.240*** | -0.130* | 0.098 | -0.058 | -0.236*** | 0.216*** | 0.164** | 0.236*** | — | |
| AACR | R de Pearson | -0.151** | 0.154** | 0.108 | 0.139* | -0.091 | 0.270*** | 0.197*** | 0.059 | 0.102 | 0.238*** | -0.080 | - | 0.177** | -0.149** | 0.082 | — |

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

Nota: AAC= Adherencia a la alimentación cardiosaludable, CC= Creencias conductuales, CN= Creencias normativas, CCAA= Creencias de control de Autodeterminación Alimenticia, CCBS= Creencias de control de barreras situacionales, ADANS= Actitudes de disminución de alimentos no saludables, AAC=Actitudes de aumento de alimentos cardiosaludables, NS=Norma subjetiva, ControlC.=Control conductual, ANS=Ansiedad, DEP= Depresión, AEV=Afrontamiento de evasión, AAN= Afrontamiento de Autofocalización negativa, AACR= Afrontamiento de análisis cognitivo reflexivo.

Asociación de la adherencia al ejercicio físico cardiovascular con las variables del Modelo de Conducta Planeada, salud mental y afrontamiento del ejercicio físico cardiovascular

Tabla 49

Correlaciones de la adherencia al ejercicio físico cardiovascular con las variables del Modelo de Conducta Planeada, salud mental y afrontamiento del ejercicio físico cardiovascular

| | | AEFC | CCBFC | CCBD | CN | CCAF | AIP | ACP | ANP | NS | CC | Intención | ANS | DEP | AEV | ARP | AACR | |
|------------------|--------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|--------|--------|-------|-------|------|--|
| AEFC | R de Pearson | — | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CCBFC | R de Pearson | -0.068 | — | | | | | | | | | | | | | | | |
| CCBD | R de Pearson | 0.018 | 0.579 | — | | | | | | | | | | | | | | |
| CN | R de Pearson | 0.048 | 0.191 | 0.244 | — | | | | | | | | | | | | | |
| CCAF | R de Pearson | -0.016 | 0.219 | 0.195 | 0.035 | — | | | | | | | | | | | | |
| AIP | R de Pearson | -0.121 | 0.386 | 0.296 | 0.064 | 0.318 | — | | | | | | | | | | | |
| ACP | R de Pearson | -0.009 | 0.209 | 0.367 | 0.118 | 0.343 | 0.606 | — | | | | | | | | | | |
| ANP | R de Pearson | -0.314 | 0.349 | 0.232 | -0.004 | 0.172 | 0.632 | 0.398 | — | | | | | | | | | |
| NS | R de Pearson | 0.021 | 0.129 | 0.202 | 0.706 | 0.116 | 0.176 | 0.169 | 0.118 | — | | | | | | | | |
| CC | R de Pearson | -0.013 | 0.296 | 0.439 | 0.127 | 0.416 | 0.558 | 0.729 | 0.376 | 0.164 | — | | | | | | | |
| Intención | R de Pearson | 0.022 | 0.241 | 0.290 | -0.037 | 0.371 | 0.458 | 0.382 | 0.329 | -0.021 | 0.486 | — | | | | | | |
| ANS | R de Pearson | 0.008 | -0.088 | -0.087 | -0.021 | -0.189 | -0.176 | -0.139 | -0.002 | 0.018 | -0.172 | -0.034 | — | | | | | |
| DEP | R de Pearson | 0.009 | -0.165 | -0.129 | -0.096 | -0.108 | -0.171 | -0.157 | -0.149 | -0.138 | -0.206 | -0.116 | 0.617 | — | | | | |
| AEV | R de Pearson | -0.154 | -0.055 | -0.163 | -0.012 | -0.194 | -0.150 | -0.231 | -0.079 | -0.077 | -0.263 | -0.139 | 0.123 | 0.051 | — | | | |
| ARP | R de Pearson | -0.051 | 0.128 | 0.182 | 0.067 | 0.128 | 0.272 | 0.213 | 0.218 | 0.114 | 0.280 | 0.178 | -0.057 | -0.169 | 0.064 | — | | |
| AACR | R de Pearson | -0.040 | -0.124 | -0.042 | 0.200 | -0.202 | -0.120 | -0.041 | -0.021 | 0.108 | -0.077 | -0.036 | 0.278 | 0.122 | 0.437 | 0.186 | — | |

Nota₁ * p < .05, ** p < .01, *** p < .001.

Nota₂ AEFC= Adherencia al ejercicio físico cardiovascular, CCBFC= Creencias conductuales de bienestar físico cardiovascular, CN= Creencias normativas, CCAA= Creencias de control de Autodeterminación Física, AIP= Actitudes de interés percibido, ACP=Actitudes de complejidad percibida, ANP= Actitudes de Necesidad percibida, NS=Norma subjetiva, CC.=Control conductual, ANS=Ansiedad, DEP= Depresión, AEV=Afrontamiento de evasión, ARP= Afrontamiento de reevaluación positiva, AACR= Afrontamiento de análisis cognitivo reflexivo..

Discusión

De manera general, en el modelo uno, se encontró que la adherencia a la alimentación cardiosaludable, las variables del modelo de conducta planeada (creencias conductuales, creencias normativas, creencias de control, actitudes conductuales, norma subjetiva, control conductual, intención conductual), las variables de salud mental (ansiedad y depresión) y afrontamiento, se encuentran relacionadas entre sí. Con la finalidad de discutir los hallazgos de manera sistemática, se presentarán de manera ordenada por variable de estudio.

- Creencias conductuales, normativas y de control con respecto de actitudes, normas subjetivas, control conductual, salud mental y afrontamiento hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable

Los resultados de esta investigación muestran que las creencias conductuales de adherencia a la alimentación cardiosaludable se relacionan de manera negativa con la depresión así como también de manera negativa con el estilo de afrontamiento de autofocalización negativa y de manera positiva con el estilo de afrontamiento de análisis cognitivo reflexivo, así mismo se relacionan de manera positiva con las actitudes de disminución de alimentos no saludables y las actitudes de aumento de alimentos saludables. Es decir, que las personas con diagnóstico de cardiopatía isquémica en la medida en que presentan más creencias acerca de las consecuencias que sus conductas pueden tener en el seguimiento de una medida de prevención primaria como es la alimentación cardiosaludable, van a presentar menores niveles de ansiedad y no se enfocaran en los aspectos negativos que los podrían llevar a responsabilizarse de su enfermedad, evitando tener un desajuste emocional.

Sin embargo, en la medida en que más se presenten las creencias conductuales, también lo estarán las actitudes conductuales, es decir, los sentimientos afectivos positivos o negativos respecto al aumento de alimentos cardiosaludables y la disminución de aquellos alimentos perjudiciales para su salud, cabe señalar que al guardar relación positiva con el afrontamiento de análisis cognitivo reflexivo, este segundo aumenta el ejercicio de auto reflexión que implica alimentarse correctamente como un mecanismo de afrontamiento para

analizar y resolver el problema de la falta de adherencia hacia la conducta de alimentación cardiosaludable.

Así mismo las creencias normativas se relacionan de manera positiva con la norma subjetiva, es decir, la percepción de los pacientes con cardiopatía isquémica sobre las presiones sociales que le son impuestas para alimentarse de manera cardiosaludable, así como las valoraciones sociales que se tienen acerca de cómo es su propia alimentación y la motivación general que posee él o ella misma para actuar conforme a las normas, guarda relación con la aprobación o desaprobación percibida de la posición de su familia, pareja, amigos y compañeros de trabajo como grupos de referencia importantes para estos pacientes con respecto a la conducta de alimentación cardiosaludable. Concordando con estudios de Lin et al. (2016) y, Basinska y Andruszkiewicz (2012) sobre la relación entre las creencias normativas y la norma subjetiva en conductas de salud en el tratamiento de epilepsia y de enfermedades metabólicas y cardiovasculares.

Por otro lado, las creencias de control de barreras situacionales se relacionan de manera positiva con la ansiedad y la autofocalización negativa y las creencias de control de autodeterminación alimenticia se relacionan de manera negativa con la ansiedad, el afrontamiento de evasión y de manera positiva con el análisis cognitivo reflexivo. En este sentido, estos resultados son similares a otras investigaciones realizadas por Sánchez et al. (2019), que indican que las personas con ECV, creen que llevar a cabo una alimentación saludable sería más sencillo si sus familias se hicieran cargo, así mismo el alimentarse de este modo beneficia la salud mental y física, sin embargo, es costoso hacerlo. Así mismo no sienten ninguna presión social para alimentarse sanamente, aunque sus familias reflejen sentirse felices si lo hicieran. Con base en lo anterior se puede observar que la conducta de adherencia a la alimentación cardiosaludable podría estar condicionada por las creencias que subyacen a la toma de decisiones en alimentación.

Así mismo no hubo relaciones significativas entre las creencias conductuales con respecto de la ansiedad y el afrontamiento de evasión, ni relaciones significativas entre las creencias normativas y la ansiedad, la depresión, el afrontamiento de evasión, el afrontamiento de autofocalización negativa y el afrontamiento de análisis cognitivo

reflexivo. Por otra parte, tampoco hubo relaciones significativas entre las barreras situacionales con respecto de la depresión, el afrontamiento de evasión y el afrontamiento de análisis cognitivo reflexivo. Finalmente, tampoco hubo relación entre la creencia de control de autodeterminación alimenticia y la depresión y afrontamiento de autofocalización negativa. En cuanto a las creencias de control de autodeterminación alimenticia y barreras situacionales, estas no se relacionan con el control conductual.

- Intención conductual con respecto a las actitudes conductuales y la adherencia a la alimentación cardiosaludable

Con respecto a la intención conductual de adherencia a la alimentación cardiosaludable, esta se relacionó de manera positiva con las actitudes conductuales de disminución de alimentos no saludables y aumento de alimentos cardiosaludables, así como con la adherencia a la alimentación cardiosaludable. Cabe señalar también, que, la intención no mostró relaciones significativas con la norma subjetiva y el control conductual. Con base en lo anterior se puede observar que los pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica entre más tengan la intención de alimentarse de manera cardiosaludable, más se presentaran los sentimientos afectivos positivos o negativos respecto de la disminución de alimentos no saludables y el aumento de los cardiosaludables así como las percepciones de apoyo social de dicha conducta, lo cual concuerda con estudios de Hernández et al. (2017) y Zhu (2018) donde describen el vínculo positivo entre la intención de hacer la modificación conductual de dietas orgánicas para la mejora de la calidad de vida antes las enfermedades crónico degenerativas (diabetes, dislipidemias, cáncer y ECV) y las actitudes positivas de consumo hacia estos alimentos a través de la teoría del comportamiento planificado.

- Adherencia a la alimentación cardiosaludable con respecto a las actitudes conductuales, el afrontamiento, la salud mental y las creencias.

La adherencia a la alimentación cardiosaludable se relaciona de manera negativa con las actitudes de disminución de los alimentos no saludables, así mismo con la intención conductual y el afrontamiento de análisis cognitivo reflexivo (hecho que implica realizar un ejercicio de autorreflexión que ayuda a analizar el problema y a resolverlo). Coincidiendo

con el estudio realizado por Patten et al. (2021) en pacientes diabéticos e hipertensos, el cual obtuvo correlaciones positivas entre la adherencia al tratamiento (autoeficacia, control de ingesta de medicamentos y alimentos, y seguimiento médico-conductual) y el afrontamiento centrado en el problema vinculado a la autorreflexión).

La adherencia a la alimentación cardiosaludable a su vez se relaciona de manera positiva con la ansiedad, en este sentido, estos resultados son similares a otras investigaciones realizadas en pacientes con ECV, donde se han obtenido correlaciones negativas entre la ansiedad y la adherencia a la dieta mediterránea, mostrando que la presencia de factores de riesgo, como la ansiedad y la depresión, dificultan la modificación de los estilos de vida (Alemán & Rueda, 2019; Pająk et al., 2013). Además, se encontró una correlación negativa entre la adherencia a la alimentación cardiosaludable y la estrategia de autofocalización negativa (enfocarse como responsable del problema en lo negativo de sí mismo, siendo un estilo de afrontamiento desadaptativo emocional). Contrario a lo que se reporta en el estudio realizado por Trejo y Reyes (2020), donde no se encontró asociación entre el afrontamiento pasivo (desadaptativo emocional) con la adherencia terapéutica subóptima en pacientes con CAD. Así mismo los resultados no mostraron relaciones significativas entre la adherencia a la alimentación cardiosaludable y las creencias conductuales, las creencias normativas, las creencias de control de tipo barrera situacional, las actitudes de aumento de alimentos cardiosaludables lo cual a su vez es de gran utilidad para visualizar aquellos constructos que podrían no predecir ni explicar la adherencia a la alimentación cardiosaludable al momento de probar el modelo en el estudio tres de esta investigación.

En el segundo modelo se encontró que la adherencia al ejercicio físico cardiovascular, las variables del modelo de conducta planeada (creencias conductuales, creencias normativas, creencias de control, actitudes conductuales, norma subjetiva, control conductual, intención conductual), las variables de salud mental (ansiedad y depresión) y afrontamiento, se encuentran relacionadas entre sí. Con la finalidad de discutir los hallazgos de manera sistemática, se presentarán de manera ordenada por variable de estudio.

- Relaciones entre las creencias conductuales, normativas y de control de adherencia al ejercicio físico cardiovascular con respecto de la salud mental y el afrontamiento hacia el ejercicio físico cardiovascular.

Los resultados de esta investigación muestran que las creencias conductuales de bienestar físico cardiovascular se relacionan de manera negativa con la depresión y el afrontamiento de análisis cognitivo reflexivo, así mismo se relacionan de manera positiva con el afrontamiento de reevaluación positiva. Cabe señalar que no hay relaciones significativas con el afrontamiento de evasión y la ansiedad.

Es decir, que las personas con diagnóstico de cardiopatía isquémica en la medida en que presentan más creencias acerca de las consecuencias que sus conductas pueden tener en el seguimiento de una medida de prevención primaria como es el ejercicio físico cardiovascular, van a presentar menores niveles de depresión y a su vez su ejercicio de autorreflexión respecto al análisis y resolución del problema, será mayor, así mismo, los esfuerzos que empleen para crear un significado positivo de la realización de ejercicio físico cardiovascular por más de 30 minutos continuos al día durante todos los días, será mayor. Lo cual concuerda con los estudios realizados por Zavala et al. (2008) y, Silva y Agudelo (2011) que describen que las personas que hacen uso de estilos de afrontamiento vinculados al problema como la reevaluación positiva y el análisis cognitivo-reflexivo vinculados a algún problema de salud aumentan la probabilidad de mejorar su calidad vida y a su vez las creencias que les caracterizan les permiten identificar las consecuencias de sus conductas de prevención o riesgo a su salud.

- Relaciones entre los factores de la escala de creencias conductuales y los factores de la escala de actitudes conductuales hacia el ejercicio físico cardiovascular

Los resultados muestran que las creencias conductuales de bienestar físico cardiovascular y bienestar disposicional se relacionan significativamente de manera positiva con los factores de actitudes de interés percibido, actitudes de complejidad percibida y actitudes de necesidad percibida, es decir, las creencias de adherencia al ejercicio físico cardiovascular que disponen situaciones de bienestar físico en los pacientes con cardiopatía isquémica, en la medida en

que se presentan, mayor es el valor percibido que tienen estos pacientes hacia la actividad física cardiovascular, así mismo, mayor es la percepción de aspectos esenciales para la realización del ejercicio y mayor es la dificultad que perciben hacia la realización de esta medida de prevención primaria.

Los resultados muestran que las creencias normativas correlacionan de manera positiva con la norma subjetiva, es decir, la percepción de los pacientes con cardiopatía isquémica sobre las presiones sociales que le son impuestas para realizar ejercicio físico de tipo cardiovascular, todos los días durante al menos 30 minutos tal como lo indicó su médico, así como las valoraciones sociales que se tienen acerca de cómo es su propia actividad física y la motivación general que posee él o ella misma para actuar conforme a dichas normas, guarda relación con la aprobación o desaprobación percibida de la posición de su familia, pareja, amigos y compañeros de trabajo como grupos de referencia importantes para estos pacientes con respecto a esta medida de prevención primaria en cardiopatía isquémica. Concordando con estudios de McKee et al. (2007) y Ortiz (2010) sobre la relación entre las creencias normativas y la norma subjetiva en la realización de actividad física en personas con síndrome metabólico y ECV.

Así mismo las creencias de control de autodeterminación física correlacionan de manera positiva con los reactivos de control conductual, es decir, los pacientes con cardiopatía isquémica que tienen una mayor percepción de capacidad para tomar decisiones sobre las situaciones que podrían facilitar o dificultar la adherencia al ejercicio físico cardiovascular, también presentarían mayores creencias sobre la capacidad de controlar las dificultades existentes para adherirse a la realización de ejercicio físico cardiovascular tal como se los indica su médico.

Así mismo los resultados de la intención conductual, muestran relaciones positivas significativas con las actitudes conductuales de interés percibido, complejidad percibida y necesidad percibida, así como con los reactivos de control conductual hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular y no correlaciona de manera significativa con la norma subjetiva, es decir, entre mayor sea la probabilidad de querer realizar ejercicio físico cardiovascular, mayor será el valor percibido que tengan estos pacientes hacia la actividad

física cardiovascular, así como mayor la percepción de aspectos esenciales para la realización de actividad física cardiovascular y mayor, la dificultad que perciban hacia la realización de dicha conducta de salud. Lo cual concuerda con estudios realizados por Hagger et al. (2019) y Chen (2017) que vislumbran que la intención conductual al ser uno de los predictores más fuertes del modelo de conducta planeada, a su vez guarda relación con los constructos de actitudes conductuales y control conductual tal como se describe en dichos estudios con personas con dificultades para adherirse a conductas de salud vinculadas al tratamiento de la obesidad y ECV.

No obstante, si bien los datos a la luz de la teoría sugieren estas relaciones, es necesario llevar a cabo un estudio que aporte evidencia empírica de orden explicativo para confirmarlas o refutarlas, lo que constituye el siguiente y último estudio de esta tesis.

ESTUDIO 3

Predictores de la adherencia a la alimentación cardiosaludable y el ejercicio físico cardiovascular

Justificación

Ajzen y Fisbhein (1973) afirman que cuando se busca predecir un comportamiento específico, tal es el caso en esta investigación: “Adherencia a alimentación cardiosaludable y a ejercicio”, la variable predictora debe coincidir con la variable de salida en lo que se refiere a tiempo, lugar y especificidad. Los hallazgos de esta investigación pueden contribuir a la comprensión de dicho fenómeno (adherencia terapéutica a las medidas de prevención primaria en cardiopatía isquémica) como procesos y no sólo como constructos aislados y a su vez aportar evidencia de los mecanismos involucrados: “personalidad (Zavala et al., 2008), cultura (Ajzen & Fisbhein, 1973) y salud mental (Herrera et al., 2018)” al probar el modelo propuesto en esta investigación.

Pregunta de investigación

¿Cómo influyen los estilos de afrontamiento, salud mental (ansiedad y depresión) y la teoría de conducta planeada (creencias conductuales, normativas y de control, actitudes conductuales, normas subjetivas, control conductual, intención conductual) con la adherencia a las medidas de prevención primaria (alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular) en adultos con cardiopatía isquémica?

Objetivo general

Desarrollar y probar un modelo que permita predecir la adherencia a las medidas de prevención primaria en cardiopatía isquémica (alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular) a partir de la teoría de conducta planeada (creencias conductuales, normativas y de control, actitudes conductuales, normas subjetivas, control conductual, intención conductual), el afrontamiento y la salud mental (ansiedad y depresión).

Objetivos específicos

- Identificar variables predictoras de adherencia a las medidas de prevención primaria (alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular) en adultos con cardiopatía isquémica.
- Comprobar el modelo teórico propuesto sobre adherencia a las medidas de prevención primaria (alimentación cardiosaludable y ejercicio) en adultos con cardiopatía isquémica.

Hipótesis conceptuales

- La intención conductual es la conducta saludable, es decir, la intención del sujeto para llevar a cabo determinado comportamiento, ya que muchos comportamientos se encuentran bajo control voluntario, de acuerdo con Ajzen y Fishbein (1970). Tiene el potencial de predecir conductas de protección o de riesgo como la alimentación saludable y la actividad física en enfermedades como la enfermedad cardiovascular, la obesidad y la diabetes. Existe evidencia que sustenta esta afirmación, como los resultados reportados por Campos-Ramírez et al. (2019), Castillo et al. (2019) y, Andrade y Céspedes (2017) en población con enfermedad cardiovascular.
- Los estilos de afrontamiento son pensamientos y acciones que los individuos usan para enfrentar los encuentros estresantes cotidianos con base en el enfrentamiento evasivo, enfrentamiento de distanciamiento, enfrentamiento de reevaluación positiva, enfrentamiento de análisis cognitivo-reflexivo y enfrentamiento de negación de acuerdo con Zavala et al. (2008) y se relacionan con la adherencia a ejercicio en pacientes con hipertensión arterial (Figuerola et al, 2017).
- La ansiedad y la depresión hospitalaria se relacionan con la adherencia a la dieta mediterránea en población oriental con obesidad y enfermedad cardiovascular, es decir, de acuerdo con los resultados reportados por Chen (2017) y Pogossova et al. (2017), la presencia de estos factores de riesgo psicosocial predispone los niveles de eficacia en la adherencia a una dieta saludable, la mediterránea.

- Las normas subjetivas como percepciones de la persona sobre las presiones sociales que le son impuestas para realizar o no un comportamiento, se relacionan con la adherencia a la actividad física en un grupo de pacientes con cáncer y enfermedad cardiovascular, de acuerdo con resultados reportados por Shain (2019).
- Las creencias conductuales como los pensamientos que los sujetos tienen acerca de las consecuencias que una determinada conducta pueda generar, determinan la “actitud del sujeto sobre la conducta” en cuestión de acuerdo con Ajzen y Fishbein (1970) y a su vez se relacionan con los niveles de adherencia a la actividad física en pacientes con cardiopatía isquémica de acuerdo con resultados reportados por (López-Castedo, 2019).
- El control conductual se relaciona con la adherencia a una dieta saludable en pacientes con cardiopatía isquémica y así mismo ha demostrado ser un buen predictor de alimentación saludable en enfermedades crónicas degenerativas de acuerdo con resultados reportados por Mendoza (2015).

Hipótesis estadísticas (Modelo 1)

Afrontamiento y Adherencia a la Alimentación cardiosaludable

H0: Los estilos de afrontamiento no predicen la adherencia a la alimentación cardiosaludable

Hi: Los estilos de afrontamiento predicen la adherencia a la alimentación cardiosaludable

Salud Mental y Adherencia a la Alimentación cardiosaludable

H0: La salud mental no predice la adherencia a la alimentación cardiosaludable

Hi: La salud mental no predice la adherencia a la alimentación cardiosaludable

Intención conductual y adherencia a la Alimentación Cardiosaludable

H0: La intención conductual no predice la adherencia a la alimentación cardiosaludable

Hi: La intención conductual predice la adherencia a la alimentación cardiosaludable

Actitudes conductuales y adherencia a la Alimentación Cardiosaludable

H0: Las actitudes conductuales no predicen la adherencia a la alimentación cardiosaludable

Hi: Las actitudes conductuales predicen la adherencia a la alimentación cardiosaludable

Normas subjetivas y adherencia a la Alimentación Cardiosaludable

H0: Las normas subjetivas no predicen la adherencia a la alimentación cardiosaludable

Hi: Las normas subjetivas predicen la adherencia a la alimentación cardiosaludable

Control conductual y adherencia a la Alimentación Cardiosaludable

H0: El control conductual no predice la adherencia a la alimentación cardiosaludable

Hi: El control conductual predice la adherencia a la alimentación cardiosaludable

Creencias conductuales y adherencia a la Alimentación Cardiosaludable

H0: Las creencias conductuales no predicen la adherencia a la alimentación cardiosaludable

Hi: Las creencias conductuales predicen la adherencia a la alimentación cardiosaludable

Creencias normativas y adherencia a la Alimentación Cardiosaludable

H0: Las creencias normativas no predicen la adherencia a la alimentación cardiosaludable

Hi: Las creencias normativas predicen la adherencia a la alimentación cardiosaludable

Creencias de control y adherencia a la Alimentación Cardiosaludable

H0: Las creencias de control no predicen la adherencia a la alimentación cardiosaludable

Hi: Las creencias de control predicen la adherencia a la alimentación cardiosaludable

Actitudes conductuales y la intención de adherencia a la Alimentación Cardiosaludable

H0: Las actitudes conductuales no predicen la intención de adherencia a la Alimentación Cardiosaludable

Hi: Las actitudes conductuales predicen la intención de adherencia a la Alimentación Cardiosaludable

Norma Subjetiva y la intención de adherencia a la Alimentación Cardiosaludable

H0: La norma subjetiva no predice la intención de adherencia a la Alimentación Cardiosaludable

Hi: La norma subjetiva predice la intención de adherencia a la Alimentación Cardiosaludable

Control conductual y la intención de adherencia a la Alimentación Cardiosaludable

H0: El control conductual no predice la intención de adherencia a la Alimentación Cardiosaludable

Hi: El control conductual predice la intención de adherencia a la Alimentación Cardiosaludable

Creencias conductuales y actitudes conductuales de adherencia a la Alimentación Cardiosaludable

H0: Las creencias conductuales no predicen las actitudes conductuales de adherencia a la alimentación cardiosaludable

Hi: Las creencias conductuales no predicen las actitudes conductuales de adherencia a la alimentación cardiosaludable

Creencias normativas y norma subjetiva de adherencia a la Alimentación Cardiosaludable

H0: Las creencias normativas no predicen la norma subjetiva de adherencia a la alimentación cardiosaludable

Hi: Las creencias normativas no predicen la norma subjetiva de adherencia a la alimentación cardiosaludable

Creencias de control y control conductual de adherencia a la Alimentación Cardiosaludable

H0: Las creencias de control no predicen las actitudes conductuales de adherencia a la alimentación cardiosaludable

Hi: Las creencias de control predicen las actitudes conductuales de adherencia a la alimentación cardiosaludable

Hipótesis estadísticas (Modelo 2)

Afrontamiento y Adherencia al Ejercicio Físico Cardiovascular

H0: Los estilos de afrontamiento no predicen la adherencia al ejercicio físico cardiovascular

Hi: Los estilos de afrontamiento predicen la adherencia al ejercicio físico cardiovascular

Salud Mental y Adherencia al Ejercicio Físico Cardiovascular

H0: La salud mental no predice la adherencia al ejercicio físico cardiovascular

Hi: La salud mental predice la adherencia al ejercicio físico cardiovascular

Intención conductual y Adherencia al Ejercicio Físico Cardiovascular

H0: La intención conductual no predice la adherencia al ejercicio físico cardiovascular

Hi: La intención conductual predice la adherencia al ejercicio físico cardiovascular

Actitudes conductuales y Adherencia al Ejercicio Físico Cardiovascular

H0: Las actitudes conductuales no predicen la adherencia al ejercicio físico cardiovascular

Hi: Las actitudes conductuales predicen la adherencia al ejercicio físico cardiovascular

Normas subjetivas y Adherencia al Ejercicio Físico Cardiovascular

H0: Las normas subjetivas no predicen la adherencia al ejercicio físico cardiovascular

Hi: Las normas subjetivas predicen la adherencia al ejercicio físico cardiovascular

Control conductual y Adherencia al Ejercicio Físico Cardiovascular

H0: El control conductual no predice la adherencia al ejercicio físico cardiovascular

Hi: El control conductual predice la adherencia al ejercicio físico cardiovascular

Creencias conductuales y Adherencia al Ejercicio Físico Cardiovascular

H0: Las creencias conductuales no predicen la adherencia al ejercicio físico cardiovascular

Hi: Las creencias conductuales predicen la adherencia al ejercicio físico cardiovascular

Creencias normativas y Adherencia al Ejercicio Físico Cardiovascular

H0: Las creencias normativas no predicen la adherencia al ejercicio físico cardiovascular

Hi: Las creencias normativas predicen la adherencia al ejercicio físico cardiovascular

Creencias de control y Adherencia al Ejercicio Físico Cardiovascular

H0: Las creencias de control no predicen la adherencia al ejercicio físico cardiovascular

Hi: Las creencias de control predicen la adherencia al ejercicio físico cardiovascular

Actitudes conductuales y la intención de Adherencia al Ejercicio Físico Cardiovascular

H0: Las actitudes conductuales no predicen la intención de adherencia al ejercicio físico cardiovascular

Hi: Las actitudes conductuales predicen la intención de adherencia al ejercicio físico cardiovascular

Norma Subjetiva y la intención de adherencia al Ejercicio Físico Cardiovascular

H0: La norma subjetiva no predice la intención de adherencia al ejercicio físico cardiovascular

Hi: La norma subjetiva predice la intención de adherencia al ejercicio físico cardiovascular

Control conductual y la intención de adherencia al Ejercicio Físico Cardiovascular

H0: El control conductual no predice la intención de adherencia al ejercicio físico cardiovascular

Hi: El control conductual predice la intención de adherencia al ejercicio físico cardiovascular

Creencias conductuales y actitudes conductuales de adherencia al ejercicio físico cardiovascular

H0: Las creencias conductuales no predicen las actitudes conductuales de adherencia al ejercicio físico cardiovascular

Hi: Las creencias conductuales predicen las actitudes conductuales de adherencia al ejercicio físico cardiovascular

Creencias normativas y norma subjetiva de adherencia al ejercicio físico cardiovascular

H0: Las creencias normativas no predicen la norma subjetiva de adherencia al ejercicio físico cardiovascular

Hi: Las creencias normativas predicen la norma subjetiva de adherencia al ejercicio físico cardiovascular

Creencias de control y control conductual de adherencia al ejercicio físico cardiovascular

H0: Las creencias de control no predicen las actitudes conductuales de adherencia al ejercicio físico cardiovascular

Hi: Las creencias de control predicen las actitudes conductuales de adherencia al ejercicio físico cardiovascular

Muestra

Los pacientes se contactaron en un Hospital de Salud Pública del Tercer Nivel de Atención de la Ciudad de México. La muestra fue no probabilística por sujetos tipo con base en Shaughnessy (2007) y Nunnally (1991), y estuvo compuesta por 309 pacientes con diagnóstico de CAD con base en los criterios de la Asociación Cardiológica de New York (NYHA por sus siglas en inglés) (McMurray et al., 2012) y con base en el cálculo del tamaño de muestra con base en proporciones. Los participantes se encontraban entre los 30 y 82 años de edad ($M= 52$ años, $DE= 12.15$), de los cuales 43% fueron mujeres y 57% hombres. Con respecto a su estado civil 28.2% fueron solteros, 53.4% casados, 8% en unión libre, 5.2% viudos y 5.2% separados. En relación con su ocupación el 13% fueron amas de casa, 13% se dedicaban al comercio, 29% eran jubilados y el 45% profesionistas que laboraban en alguna Institución pública o privada y en cuanto a su religión el 72% eran creyentes o practican alguna religión y el 28% ateos (Tabla 50).

Fórmula para cálculo de tamaño de muestra con base en proporciones:

$$n = \frac{(Z\alpha + Z\beta)^2 P(1 - P)}{d^2}$$

Dónde: $Z\alpha = 1.96$; $Z\beta = 0.84$; $p = 0.70$ para la etapa 2 y 0.90 para la etapa 3); $d = 0.1$

Tabla 50*Características sociodemográficas de los pacientes incluidos en este estudio*

| | n | % |
|---------------------|----------|----------|
| Sexo | | |
| Mujeres | 133 | 43 |
| Hombres | 176 | 57 |
| Estado Civil | | |
| Solteros | 87 | 28.2 |
| Casados | 165 | 53.4 |
| Unión libre | 25 | 8 |
| Viudos | 16 | 5.2 |
| Separados | 16 | 5.2 |
| Ocupación | | |
| Amas de casa | 40 | 13 |
| Comercio | 40 | 13 |
| Jubilados | 90 | 29 |
| Profesionistas | 139 | 45 |
| Religión | | |
| Creyente | 223 | 72 |
| Ateo | 86 | 28 |

Criterios de selección

- a) *Inclusión:* hombres y mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de cardiopatía isquémica que residan en la Ciudad de México o Zona Metropolitana y decidan participar voluntariamente.
- b) *Exclusión:* hombres y mujeres con trastornos neurológicos o psiquiátricos, discapacidad intelectual (reportados en la historia clínica) o que no sepan leer y escribir.
- c) *Eliminación:* hombres y mujeres que retiren su consentimiento informado o fallezcan durante el proceso de la investigación.

Tipo de estudio y diseño

Diseño explicativo, no experimental de tipo transversal con un solo grupo (Kerlinger et al., 2002).

Instrumentos

Los instrumentos utilizados en este estudio son los mismos que se emplearon el estudio 2.

1. Escala de creencias conductuales hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable.
2. Escala de creencias conductuales hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular.
3. Escala de creencias normativas hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable.
4. Escala de creencias normativas hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular.
5. Escala de creencias de control hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable.
6. Escala de creencias de control hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular.
7. Escala de actitudes hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable.
8. Escala de actitudes hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular.
9. Escala de normas subjetivas hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable.
10. Escala de normas subjetivas hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular.
11. Escala de control conductual hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable.
12. Escala de intención conductual hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable.
13. Escala de estilos de afrontamiento hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable.
14. Escala de estilos de afrontamiento hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular.
15. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS).
16. Cuestionario de Adherencia a Alimentación Cardiosaludable (PREDIMED).
17. Cuestionario de Adherencia a Ejercicio físico (IPAQ).

Procedimiento

1. Se contactó a las personas que tenían diagnóstico de cardiopatía isquémica y que residieran en CDMX o zona Metropolitana a través de diversas redes sociales: Facebook, Twitter, WhatsApp, Instagram y LinkedIn.

2. La aplicación de los instrumentos fue mediante la plataforma en línea de Google Forms y se les aseguró la confidencialidad y anonimato de sus datos, empleándose el consentimiento informado para la participación de estos.

3. Se les invitó a participar en la investigación con la siguiente consigna:

- “Hola, ¿qué tal? quiero invitarte a participar en una investigación que estoy realizando por parte de la UNAM acerca de lo que piensas respecto a la alimentación cardiosaludable y el ejercicio físico. Solo se necesita tener diagnóstico de Cardiopatía isquémica y ser mayor de 18 años residente de la CDMX o Zona Metropolitana. Si estas interesado y cumples los requisitos te invito a que respondas el siguiente cuestionario. Toda la información que nos brindes será anónima y confidencial. Te agradecería mucho tu apoyo ya que tu participación es muy importante”.

4. Se les envió el link del cuestionario.

5. Se consideraron los artículos del código ético del psicólogo: Art. 8, 9, 12, 15, 16, 17, 18 y 49 para investigación en sujetos humanos (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007).

Análisis de datos

Para poder proceder con el objetivo de este estudio, inicialmente se realizaron análisis de regresión múltiple paso por paso, uno para la adherencia a la alimentación cardiosaludable y otro para la adherencia al ejercicio físico cardiovascular como variables de salida, en ambos casos el afrontamiento, la salud mental (ansiedad y depresión), la intención conductual, las actitudes conductuales, la norma subjetiva, el control conductual y las creencias conductuales, normativas y de control fueron las variables de entrada y se consideraron como datos estadísticamente significativos aquellos que presentaban una $p < .05$.

Como método complementario se procedió a realizar modelos en ecuaciones estructurales para cada una de las variables dependientes (Adherencia a la alimentación cardiosaludable y adherencia al ejercicio físico cardiovascular) así mismo se propusieron dos modelos más como variables dependientes considerando a la intención conductual hacia la

adherencia a la alimentación cardiosaludable y la intención conductual hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular).

El método de estimación fue el de máxima verosimilitud. Para determinar el ajuste del modelo, se analizaron los siguientes índices a partir de la prueba de bondad de ajuste χ^2 de acuerdo a lo propuesto por Hu y Bentler (1999): 1) ratio entre el valor de chi-cuadrado y los grados de libertad (χ^2/gf), cuyo valor < 3 indica un ajuste adecuado (Kline, 2016); 2) índices comparativos CFI (Comparative Fit Index), IFI (Incremental Fit Index) y NFI (Normed Fit Index), cuyos valores $> .90$ es considerado bueno; 3) proporción de varianza GFI (Goodness of Fit Index) y AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index), donde el valor debe ser $>.90$ para interpretarse como un ajuste adecuado; 4) error: SRMR (Standarized Root Mean Square Residual) y RMSEA (Root Mean Square of Aproximation), que muestran un ajuste adecuado si su valor es $<.05$ en el primer caso, y $<.08$, para el segundo; 5) índices de modificación (Modification Indices, MI) a fin de mejorar el ajuste del modelo. El análisis se realizó mediante el programa estadístico SPSS y AMOS en su versión 24.

Modelo 1

Modelo de las variables predictoras sobre la adherencia a la alimentación cardiosaludable

En el caso del modelo de adherencia a la alimentación cardiosaludable se puede observar en la Figura X, que los índices de ajuste fueron: $\chi^2(19) = 37.68$; CMIN/DF= 1.911; TLI= .893; NFI= .915; IFI= .941; CFI= .938; AGFI= .936, SRMR= 5.827; RMSEA=.050. El modelo explica el 10% de la varianza de la adherencia a la alimentación cardiosaludable.

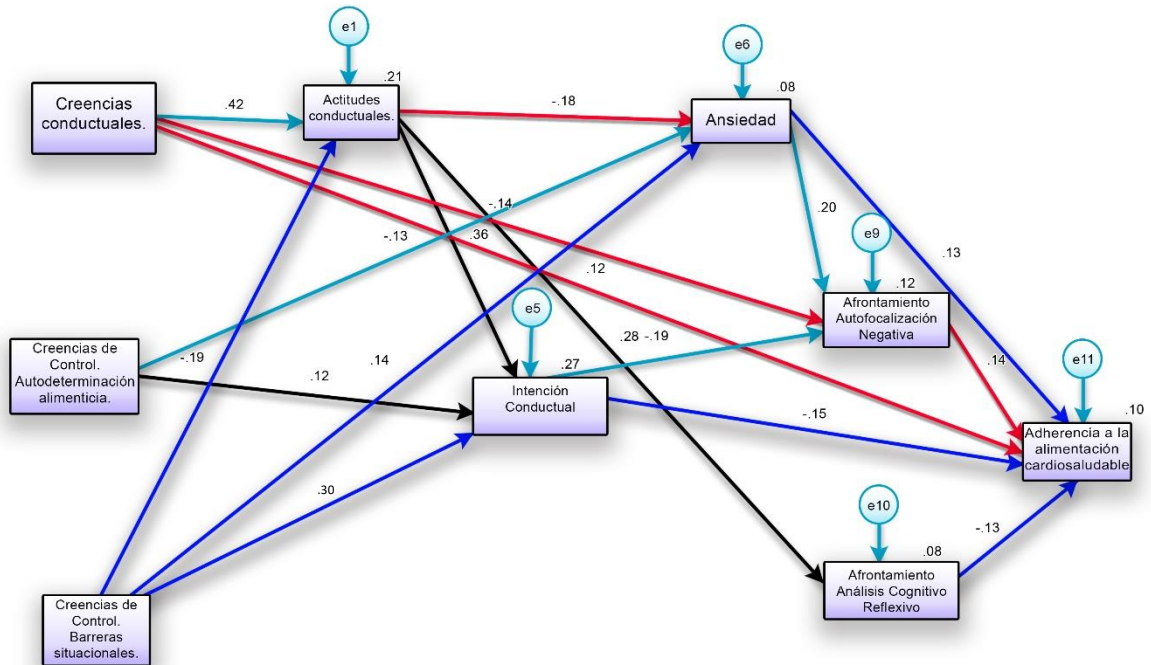
Tabla 51

Indicadores de ajuste del modelo 1

| $\chi^2 (gf)$ | CMIN/DF | NFI | CFI | AGFI | SRMR | RMSEA |
|---------------|---------|------|------|------|-------|-------|
| 37.68 | 1.911 | .915 | .938 | .936 | 5.827 | .050 |

Figura 8

Modelo de las variables predictoras sobre la adherencia a la alimentación cardiosaludable



Modelo 2

Modelo de las variables predictoras sobre la adherencia al ejercicio físico cardiovascular

En el caso del modelo de adherencia al ejercicio físico cardiovascular se puede observar en la Figura X, que los índices de ajuste fueron: $\chi^2(33) = 261.19$; CMIN/DF= 7.91; TLI= .893; NFI= .815; IFI= .901; CFI= .900; AGFI= .822, SRMR= 2.727; RMSEA=.053. El modelo explica el 14% de la varianza de la adherencia al ejercicio físico cardiovascular.

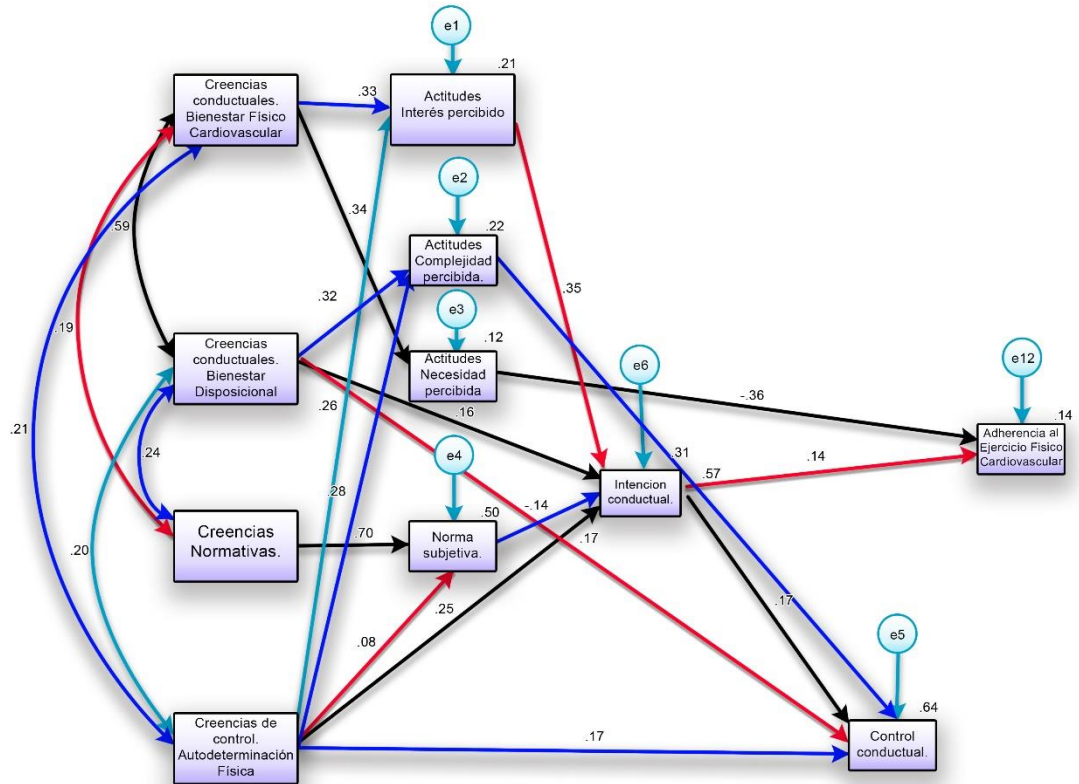
Tabla 52

Indicadores de ajuste del modelo 2

| $\chi^2 (gl)$ | CMIN/DF | NFI | CFI | AGFI | SRMR | RMSEA |
|---------------|---------|------|------|------|-------|-------|
| 261.19 | 7.91 | .815 | .900 | .822 | 2.727 | .053 |

Figura 9

Modelo de las variables predictoras sobre la adherencia al ejercicio físico cardiovascular



Modelo 3

Modelo de las variables predictoras sobre la intención conductual hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable

En el caso del modelo de intención conductual hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable se puede observar en la Figura X, que los índices de ajuste fueron: $\chi^2(14) = 26.76$; $CMIN/DF = 1.91$; $TLI = .907$; $NFI = .911$; $IFI = .956$; $CFI = .953$; $AGFI = .944$, $SRMR = 1.71$; $RMSEA = .045$. El modelo explica el 29% de la varianza de la intención conductual hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable.

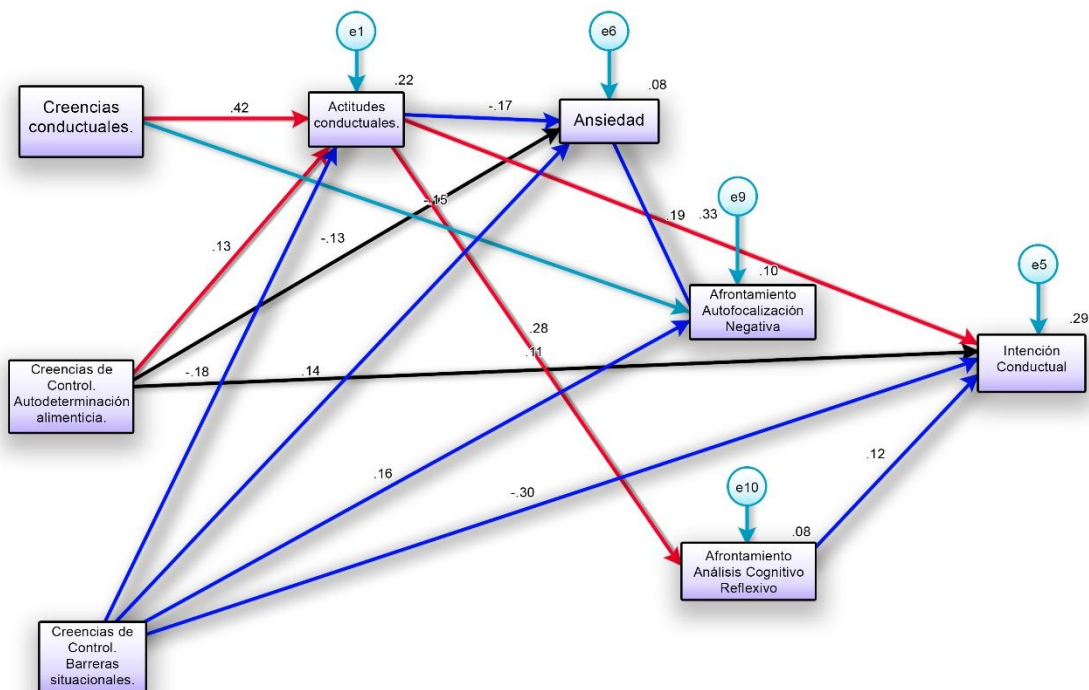
Tabla 53

Indicadores de ajuste del modelo 3

| $\chi^2 (gl)$ | CMIN/DF | NFI | CFI | AGFI | SRMR | RMSEA |
|---------------|---------|------|------|------|------|-------|
| 26.76 | 1.91 | .911 | .953 | .944 | 1.71 | .045 |

Figura 10

Modelo de las variables predictoras sobre la intención conductual hacia la adherencia a la alimentación cardiosaludable



Modelo 4

Modelo de las variables predictoras sobre la intención conductual hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular

En el caso del modelo de intención conductual hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular se puede observar en la Figura X, que los índices de ajuste fueron: $\chi^2(14) = 26.76$; CMIN/DF= 10.017; TLI= .897; NFI= .889; IFI= .906; CFI= .903; AGFI= .882,

SRMR= 2.309; RMSEA=.041. El modelo explica el 29% de la varianza de intención conductual hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular.

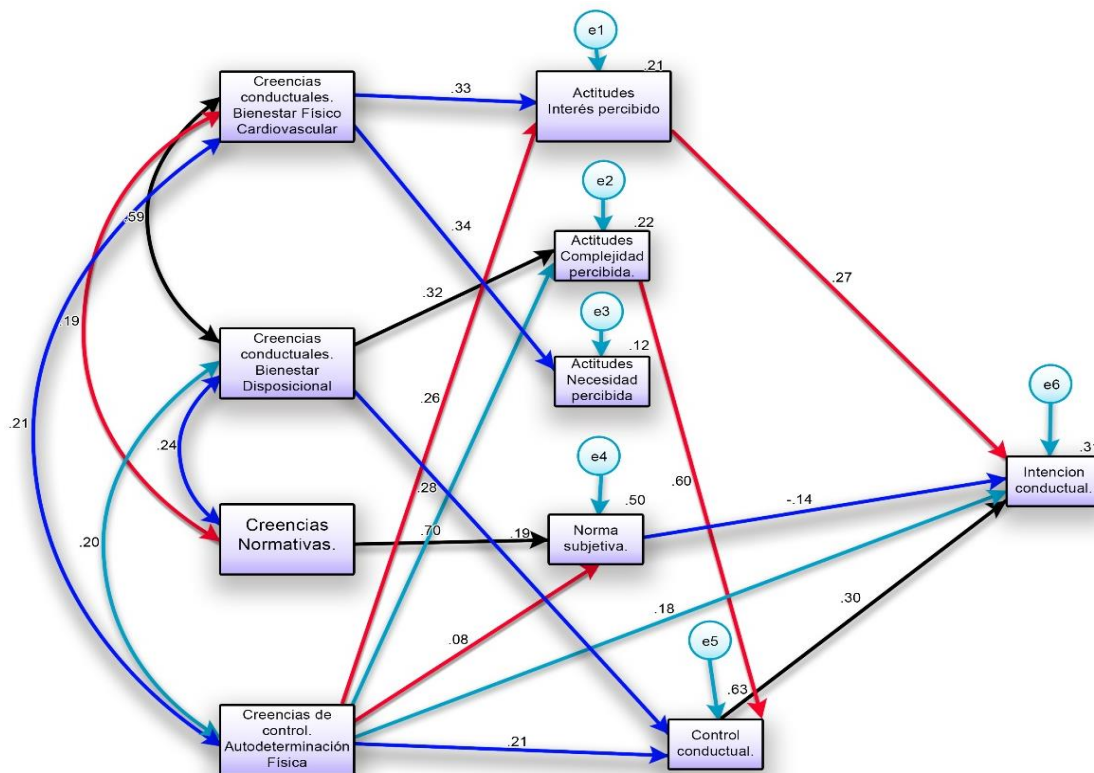
Tabla 54

Indicadores de ajuste del modelo 4

| $\chi^2 (gl)$ | CMIN/DF | NFI | CFI | AGFI | SRMR | RMSEA |
|---------------|---------|------|------|------|-------|-------|
| 26.76 | 10.017 | .889 | .903 | .882 | 2.309 | .041 |

Figura 11

Modelo de las variables predictoras sobre la intención conductual hacia la adherencia al ejercicio físico cardiovascular



DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El objetivo de este estudio fue probar dos modelos que expliquen y predigan la adherencia a las medidas de prevención primaria en cardiopatía isquémica (alimentación cardiosaludable y ejercicio físico cardiovascular). En términos generales, los resultados de esta investigación señalan que algunos elementos del afrontamiento, salud mental y del modelo de conducta planeada contribuyen de manera considerable en la explicación y predicción de la adherencia a las medidas de prevención primaria en cardiopatía isquémica.

Si bien, en el modelo de adherencia hacia la alimentación cardiosaludable explica una parte significativa de la varianza, no todas las hipótesis conceptuales planteadas para el modelo propuesto fueron sustentadas por la evidencia, incluso algunas dentro del modelo original no resultaron ser predictoras. La discusión de estos hallazgos se presenta en términos de los predictores confiables identificados y posteriormente de las implicaciones de los hallazgos en términos del modelo teórico propuesto.

Adherencia a la alimentación cardiosaludable en pacientes con cardiopatía isquémica

A mayor afrontamiento de tipo análisis cognitivo reflexivo, menor adherencia a la alimentación cardiosaludable, es decir, entre más analicen el problema y lo sobre racionalicen, más estarán pensando en todo lo que caracteriza a su enfermedad y tratamiento y esto a su vez no les permitirá adherirse de manera satisfactoria a la alimentación cardiosaludable prescrita por su médico a cargo.

A mayor afrontamiento de autofocalización negativa, mayor adherencia a la alimentación cardiosaludable, es decir, entre más piensen que las cosas les van a salir mal y muestren sentimientos de incapacidad, de acuerdo a lo reportado, esto influirá para que puedan adherirse a la alimentación cardiosaludable, lo cual puede deberse a que visualizan lo que podría pasar si fracasaran y esto les permite vivenciar el sentimiento y querer a su vez no experimentarlo, decidiendo seguir la recomendación médica.

A mayor ansiedad menor adherencia a la alimentación cardiosaludable, es decir, entre más se presente sintomatología ansiosa, esto repercutirá para no seguir las recomendaciones médicas de alimentarse de manera cardiosaludable, quizá debido a la sintomatología presentada por la ansiedad.

A mayor intención conductual menor adherencia a la alimentación cardiosaludable, es decir, entre más pretendan disminuir el consumo de alimentos no saludables, menos podrán seguir las indicaciones de alimentarse de manera cardiosaludable, lo cual es un indicador de que no importa qué tanto pretendan hacerlo, hay elementos cognitivos que le anteceden y explican con mayor claridad por qué no podrían adherirse a esta conducta de salud.

A mayores creencias conductuales, mayor adherencia a la alimentación cardiosaludable, es decir, entre más creencias tengan acerca de las consecuencias que el aumento de consumo de frutas, verduras, cereales y carnes blancas puede generar en su salud, entonces más podrán adherirse a la alimentación establecida por su médico.

A mayor ansiedad, mayor afrontamiento de autofocalización negativa, es decir entre más sintomatología de ansiedad presenten los pacientes, más pensamientos tendrán de que las cosas les van a salir mal y presentaran sentimientos de incapacidad.

A mayores actitudes conductuales, menor ansiedad, es decir, entre más sentimientos positivos o negativos tengan los pacientes respecto de la disminución de alimentos no saludables y aumento de los cardiosaludables, así como las percepciones de apoyo social de dicha conducta, menor será la sintomatología de ansiedad que podrían presentar.

A mayores actitudes conductuales, mayor intención conductual, es decir, entre más sentimientos positivos o negativos tengan los pacientes respecto de la disminución de alimentos no saludables y aumento de los cardiosaludables, mayor será la pretensión de disminuir el consumo de alimentos no saludables.

A mayores creencias conductuales, mayores actitudes conductuales, es decir, entre más creencias tengan acerca de las consecuencias que el aumento de consumo de frutas, verduras, cereales y carnes blancas puede generar en su salud, entonces mayores sentimientos positivos tendrán con relación al aumento del consumo de alimentos cardiosaludables.

A mayores creencias de control de autodeterminación alimenticia mayor intención conductual, es decir, entre mayor percepción de capacidad para tomar decisiones sobre las situaciones que podrían facilitar o dificultar la adherencia a la alimentación cardiosaludable sin el control de personas o fuerzas externas, entonces mayor será la pretensión de disminuir el consumo de alimentos no saludables.

A mayores creencias de control de tipo barreras situacionales, menor intención conductual, es decir, entre mayores sean las creencias de los pacientes sobre la presencia de factores situacionales que pueden impedir la adherencia a la alimentación cardiosaludable, menor será la probabilidad de que pretendan disminuir el consumo de alimentos no saludables.

Lo hallado en el presente estudio concuerda con los hallazgos reportados en el estudio de Leija et al. (2019) donde las actitudes conductuales del modelo de la TPB tuvieron una reducida pero significativa capacidad predictiva en la adherencia terapéutica de pacientes con obesidad y sobrepeso bajo tratamiento farmacológico. Así mismo, los resultados de este estudio también concuerdan con los estudios reportados por Agh Atabay et al. (2014) donde la actitud y el control conductual percibido predijeron juntos aproximadamente el 9% de la intención de reducir el consumo de sal en mujeres rurales de Chabahar-Irán con problemas de presión arterial, concluyendo que el elemento actitudinal de la TPB se puede utilizar para predecir el comportamiento de alimentos saludables y no saludables en muestras donde hay la presencia de una enfermedad crónica degenerativa.

Futuras investigaciones podrían explorar el empoderamiento de pacientes que viven en una nación colectivista como México (Hofstede, 2018) y que deben tener conductas de cuidado de salud que claramente contradicen las normas grupales. Es de interés la forma en la que estos pacientes pueden cuidar su salud y a la vez continuar formando parte del grupo, considerando la alimentación tradicional mexicana, caracterizada por ser equilibrada, variada y rica en nutrientes, sin la influencia de la alimentación industrializada (Román et al., 2013).

Por su parte, las barreras situacionales a la alimentación cardiosaludable (e.g., “tener reuniones laborales con las o los compañeros de trabajo en fondas, en la calle o restaurantes”, “tener reuniones con amigos o familiares con motivo de alguna celebración”) tienen un efecto negativo en la adherencia a la alimentación cardiosaludable. Esto muestra el fuerte efecto de la situación en la alimentación que ha sido reflejado por los estudios de Nudge, donde colocar alimentos saludables más disponibles para las personas, provoca que se consuman con mayor frecuencia y viceversa (Van-Gestel et al., 2018). En este estudio se exploraron barreras que en su mayoría están relacionadas con situaciones sociales (e.g., asistencia a reuniones de trabajo o reuniones familiares) donde se combina la disponibilidad de alimentos dañinos, la ausencia o baja disponibilidad de alimentos saludables, más la presión social. Futuros estudios deberán explorar si ambos factores (situacionales y sociales) se potencian al estar juntos y la forma en la que pueden abordarse.

Adicionalmente, la intención fue un predictor de la alimentación cardiosaludable, lo cual concuerda con un estudio sobre conducta alimentaria de tipo saludable, predicha a partir de las intenciones, en un grupo de pacientes con dificultades para realizar ejercicio, disminuir el consumo de alcohol y tabaquismo, afirmando que a medida que aumenta la estabilidad de las intenciones conductuales, estas se vuelven predictores fuertes del comportamiento (Conner et al., 2002). De igual manera hay evidencia que respalda que la intención conductual es un buen predictor de la conducta tanto de riesgo como de protección en enfermedades cardiovasculares (Hagger et al., 2019) lo cual coincide con los resultados de este estudio en pacientes con CI.

Futuras líneas terapéuticas deberán enfocarse no sólo en fortalecer la intención de los pacientes con CI sino también en brindar herramientas específicas para reestructurar situaciones que los llevan a no comer saludablemente o tener planes específicos para hacerle frente. Este tipo de análisis e intervención terapéutica ha sido propuesto por Gabriele Oettingen, quien ha estudiado la motivación humana hace más de 20 años y ha desarrollado una serie de estudios con relación a los deseos, oportunidades, amenazas y planes, llamado WOOP (Wish Outcome Obstacle Plan) para lograr la realización de una conducta específica (Adriaanse et al., 2018), sin embargo, aún continúa siendo necesario probar sus efectos y sus posibles adaptaciones a sociedades colectivistas donde el grupo es más importante que las necesidades individuales; por lo que, aunque los individuos se encuentren fortalecidos, puede que se enfrenten a situaciones sociales que los lleven a alimentarse de forma dañina pero que, como están conviviendo con el grupo, esto forme parte vital de su bienestar.

Por otro lado, los resultados muestran que no hay niveles adecuados de adherencia hacia la dieta cardiosaludable en los pacientes de este estudio, ya que las puntuaciones se encontraron por arriba de cero, lo que los coloca en riesgo cardiovascular. Los alimentos que consumen con más frecuencia son aquellos con alto contenido de grasas saturadas, como lácteos, mantequillas, carnes rojas y embutidos. También es elevado el consumo de alimentos con abundante contenido de grasas trans, como productos de pastelería, frituras y galletas. A su vez se encuentra presente, el alto consumo de alimentos con azúcar procesada y de forma sobresaliente el consumo de alimentos con alto contenido de sodio, como los frutos secos, alimentos enlatados y quesos, lo cual no corresponde con el cambio de estilo en alimentación que deberían de tener. Con base en los resultados obtenidos se puede observar que existe un alto riesgo en su salud cardiovascular, ya que de acuerdo con Campos-Ramírez et al. (2019) el alto consumo de alimentos saturados en grasas y alimentos con altos niveles de azúcar es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular (enfermedad coronaria o isquémica, hipertensión y dislipidemias) (Rivera et al., 2013).

La presencia de creencias de control (barreras situacionales percibidas), se sitúa como un factor de riesgo para la adherencia a la dieta cardiosaludable por parte de los pacientes. En contraste, también se observó que cuando los pacientes consideran como actitud conductual la importancia de disminuir alimentos específicos como panes y tortillas, se presenta una mayor adherencia a la dieta cardiosaludable, lo cual se puede deber a que son alimentos que consideran que pueden dejar con facilidad a diferencia de las demás categorías de alimentos no cardiosaludables como las grasas, azúcares y sal, que de acuerdo a lo reportado en las barreras situacionales, la falta de recursos económicos es un factor que también podría explicar el motivo por el cual no pueden acceder a otros alimentos beneficios para su salud, tal como lo afirma en sus estudios Guerra (2017).

Los hallazgos de esta investigación contribuyen a la comprensión de la adherencia a la alimentación cardiosaludable como un proceso y no solo como un constructo aislado, en el que interviene el contexto interactuando con la intención (Chen, 2017). A su vez aporta evidencia de que los elementos de la TPB (actitudes conductuales, barreras situacionales e intención conductual) son necesarios para comprender las conductas de salud de pacientes que viven con CI, lo cual permite evidenciar la necesidad de incorporar en el ámbito hospitalario, intervenciones psicológicas que incluyan los aspectos socioculturales típicos del paciente.

Una de las limitaciones metodológicas del estudio fue la transversalidad de este, ya que los resultados reflejan un solo momento de la vida de los pacientes y para futuros estudios se propone utilizar un diseño longitudinal para medir la permanencia y mantenimiento de la adherencia a la alimentación cardiosaludable, así como la influencia a lo largo del tiempo de las variables socioculturales sobre esta.

Así mismo se destaca la necesidad de hacer mediciones en pacientes antes de su cirugía y posterior a ella para conocer el impacto de su tratamiento quirúrgico vinculado con su tratamiento conductual y se resalta la importancia de la integración de equipos de evaluación, tratamiento e investigación multidisciplinarios que coadyuven en el mejoramiento de la calidad de vida y salud cardiovascular del paciente con ECV desde una perspectiva psicosocial.

Adherencia al ejercicio físico cardiovascular en pacientes con cardiopatía isquémica

El objetivo de este estudio fue probar si la intención conductual, las actitudes conductuales, el control conductual y las creencias conductuales, normativas y de control, predicen la adherencia al ejercicio físico cardiovascular en una muestra de pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica. Con respecto a la intención conductual se encontró que es un predictor directo de la adherencia al ejercicio físico cardiovascular, es decir, entre mayor sea la pretensión de realizar ejercicio físico 30 minutos al día de manera continua, todos los días, mayor será la adherencia a esta conducta de salud.

Así mismo otro predictor directo de la conducta de salida, fueron las actitudes de necesidad percibida, es decir, entre mayor sea la percepción de aspectos esenciales para la realización de ejercicio físico cardiovascular, menor será la adherencia de esta conducta, lo cual puede deberse a que la percepción de beneficio puede verse muy lejana o compleja de obtener. Posterior a ello se observó que a mayor intención conductual, mayor control conductual, es decir, entre mayor sea la pretensión de realizar ejercicio físico 30 minutos al día de manera continua, todos los días, mayor será la creencia de los pacientes sobre su capacidad de controlar las dificultades existentes para realizar ejercicio físico cardiovascular, incluyendo factores internos como externos, tales como las habilidades físicas, psicológicas, el tiempo, la oportunidad, los medios y la dependencia de terceros, lo cual concuerda con estudio de Cheng et al. (2019) donde la intención es el predictor directo de la conducta de ejercicio físico en la muestra de estudio, demostrando que a nivel psicológico cuando se incorporan variables psicosociales, hay un impacto significativo en la adherencia a una conducta específica de salud.

Así mismo, a mayores creencias conductuales de bienestar disposicional, mayor intención conductual, es decir, entre más creencias de adherencia al ejercicio físico cardiovascular que disponen bienestar físico, mayor será la pretensión de realizar ejercicio físico 30 minutos al día de manera continua, todos los días. Por otro lado a mayores creencias de control de autodeterminación física, mayor intención conductual, es decir, entre mayor sea la percepción del paciente sobre su capacidad para tomar decisiones que podrían facilitar o dificultar la adherencia al ejercicio físico cardiovascular sin el control de personas o fuerzas

externas, mayor será la pretensión de realizar ejercicio físico 30 minutos al día de manera continua, todos los días, lo anterior se contrasta y concuerda con estudios de Hagger et al. (2019) que refleja la necesidad de incorporar variables cognitivas que midan las creencias para predecir conductas de salud en condiciones de riesgo cardiovascular.

Del mismo modo, a mayores actitudes de interés percibido, mayor intención conductual, es decir, entre mayor sea el valor percibido hacia la actividad física cardiovascular, mayor será la pretensión de realizar ejercicio físico 30 minutos al día de manera continua, todos los días. Aunado a que, a mayores creencias conductuales de bienestar físico cardiovascular, mayores actitudes de interés percibido, es decir, entre más creencias de bienestar que el paciente tenga acerca de las consecuencias que tendrá la realización de ejercicio físico cardiovascular, mayor será el valor percibido hacia la actividad física cardiovascular.

También a mayores creencias de control de autodeterminación física, mayores actitudes de interés percibido, es decir, entre mayor sea la percepción del paciente sobre su capacidad para tomar decisiones que podrían facilitar o dificultar la adherencia al ejercicio físico cardiovascular sin el control de personas o fuerzas externas, mayor será el valor percibido hacia la actividad física cardiovascular. A mayores creencias de control de autodeterminación física, mayores actitudes de complejidad percibida, es decir, entre mayor sea la percepción del paciente sobre su capacidad para tomar decisiones que podrían facilitar o dificultar la adherencia al ejercicio físico cardiovascular sin el control de personas o fuerzas externas, mayor será la dificultad percibida hacia la realización de actividad física cardiovascular, lo anterior concuerda con Bertrán (2010) y Gutiérrez (2019) donde afirman que para que se modifique un hábito relacionado con la práctica de ejercicio físico cardiovascular, hay que vincular dicha conducta con las creencias del paciente hacia su condición médica.

Además, a mayores creencias conductuales de bienestar disposicional, mayores actitudes de complejidad percibida, es decir, entre más creencias de adherencia al ejercicio físico cardiovascular que disponen bienestar físico, mayor será la dificultad percibida hacia la realización de esta conducta prescrita por el médico a cargo. A mayores creencias conductuales de bienestar físico cardiovascular, mayores actitudes de necesidad percibida, es decir, entre más creencias de adherencia al ejercicio físico cardiovascular que disponen bienestar físico, mayor será la percepción de aspectos esenciales para la realización de actividad física cardiovascular. Y finalmente a mayores creencias normativas, mayor norma subjetiva, es decir, a mayor aprobación o desaprobación percibida de la posición de individuos o grupos de referencia importantes para la adherencia al ejercicio físico cardiovascular, mayor será la percepción de los pacientes sobre las presiones sociales que les son impuestas para realizar ejercicio físico cardiovascular acorde a las recomendaciones médicas, así como las valoraciones sociales que tienen acerca de su comportamiento y la motivación general que poseen para actuar conforme a las normas. Lo anterior concuerda con los estudios de Huéscar et al. (2014) y Jorda (2019) que afirman la importancia de los grupos significativos en la adherencia terapéutica y su relevancia en la modificación de hábitos de salud.

ABREVIATURAS Y SIGLAS

ECV Enfermedades Cardiovasculares

CI/CAD Cardiopatía Isquémica

OPS Organización Panamericana de la Salud

INEGI Instituto Nacional de Estadística y Geografía

IAM Infarto Agudo al Miocardio

CCS Asociación Cardiológica Canadiense

NYHA Asociación Cardiológica de New York

HCy Elevación Sérica de Homocisteína

PCRus Proteína C Reactiva Ultrasensible

LDL Lipoproteína de Baja Densidad

DM Diabetes Mellitus

HAS Hipertensión arterial sistémica

DLP Dislipidemia

OMS Organización Mundial de la Salud

HDL Lipoproteínas de Alta Densidad

TPB/TCP Teoría de Conducta Planeada

PHCS Escala de Competencia de Salud Percibida

MARS Auto Informe de la Adherencia a la Medicación

DAS Escala de Ansiedad ante la Muerte

VIH Virus de Inmunodeficiencia Humana

IBQ Illness Behavior Questionnaire

EEC-M Escala de Estrategias de Coping Modificada

ACS Escala de Afrontamiento para Adolescentes

IDEREN Inventario de Depresión Rasgo-Estado para niños

IDAREN Ansiedad Rasgo-Estado para niños

HADS Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria

PREDIMED Cuestionario de Cumplimiento a la Alimentación Cardiosaludable

IPAQ Cuestionario Internacional de Actividad Física

CDMX Ciudad de México

M Media

DE Desviación Estándar

IC Intervalo de Confianza

CFI Índice de Ajuste Comparativo

TLI índice de Tucker-Lewis

SRMR Raíz Cuadrada de los Residuos de las Medidas

RMSEA Error Cuadrático Medio Aproximado

ULS Uso del Estimador de Mínimos Cuadrados No Ponderados

KMO Prueba de Adecuación de Kaiser-Meyer Olkin

AFE Análisis Factorial Exploratorio

AFC Análisis Factorial Confirmatorio

SEM Modelos de Ecuaciones Estructurales

DWLS Método de Mínimos Cuadrados Ponderados Diagonalmente

CFI Índice de Ajuste Comparativo

IFI Índice de Ajuste Incremental

NFI Índice de ajuste normalizado

GFI Índice de Bondad de Ajuste

AGFI Índice de Bondad de Ajuste Ajustado

MI Índices de Modificación

REFERENCIAS

- Ades, P. (2001). Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. *N Engl J Med*, *345*, 892-902.
- Adriaanse, M. A., Kroese, F. M., Weijers, J., Gollwitzer, P. M., & Oettingen, G. (2018). Explaining unexplainable food choices. *European Journal of Social Psychology*, *48*, 15–24. <https://doi:10.1002/ejsp.2273>
- Agatson, A. (2003). *The South Beach Diet: The Delicious, Doctor-designed, foolproof plan for fast and healthy weight loss*. Rodale.
- Agh Atabay, R., Zareban, I., Shahrakipoor, M., & Montazerifar, F. (2014). Application of Planned Behaviour Theory to Predict Salt Consumption in the Rural Women of Chabahar. *Health Educ Health Promot*. 2(1), 3-15. <http://hehp.modares.ac.ir/article-5-10786-en.html>
- Aiken, L. (1985). Three coefficients for analyzing the reliability and validity of ratings. *Educational and Psychological Measurement*, *45*(1), 131-142. <https://doi.org/10.1177/0013164485451012>
- Ajzen, I. (2011). The theory of planned behaviour: Reactions and reflections. *Psychology & Health*, *26*(9), 1113–1127. <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.613995>
- Ajzen, I. (1971). Attitudinal vs. normative messages: An investigation of the differential effects of persuasive communications on behavior. *Sociometry*, *34*, 263-280.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs. Prentices-All.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1973). Attitudinal and normative variables as predictors of specific behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, *Sociometry*, *27*, 41-57.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1972). Attitudes and normative beliefs as factors influencing behavioral intentions. *Journal of Personality and Social Psychology*, *21*(1), 1– 9. <https://doi.org/10.1037/h0031930>

- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1970). The prediction of behavior from attitudinal and normative variables. *Journal of Experimental Social Psychology, Sociometry*, 6, 466-487.
- Albarracín, D., Fishbein, M., & Middlestadt, S. (1998). Generalizing behavioral findings across times, samples, and measures: A study of condom use. *Journal of Applied Social Psychology*, 28(8), 657–674. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1998.tb01725.x>
- Alemán, J. F., & Rueda, B. (2019). Influencia del género sobre factores de protección y vulnerabilidad, la adherencia y calidad de vida en pacientes con enfermedad cardiovascular. *Atención Primaria*, 51(9), 529-535. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.07.003>
- Allué, G. B. (2016). *Relación entre la adhesión a la dieta mediterránea y los estados de ánimo y quejas somáticas en el personal sanitario*. Universidad Zaragoza.
- Alva, G., Hernández, V., Cabañas, E., Santiago, R., Tejeda, A., Trejo, B., Islas, D., Juárez, J., Saucedo, R., Santillano, R., Juárez, B., Martínez, C., & Ramírez, E. (2019). Cognitive factors predicting therapeutic adherence in people with overweight and obesity. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 10(1), 85–94. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.451>
- Álvarez, L. (2010). Modelos psicológicos del cambio: de los modelos centrados en el individuo a los modelos psicosociales en psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 20(1) 97-102 <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/621>
- Álvarez, L., Rueda, Z., González, L., & Acevedo, L. (2010). Promoción de actitudes y estrategias para el afrontamiento de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial en un grupo de enfermos crónicos de la ciudad de Bucaramanga. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 9(2), 279-290. <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol9-Issue2-fulltext-118>
- American College of Sports Medicine. (1991). *Guidelines for exercise testing and prescriptions*. Philadelphia: Lea & Febiger.

- American Heart Association. (2022). *Marcando los 7 pasos para mi salud*. <https://www.heart.org/en/healthy-living/healthy-lifestyle/my-life-check--lifes-simple-7/marcando-los-7-pasos-para-me-salud>
- Andrade, B., & Céspedes, V. (2017). Adherencia al tratamiento en enfermedad cardiovascular: rediseño y validación de un instrumento. *Enfermería Universitaria*, 14(4), 266–276. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.10.001>
- André, J. (1981). *El Hambre y la abundancia*. París: Kilncksieck.
- Andréu, J. (1998). *Las técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada* [Archivo PDF]. <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2018/02/Andreu.-analisis-de-contenido.-34-pags-pdf.pdf>
- Archer, E., & Blair, S. (2011). Physical activity and the prevention of cardiovascular disease: from evolution to epidemiology. *Prog Cardiovasc Dis*, 53, 387-396. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2011.02.006>
- Areiza, M., Osorio, E., Ceballos, M., & Amariles, P. (2018). Conocimiento y factores de riesgo cardiovascular en pacientes ambulatorios. *Revista Colombiana de cardiología*, 25(2), 162-168. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2017.07.011>
- Arriaga, N. R., & Saturno, C. H. G. (2005). Cardiopatía Isquémica Crónica. En *Riesgo: Cardiología* (1ra ed, pp. 601-634). Editorial El Manual Moderno.
- Arriscado, A. D., Dalmau, T. J. M., Zabala, D. M., & Muros, M. J. (2014). Adherencia a la dieta mediterránea en escolares: factores influyentes y relación con otros hábitos de vida. *Dieta Mediterránea: Avances en alimentación, nutrición y dietética*, 124-137.
- Asociación Cardiológica Canadiense. (2022). *Guidelines and Position Statement Library*. <https://ccs.ca/guidelines-and-position-statement-library/>
- Asociación Cardiológica de New York. (2020). *Specifications Manual for Joint Commission National Quality Measures* (v2021A1). <https://manual.jointcommission.org/releases/TJC2021A1/DataElem0439.html>

- Avena, N., & Rada, P. (2012). Cholinergic modulation of food and drug satiety and withdrawal. *Physiology & Behavior*, *106*(3), 332-336.
- Ballester, A., Llorens, R., Navarro, P., Campos, J. C., & Buunk, A. P. (2010). Autoeficacia y percepción de control en la prevención de la enfermedad cardiovascular. *Universitas Psychologica*, *9*(2), 423-432. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy9-2.apcp>
- Bandura, A. (1978). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, *1*(4), 139-161. [https://doi.org/10.1016/0146-6402\(78\)90002-4](https://doi.org/10.1016/0146-6402(78)90002-4)
- Barrow, H., & Brown, J. (1992). *Hombre y Movimiento*. Doyma, S.A.
- Barquera, S., Campos, I., Hernández, L., & Rivera, J. (2013). *Evidencia para la política pública en salud. Obesidad en adultos: los retos de la cuesta abajo*. <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/ObesidadAdultos.pdf>
- Basinska, M. A., & Andruszkiewicz, A. (2012). Health locus of control in patients with graves-basedow disease and hashimoto disease and their acceptance of illness. *International Journal of Endocrinology and Metabolism*, *10*(3), 537-542. <https://doi.org/10.5812/ijem.3932>
- Berra, E., & Muñoz, S. I. (2018). El modelo transteórico aplicado al cambio de conductas relacionadas con la reducción del peso corporal. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, *4*(2), 153-170. <https://doi.org/10.22402/j.rdipecs.unam.4.2.2018.165.153-170>
- Bertrán, M. (2010). Cultura alimentaria y obesidad. En E. García, M. Kaufer, J. Pardío, & P. Arroyo (Eds.), *La obesidad. Perspectivas para su comprensión y tratamiento* (pp. 51-56). Editorial Médica Panamericana.
- Bertrán, M. (2006). La alimentación indígena de México como rasgo de identidad. En A. L. Alonzo., & F. Peña (Eds.), *Cambio social, antropología y salud* (pp. 167-175). Conaculta.

- Bibiano, M. A., Ornelas, M., Aguirre, J. F., & Rodríguez-Villalobos, J. M. (2016). Composición Factorial de la Escala de Locus de Control de Rotter en Universitarios Mexicanos. *Formación universitaria*, 9(6), 73–82. <https://doi.org/10.4067/S0718-50062016000600007>
- Blum, K., Liu, Y., Shiner, R., & Gold, M. (2011). Reward circuitry dopaminergic activation regulates food and drug craving behavior. *Current Pharmaceutical Design*, 17(12), 1158-1167.
- Boersma, G., Benthem, L., van Dijk, G., & Scheurink, A. (2011). In-dividual variation in the (patho)physiology of energy balance. *Physiology & Behavior*, 103(1), 89-97.
- Bollen, E., & Wojciechowski, F. (2004). Anorexia nervosa subtypes and the big five personality factors. *European Eating Disorders Review*, 12(2), 117-121. <https://doi.org/10.1002/erv.551>
- Booth-Kewley, S., & Friedman, H. S. (1987). Psychological predictors of heart disease: A quantitative review. *Psychological Bulletin*, 101(3), 343–362. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.101.3.343>
- Borrayo-Sánchez, G., Alcocer-Gamba, M. A., Araiza-Garaygordobil, D., Arias-Mendoza, A., Aubanel-Riedel, P., Cortés-Lawrenz, J., González-Juanatey, J. R., Gutiérrez-Fajardo, P., Martín-Hernández, P., Martínez-Ramírez, L., Merino-Rajme, J. A., Muñoz-Carrillo, J. M., López-Pais, J., Parra-Michel, R., Piña-Reyna, Y., Ortiz-Fernández, P., Ramírez-Arias, E., Robles-Rangel, M. A., Rosas-Peralta, M., Rangel-Velázquez, R., Palami-Antúnez, D., López-Ridauro, R., & Reyes-Terán, G. (2020). Guía práctica interinstitucional para el tratamiento del infarto agudo de miocardio. *Gaceta médica de México*, 156(6), 569-579. <https://doi.org/10.24875/gmm.20000372>
- Boudon-Millot, V. (2007). *Galien. Introduction générale. Sur l'ordre de ses propres livres; Sur ses propres livres (Vol. Vol. I Que l'excellent médecin est aussi philosophe)*. Les belles lettres.

- Boza, J. (2010). La dieta mediterránea y la salud. *Real academia de ciencias veterinarias de Andalucía Oriental*, 23(1), 181-218.
- Bravata, D., Sander, L., & Huang, L. (2003). Efficacy and safety of low-carbohydrate diets: a systematic review. *JAMA*, 289, 1837-1850.
- Brisson, G. (1986). Dietary fat and human health. En *Advances in Animal Nutrition*. Londres: Butterworths.
- Bulik, C., Sullivan, P., Tozzi, F., Furberg, H., Lichtenstein, P., & Perdersen, N. (2006). Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 63(3), 305-312.
- Butcher, J., Mineka, S., & Hooley, J. (2007). *Abnormal psychology and modern life* (13th ed.). Allyn & Bacon.
- Cabrera, A. G. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista Facultad Nacional De Salud Pública*, 18(2), 129-138. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/997>
- Cabrera A. G., Tascón, G. J., & Lucumí C. D. (2001). Creencias en salud: historia, constructos y aportes al modelo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19(1), 91-101. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12019107>
- Campos-Ramírez, C., Palacios, J., Anaya-Loyola, M. A., & Ramírez-Amaya, V. (2019). Los factores de la teoría de la conducta planeada relacionados con el patrón de consumo de bebidas endulzadas en jóvenes universitarios. *Revista chilena de nutrición*, 46(3), 319-327. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182019000300319>
- Candelaria, M., García, C., & Estrada, A. (2016). Adherencia al tratamiento nutricional: intervención basada en entrevista motivacional y terapia breve centrada en soluciones. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 7(1), 32-39. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2016.02.002>

- Cano-García, F. J., Rodríguez-Franco, L., & López-Jiménez, A. M. (2013). Locus of control patterns in headaches and chronic pain. *Pain research & management*, 18(4), e48–e54. <https://doi.org/10.1155/2013/424839>
- Caravalí, N. Y., Bacardi, M., Armendáriz-Anguiano, A. L., & Jiménez, A. (2016). Validación del Cuestionario de Actividad Física del IPAQ en Adultos Mexicanos con Diabetes Tipo 2. *Journal of Negative and No Positive Results*, 1(3), 93-99. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5600074>
- Carballo, R. R., Téllez, Z., García, L. R., & Massip, J. (2015). Adherencia al ejercicio físico de los pacientes incorporados al Programa de Prevención y Rehabilitación Cardíaca. *Rev Cub de Med Fis y Rehab.*, 7(1):25-41. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=59821>
- Casagrande, M., Boncompagni, I., Mingarelli, A., Favieri, F., Forte, G., Germanò, R., & Guarino, A. (2019). Estilos de afrontamiento en personas con hipertensión de diversa gravedad. *Estrés y salud*, 35(4), 560-568. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31397061/>
- Castillo, E., Campos, N., Moreno, T., Murillo, H., Roja, Y., & Rivas, E. (2019). Estilos de afrontamiento, depresión, ansiedad, niveles de autoestima y riesgo cardiovascular en adolescentes obesos. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*, 25(1), 11-33. <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/830>.
- Castro, M. C. (2012). Educación física, una mirada desde la filosofía. *Revista Motricidad y Persona: serie de estudios*, 10, 45-50. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4027605>
- Celi-Loaiza, X. A., Arias-Castro, M. L., Larco-Villalva, E. A., & Velásquez Arias, R. G. (2019). Cirugía bypass coronario. Técnicas, complicaciones posoperatorias y rehabilitación cardíaca. *RECIMUNDO*, 3(1), 500–521. [https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(1\).enero.2019.500-521](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(1).enero.2019.500-521)

- Chan, D. K. C., Zhang, L., Lee, A. S. Y., & Hagger, M. (2020). Reciprocal relations between autonomous motivation from self-determination theory and social cognition constructs from the theory of planned behavior: A cross-lagged panel design in sport injury prevention. *Psychology of Sport and Exercise*, 48, 101660. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2020.101660>
- Chen, M. F. (2017). Modeling an extended theory of planned behavior model to predict intention to take precautions to avoid consuming food with additives. *Food Quality and Preference*, 58, 24-33. <https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2017.01.002>
- Cheng, O. Y., Yam, C. L. Y., Cheung, N. S., Lee, P. L. P., Ngai, M. C., & Lin, C.Y. (2019). Extended Theory of Planned Behavior on Eating and Physical Activity. *American Journal of Health Behavior*, 43(3), 569-581. <https://doi.org/10.5993/AJHB.43.3.11>
- Cisneros, L., & Carranza, E. (2013). Factores de riesgo de la cardiopatía isquémica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 29(3), 369-378.
- Cisneros, L. G., & Garcés, E. (2013). Factores de riesgo de la cardiopatía isquémica. *Revista cubana de medicina general integral*, 29(4), 369- 378.
- Clark, S. E., Hawkes, C., Murphy, S. M., Hansen-Kuh, K. A., & Wallinga, D. (2012). Exporting obesity: us farm and trade policy and the transformation of the Mexican consumer food environment. *Int J Occup Environ Health*, 18(1), 53-65.
- Conner, M., Norman, P., & Bell, R. (2002). The theory of planned behavior and healthy eating. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 21(2), 194-201. <http://doi:10.1037/0278-6133.21.2.194>.
- Crandall, W. V., Halterman, T. E., & Mackner, L. M. (2007). Anxiety and pain symptoms in children with inflammatory bowel disease and functional gastrointestinal disorders undergoing colonoscopy. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 44(1), 63-67. <https://doi.org/10.1097/01.mpg.0000239733.79487.1e>

- Cuartas Murillo, V., Escobar Zuluaga, A., Lotero García, E. V., Lemos Hoyos, M., & Arango Lasprilla, J. (2018). Los factores psicosociales implicados en la cardiopatía isquémica. *Revista CES Psicología, 1*(2), 19-40
- Currie, C., Gabhainn, S. N., Godeau, E., Roberts, C., Smith, R., Currie, D., Picket, W., Richter, M., Morgan, A., & Barnekow, V. (2008). *Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/2006 Survey* (No. 5). WHO Regional Office for Europe. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/53852/E91416.pdf
- Delgado, P., Caamaño, F., Ovalle, H., Concha, M., Jerez, D., & Osorio, A. (2016). Efectos de un programa de ejercicio físico estructurado sobre los niveles de condición física y el estado nutricional de obesos mórbidos y obesos con comorbilidades. *Nutrición Hospitalaria, 33*(2), 298-302. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.20960/nh.107>.
- Descartes, R. (2010). *Discurso del Método*. Alianza Editorial.
- Díaz-Loving, R. (2019). *Etnopsychology: Pieces from the Mexican Research Gallery*. Ciudad de México: Springer International Publishing. <https://doi:10.1007/978-3-030-26604-2>
- DiMatteo, M. R. (2004). Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Medical care, 42*(3), 200-209. <https://www.jstor.org/stable/4640729>
- Elizondo, D., Amador, K., Ureña, F., Robledo, A., Canales, E., & Vallanero, M. (2020). Factores de riesgo cardiovascular. *Revista Ciencia y Salud: Integrando Conocimientos, 4*(1), 4-6. <http://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/108/188>
- Escalante, Y. (2011). Actividad física, ejercicio físico y condición física en el ámbito de la salud pública. *Rev Esp Salud Pública, 84*(4), 325-328. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000400001&lng=es&tlng=en.

- Espí-Guerola, L. (2004). Variables conductuales y psicológicas relacionadas con la intención y la conducta de ejercicio [Tesis de maestría, Universidad de Valencia]. <http://hdl.handle.net/10550/15390>
- Evans, D. (2008). Teaching Patients to Manage Their Asthma. En *Clinical Asthma* (pp. 221-228). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-032304289-5.10025-6>
- Figueroa, C., Mora, R., & Ramos del Río, B. (2017). Relación entre la ansiedad preoperatoria y las estrategias de afrontamiento en pacientes hospitalizados con cardiopatía isquémica candidatos a bypass cardiaco. *VERTIENTES Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 20(1), 5-9.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley <https://people.umass.edu/aizen/f&a1975.html>
- Flores, S. A., Rodríguez, M. A., Castillo, M. P., & Chacón, E. M. (2016). Disfunción sistólica ventricular izquierda y supervivencia posterior a cirugía de revascularización coronaria. *Revista cubana de cardiología y cirugía*, 22(4). https://revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/665/html_61
- Flores-Mendoza, J. B., Villanueva Bustamante, M., Méndez-González, S. M., Vázquez-Pérez, S., Tenorio-Bautista, F., Díaz-Loving, R., & Aceves Chimal, J. L. (2022). El papel de la ansiedad y el afrontamiento en la adherencia a la alimentación cardiosaludable: una visión psicosocial en cardiopatía isquémica. *Revista Electrónica De Psicología Iztacala*, 25(4), 1338-1359. <https://revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/84302>
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (2000). The dynamics of a stressful encounter. In E. T. Higgins, & A. W. Kruglanski (Eds.), *Motivational science: Social and personality perspectives* (pp. 111–127). <https://psycnet.apa.org/record/2000-12688-006>

- Ford, E., & Liu, S. (2001). Glycemic index and serum high-density lipoprotein cholesterol concentration among US adults. *Arch Intern Med*, 161, 572-576.
- Forero, C. G., Maydeu-Olivares, A., & Gallardo-Pujol, D. (2009). Factor Analysis with Ordinal Indicators: A Monte Carlo Study Comparing DWLS and ULS Estimation. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 16(4), 625–641. <https://doi.org/10.1080/10705510903203573>
- Foucault, M. (1984). *Historia de la sexualidad*. Siglo XXI Editores.
- Fundación Española del Corazón. (2018). Ejercicio físico en patología cardíaca. <https://fundaciondelcorazon.com/ejercicio/ejercicio-fisico/3175-cardiopatia-isquemica.html>
- Gaziano, A. R., Young, C., Fitzmaurice, G., Atwood, S., & Gaziano, M. (2008). Laboratory-based versus non-laboratory-based method for assessment of cardiovascular disease risk. *The lancet*, 371, 923-931
- Ginarte, A. Y. (2001). La adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 502-505. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000500016&lng=es&tlng=es.
- Gómez-Acosta, C. (2018). Factores psicológicos predictores de estilos de vida saludable. *Revista de Salud Pública*, 20(2), 155–162. <https://doi.org/10.15446/rsap.v20n2.50676>
- González-Becerra, V. H., González-Cantero, J. O., Ramírez-Zamora, L. M., Salazar-Estrada, J.G., & García-Peña, N. A. (2018). Programa multidisciplinar de actividad física y educación nutricional con asesoría psicológica sobre medidas abdominales asociadas a riesgo cardiovascular. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 10. <https://doi.org/10.5872/psiencia/10.2.22>
- Gualpa, M., Sacoto N., Gualpa M., Cordero, G., & Álvarez, R. (2018). Factores de riesgo cardiovascular en profesionales de enfermería. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 34(2), 1-11. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2018/cmi182e.pdf>

- Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Cardiopatía Isquémica Crónica. (2017). Instituto Mexicano del Seguro Social. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/000GERCardiopatiaIsquemica.pdf>
- Guerra, M. (2017). Factores socioculturales asociados a enfermedad cardiovascular en los pacientes del consultorio de cardiología del Hospital San Juan de Lurigancho 2017 [Trabajo de investigación de segunda especialidad, Universidad Nacional Mayor de San Marcos] Repositorio de Tesis Digitales UNMSM. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/6570>
- Gutiérrez, J. P., Rivera, J., Shamah-Levy, T., Villalpando, S., Franco, A., Cuevas, L., Romero, M., & Hernández, M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Gutiérrez, T. (2019). Factores psicosociales relacionados con la salud y el bienestar en pacientes con enfermedad cardiovascular [Tesis de doctorado, Universidad de Córdoba]. <https://helvia.uco.es/xmlui/handle/10396/19197>
- Hagger, M. S., Hamilton, K., Hardcastle, S. J., Hu, M., Kwok, S., Lin, J., Nawawi, H. M., Pang, J., Santos, R. D., Soran, H., Su, T. C., Tomlinson, B., & Watts, G. F. (2019). Predicting intention to participate in self-management behaviors in patients with Familial Hypercholesterolemia: A cross-national study. *Social Science & Medicine*, 242, 112591. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112591>
- Hamm, C., Bassand, J., Agewall, S., Bax, J., Boesma, E., & Bueno, H. (2012). Guía de práctica a clínica de la ESC para el manejo del síndrome coronario agudo en pacientes sin elevación persistente del segmento ST. *RevEspCardiol*, 65(2), 1-55.
- Heaven, P., Mulligan, K., Merrilees, R., Woods, T., & Fairouz, Y. (2001). Neuroticism and conscientiousness as predictors of emotional, external, and restrained eating behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 30(2), 161-166.

- Hernández, E. C., Salazar, M. L., Vacio, M. D. L. Á., & Rodríguez-Kuri, S. E. (2017). Instrumento para evaluar la intención de niños mexicanos para consumir bebidas alcohólicas desde la Teoría de la Conducta Planeada. *Universitas Psychologica*, *16*(2), 80-89. <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy16-2.iein>
- Hernández, T., Figueroa, C., Ramos del Río, B., & Alcocer, L. (2014). Relación de la depresión, ansiedad y calidad de vida en pacientes hospitalizados con insuficiencia cardiaca. *Psicología y Salud*, *24*(1), 25-34. <https://doi.org/10.25009/pys.v24i1.717>
- Hofstede Insights. (2018). *Country Comparison*. <https://www.hofstede-insights.com/country-comparison/mexico/>
- Hotz, S., Kaptein, A., Pruitt, S., Sánchez-Sosa, J. J., & Willey, C. (2003). *Adherent to long-term therapies. Evidence for action*. World Health Organization.
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, *6*(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Huéscar, E., Rodríguez-Marín, J., Cervelló, E., & Moreno-Murcia, J. A. (2014). Teoría de la acción planeada y tasa de ejercicio percibida: un modelo predictivo en estudiantes adolescentes de educación física. *Anales de Psicología*, *30*(2), 738-744. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.2.162331>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2012). Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Madrid.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020, 27 de enero). *Resultados del módulo de práctica deportiva y ejercicio físico 2019*. [Comunicado de prensa]. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/EstSociodemo/mopr_ade2020.pdf

- Jordá, A. (2019). *Enfermedad cardiovascular y factores de riesgo psicosociales. Papel de la psicología clínica en la salud cardiovascular*. Área de Innovación y Desarrollo, S.L. <http://dx.doi.org/10.17993/Med.2019.61>
- Jun , E., & Choi, S. M. (2014). Obesity, Body Image, Depression, and Weight-control Behaviour Among Female University Students in Ko-rea. *Journal of Cancer Prevention, 19*(3), 240-246.
- Kagee, A., & Freeman, M. (2016). Mental Health and Physical Health (Including HIV/AIDS). *International Encyclopedia of Public Health*, 354-364. <https://doi.org/10.1016/B978-012373960-5.00045-9>
- Katz, L. (2007). La medicina en tiempos de Hipócrates. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana, 7*(1), 59-62.
- Kawachi, I., Sparrow, D., Vokonas, P. S., & Weiss, S. T. (1994). Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease. The Normative Aging Study. *Circulation, 90*(5), 2225-2229. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.90.5.2225>
- Keller, C., & Siegrist, M. (2015). Does personality influence eating styles and food choices? Direct and indirect effects. *Appetite, 84*, 128-138.
- Kerlinger, F. N., Lee, H. B., Pineda, L. E., & Mora Magaña, I. (2002). *Investigación del comportamiento*. McGraw-Hill/Interamericana.
- Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling* (4th ed.). The Guilford Press.
- Kumar, A., & Smith, S. (2017). Understanding local food consumers: theory of planned behavior and segmentation approach. *Journal of Food Products Marketing, 1*–20. <https://doi.org/10.1080/10454446.2017.1266553>
- Lai, K., & Green, S. B. (2016). The Problem with Having Two Watches: Assessment of Fit When RMSEA and CFI Disagree. *Multivariate Behavioral Research, 51*(2–3), 220–239. <https://doi.org/10.1080/00273171.2015.1134306>

- Larrinaga-Sandrino, V., & Hernández-Melendrés, E. (2016). Factores psicosociales relacionados con las enfermedades cardiovasculares. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*, 22(3), 152-156. <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/658>
- Lau, R., Hartman, K., & Ware, J. (1986). Health as a value: methodological and theoretical considerations. *Health Psychol*, 5(1), 25-43. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.5.1.25>
- Lavie, C. (2011). Exercise and cardiovascular diseases. A matter of life or death. *Prog Cardiovasc Dis*, 53, 385-386.
- Lazarus, R. S. (2000). Estrés y emoción. *Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Desclée de Brouwer.
- Lee, J., Greening, L., & Stoppelbein, L. (2007). The moderating effect of avoidant coping on restrained eaters' risk for disinhibited eating: Implications for dietary relapse prevention. *Behaviour Research and Therapy*, 45(10), 2334-2348.
- Leija, G., Peláez, V., Pérez, E., Pablo, R., Orea, A., Domínguez, B., González, D., Pineda, J. A., Herrera, R., Sánchez, R., Santellano, B., Cintora, C., & Contreras, E. (2019). Cognitive factors predicting therapeutic adherence in people with overweight and obesity. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 10(1), 85-94. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.451>
- Lenne, R. L., Joyal-Desmarais, K., Jones, R. E., Huelsnitz, C. O., Panos, M. E., Auster-Gussman, L. A., Johnson, W. F., Rothman, A. J., & Simpson, J. (2019). Parenting styles moderate how parent and adolescent beliefs shape each other's eating and physical activity: Dyadic evidence from a cross-sectional, U.S. National Survey. *Journal of Experimental Social Psychology*, 81, 76-84. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2018.06.003>
- León, M. (2009). *Teoría de la Acción Razonada. Educación para la salud*. Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional De Enfermería.

- León-Pérez, G., Wallston, K. A., Goggins, K. M., Poppendeck, H. M., & Kripalani, S. (2016). Effects of stress, health competence, and social support on depressive symptoms after cardiac hospitalization. *Journal of behavioral medicine*, 39(3), 441-452. <https://doi.org/10.1007/s10865-015-9702-x>
- Levesque, D. A., Cummins, C. O., Prochaska, J. M., & Prochaska, J. O. (2006). Stage of change for making an informed decision about Medicare health plans. *Health services research*, 41(4), 1372-1391. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00547.x>
- Libertad, M. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(3), 275-281. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662003000300012&lng=es&tlng=es
- Lin, C. Y., Updegraff, J. A., & Pakpour, A. H. (2016). The relationship between the theory of planned behavior and medication adherence in patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 61, 231-236. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2016.05.030>
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., & Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 30(3), 1151-1169. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
- Lobo, F. (2007). Políticas públicas para la promoción de la alimentación saludable y la prevención de la obesidad. *Rev Esp Salud Pública*, 81(5), 437-441.
- López-Castedo, A., González-Rodríguez, R., & Vázquez, R. (2019). Propiedades psicométricas del Death Anxiety Stait en pacientes con cardiopatía isquémica. *Revista Española de Salud Pública*, 93, e1-9. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272019000100086&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- López, M. C. (1991). Los alimentos introducidos durante la dominación árabe. *Ars. Pharm*, 36, 587-608.

- Luque, L., & Cortés, M.T., & Espejo, B., & Gómez, R., & Giménez, J.A., & Motos, P. (2011). Creencias asociadas al consumo intensivo de alcohol entre adolescentes. *Salud y drogas*, *11*(2), 179-202. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83922546005>
- MacLaren, V., & Best, L. (2009). students disordered eating and the big five personality facets. *Eating Behaviors*, *10*(3), 192-195.
- Mandell, R. (1986). *Historia cultural del deporte*. Bellaterra, S.L.
- Marrupe, L. (2009). Enfermedades de las arterias coronarias. La coronariografía. En *Libro de la salud cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y la Fundación BBVA* (pp. 299-306). Fundación BBVA.
- Marsh, H. W., Hau, K. T., & Wen, Z. (2004). In search of golden rules: Comment on hypothesis-testing approaches to setting cutoff values for fit indexes and dangers in overgeneralizing Hu and Bentler's (1999) findings. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, *11*(3), 320-341. https://doi.org/10.1207/s15328007sem1103_2
- Martínez, A., Rodríguez, A., Rodríguez, C., & Rodríguez, A. (2005). Percepción de las estrategias de afrontamiento ante el estrés en pacientes ingresados en una unidad de coronarias. *Enfermería en cardiología*, (34), 15-21.
- Martínez, I., & Villezca, P. (2005). La alimentación en México. Un estudio a partir de la encuesta nacional de ingresos y gastos de los hogares y de las hojas de balance alimenticio de la FAO. *Ciencia UANL*, *8*(1), 196-208. <https://www.redalyc.org/pdf/402/40280207.pdf>
- Martínez-Domínguez, G. I., Martínez-Sánchez, L. M., Lopera-Valle, J. S., & Vargas-Grisales, N. (2016). La importancia de la adherencia terapéutica. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, *14*(2), 107-116. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102016000200003

- Martínez-Gómez, D., Martínez de Haro, V., Del Campo, J., & Zapatera, B. (2008). Validez de cuatro cuestionarios para valorar la actividad física en adolescentes españoles. *Gac Sanit*, 23(6), 512-517.
- McKee, G., Bannon, J., Kerins, M. & FitzGerald, G. (2007). Changes in diet, exercise and stress behaviours using the stages of change model in cardiac rehabilitation patients. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 6(3), 233-240. <https://doi.org/10.1016/J.EJCNURSE.2006.10.002>
- McMurray, J., Adamopoulos, S., Anker, S., Auricchio, A., Böhm, M., Dickstein, K., Falk, V., Filippatos, G., Fonseca, C., Gómez-Sánchez, M., Jaarsma, T., Køber, L., Lip, G., Maggioni, A., Parkhomenko, A., Pieske, B., Popescu, B., Rønnevik, P., Rutten, F. H., ...Zeihner A. (2012). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European heart journal*, 33(14), 1787–1847. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehs104>
- Menacho, M. (2008). *Cuerpo-objeto y cuerpo-sujeto en René Descartes. V Jornadas de Sociología de la UNLP*. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología, La Plata.
- Mimiaga, M. J., Reisner, S. L., Reilly, L, Soroudi, N., & Safren, S. A. (2009). Individual interventions. In *HIV Prevention* (pp. 203-239). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-374235-3.00008-X>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). *Guía de buena práctica clínica para una alimentación cardiosaludable*. Lacer.
- Ministry of Health and welfare-supreme & Scientific Health Council. (1999). Dietary guidelines for adults in Greece. *Arch Helen Med*, 16, 516-524.
- Miró, O., Martín- Sánchez, F. J., Jacob, J., Andueza, J. A., Herrero, P., & Llorens, P. (2016). Valoración del grado de adherencia a la dieta mediterránea en pacientes con insuficiencia cardiaca: Estudio DIME-EAHFE. *Anales Sis San Navarra*, 39(2), 261-268.

- Molina, L. M. (2010). Dietética y Moral. Medicina y Filosofía en la antigüedad helenística. *Universidad de Antioquia*, (42), 209-250.
- Montanari, M. (1993). *El Hambre y la abundancia*. Barcelona: Crítica.
- Morales P. (2011). *El Análisis Factorial en la construcción e interpretación de tests, escalas y cuestionarios*. Universidad Pontificia Comillas <http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/AnalisisFactorial.pdf>
- Morales, Z. (2009) Evaluación de los sesgos atencionales en fumadores a través de las etapas del modelo transteórico del cambio [Tesis de Doctorado, Universidad de Huelva]. <http://hdl.handle.net/10272/323>
- Moreno, E., & Gil, J. (2003). El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(1), 91-109. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56030105>
- Moser, D. (2007). The rust of life: Impact of anxiety on cardiac patients. *American Journal of Critical Care: An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 16(4), 361-369.
- Moss, R. H. (2010). *Inventario de Respuestas de Aforntamiento para Adultos. CRI-A*. Madrid: tea.
- Moyano, D., & del Sueldo, R. (2017). Percepciones, creencias y saberes asociados a las enfermedades cardiovasculares en un grupo de mujeres de La Pampa, Argentina. *Acta Médica Peruana*, 34(4), 294-300.
- Muller, A., Claes, L., Mitchell, J., Wonderlich, S., Crosby, R., & de Zawaan, M. (2010). Personality prototypes in individuals with compulsive buying based on the Big Five Model. *Behaviour Research and Therapy*, 48(9), 930-935.
- Negrete-Yankelevich, A., & Ambía-Garrido, M. (2017). *Nutrición para el deportista*. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades.

- Norman, P., & Conner, M. (2017). Health behaviour: Current issues and challenges. *Psychology & health*, 32(8), 895-906. <https://doi.org/10.1080/08870446.2017.1336240>
- Nunnally, J. C., & Bernstein I. H. (1995). Análisis Factorial I: el modelo general y la condensación de la varianza. En *Teoría Psicometrica* (pp. 505-526). McGraw-Hill.
- Nunnally, T. E. (1991). Breaking the five-paragraph-theme barrier. *The English Journal*, 80(1), 67-71.
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y enfermedades crónicas*. PSICOM.
- Organización Mundial de la Salud. (9 de diciembre de 2020). *La OMS revela las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo: 2000-2019*. <https://www.who.int/es/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019>
- Organización Mundial de la Salud. (31 de agosto de 2018). *Alimentación Sana*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). 10 datos sobre la actividad física. Recuperado de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/features/factfiles/physical_activity/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo pruebas para la acción*. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/41182>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Enfermedades cardiovasculares*. <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-cardiovasculares>
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *HEARTS Paquete técnico para el manejo de las enfermedades cardiovasculares en la atención primaria de salud. Hábitos y estilos de vida saludables: asesoramiento para los pacientes*. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50805>

- Ornish, D., Scherwitz, L. & Billings. (1998). Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease. *JAMA*, 280, 2001-2007.
- Orr, M. G., Thrush, R., & Plaut, D. C. (2013). The Theory of Reasoned Action as Parallel Constraint Satisfaction: Towards a Dynamic Computational Model of Health Behavior. *PLOS ONE*, 8(5), e62490. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0062490>
- Ortega, F. B., Ruiz, J. R., España-Romero, V., Vicente-Rodriguez, G., Martínez-Gómez, D., Manios, Y., Béghin, L., Molnar, D., Widhalm, K., Moreno, L. A., Sjöström, M., Castillo, M. J., & HELENA study group. (2011). The International Fitness Scale (IFIS): usefulness of self-reported fitness in youth. *International journal of epidemiology*, 40(3), 701–711. <https://doi.org/10.1093/ije/dyr039>
- Ortego, M. C., López, S., & Álvarez, M. L. (2010). La adherencia al tratamiento. *Ciencias Psicosociales*. 1(1). 1-32. https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1420/course/section/1836/tema_14.pdf
- Ortiz, P. M., & Ortiz, P. E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista médica de Chile*, 135(5), 647-652. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872007000500014>
- Ortiz, S. C. (2010). Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Avances en Enfermería*, 28(2), 73-87. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-45002010000200007&script=sci_abstract&tlng=es
- Orueta, R. (2006). Evidencias disponibles para favorecer y mejorar la Adherencia Terapéutica. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 1(4), 185-192. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169616096007>
- Padial-Ruz, R., Viciano-Garófano, V., & Palomares-Cuadros, J. (2018). Adherencia a la dieta mediterránea, la actividad física y su relación con el IMC, en estudiantes universitarios del grado de primariamención de educación física, de Granada. *Education, Sport, Health and Physical Activity*, 2(1), 30-49.

- Pajak, A., Jankowski, P., Kotseva, K., Heidrich, J., de Smedt, D. y de Bacquer, D.(2013). Depression, anxiety, and risk factor control in patients after hospitalization for coronary heart disease: the EUROASPIRE III Study. *European Journal of Preventive Cardiology*, 20(2), 331–340. <https://doi.org/10.1177/2047487312441724>
- Parikh, P., McDaniel, M., & Ashen, D. (2005). Diets and cardiovascular disease. *J Am Coll Cardiol*, 45, 1379-1387.
- Patten, A. C. S., Barros, D. M. B., Ochoa, J. D. C., & Rodríguez, Y. C. H. (2021). Identidad de enfermedad y afrontamiento: Su rol en la adherencia terapéutica de pacientes diabéticos e hipertensos; Ecuador 2019. *Revista Científica Centros*, 10(1), 17-37. https://revistasvip.up.ac.pa/index.php/revista_cientifica_centros/article/view/398
- Pearson, N., & Biddle, S. (2011). Sedentay behavior and dietary intake in children, adolescents, and adults. *Am J Prev mED*, 41(2), 178-88.
- Penninx, B. W., Beekman, A. T., Honig, A., Deeg, D. J., Schoevers, R. A., Van, J. T., & Van, W. (2001). Depression and cardiac mortality: results from a community-based longitudinal study. *Archives of general psychiatry*, 58(3), 221-227. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.3.221>
- Pérez-Arrabal, V. (2018). *Indicadores psicofisiológicos en la adherencia al ejercicio físico*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Peter, R. S., Meyer, M. L., Mons, U., Schöttker, B., Keller, F., Schmucker, R., Koenig, W., Brenner, H., & Rothenbacher, D. (2020). Long-term trajectories of anxiety and depression in patients with stable coronary heart disease and risk of subsequent cardiovascular events. *Anxiety & Depression Association of America*, 37(8), 784-792. <https://doi.org/10.1002/da.23011>

- Pogosova, N., Kotseva, K., De Bacquer, D., von Känel, R., De Smedt, D., Bruthans, J., Dolzhenko, M., & on behalf of the EUROASPIRE Investigators. (2017). Psychosocial risk factors in relation to other cardiovascular risk factors in coronary heart disease: Results from the EUROASPIRE IV survey. A registry from the European Society of Cardiology. *European Journal of Preventive Cardiology*, 24(13), 1371-1380. <https://doi.org/10.1177/2047487317711334>
- Platón. (1998). *Diálogos* (Vol. Vol. III: Gorgias). Gredos.
- Rabelais. (1990). *Gargantúa y Pantagruel*. Porrúa.
- Redondo del Río, M. P., Silleras, B., Carreño Enciso, L., & Marugán de Miguelsanz, J. M. (2016). Ingesta dietética y adherencia a la dieta mediterránea en un grupo de estudiantes universitarios en función de la práctica deportiva. *Nutrición hospitalaria*, 33(5), 1172-1178.
- Reyes, I., & García y Barragán, L. F. (2008). Procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante: Un ejemplo. En S. Rivera Aragón, R. Díaz Loving, R. Sánchez Aragón e I. Reyes Lagunes (Eds.), *La psicología social en México*, XII (pp. 625-630). AMEPSO.
- Rivera, J. A., Perichart, O., & Moreno, J. E. (2013). Determinantes de la obesidad: marco conceptual y evidencia científica. En J. A. Rivera, M. Hernández, C. Aguilar, F. Vadillo y C. Murayama (Eds.), *Obesidad en México. Recomendaciones para una política de estado* (pp. 46-91). UNAM.
- Rivero, F., Castro, N., Galindo, E., & Rodríguez, J. (2005). Cardiopatía isquémica y sus factores de riesgo. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 9(1), 83-96. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552005000100010&script=sci_arttext&tlng=en

- Rodríguez, F. A. S., Hernández, Z. H., Nassar, L. H., Delgado, D. M. M., & Iriarte, C. R. (2018). Riesgo cardiovascular global según tablas de Gaziano en pacientes hipertensos. *Panorama Cuba y Salud*, 13(1), 21-28. <https://www.medigraphic.com/pdfs/cubaysalud/pcs-2018/pcs181d.pdf>
- Rodríguez, S. E., Díaz, D. B., Gracia, S. E., Guerrero, J. A., & Gómez, E. L. (2007). Capacidad predictiva de la Teoría de la Conducta Planificada en la intención y uso de drogas ilícitas entre estudiantes mexicanos. *Salud mental*, 30(1), 68-81. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252007000100068
- Román, S., Ojeda, C., & Panduro, A. (2013). Genética y evolución de la alimentación de la población en México. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 20(1), 42-51.
- Rondón, J. E., & Reyes, B. (2019). Introducción al modelo transteórico: rol del apoyo social y de variables sociodemográficas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(3), 2601-2633. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/70932>
- Ros, E., Fisac, C., & Pérez-Heras, A. (1998). ¿Qué es realmente la dieta mediterránea? *FMC*, 5, 557-571.
- Rosas-Peralta, M., Arizmendi-Uribe, E., & Borrayo-Sánchez, G. (2017). ¿De qué fallecen los adultos en México? Impacto en el desarrollo económico y social de la nación. La carga global de los padecimientos cardiovasculares. *Rev Med Inst Mex Seg Soc*, 55(1), 98-103. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457749297023>
- Rozanski, A., Blumenthal, J. A., Davidson, K. W., Saab, P. G., & Kubzansky, L. (2005). The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: the emerging field of behavioral cardiology. *Journal of the American College of Cardiology*, 45(5), 637-651. <https://www.jacc.org/doi/abs/10.1016/j.jacc.2004.12.005>
- Rudisch, B., & Nemeroff, C. B. (2003). Epidemiology of comorbid coronary artery disease and depression. *Biological Psychiatry*, 54(1), 227- 240. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(03\)00587-0](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00587-0)

- Salamanca, A., & Giraldo, C. (2011). Modelos cognitivos y cognitivo sociales en la prevención y promoción de la salud. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 2(2), 185-202.
- Sánchez, J., Martínez, A., Nazar, G., Mosso, C., & del-Muro, L. (2019). Creencias alimentarias en estudiantes universitarios mexicanos: Una aproximación cualitativa. *Revista chilena de nutrición*, 46(6), 727-734. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182019000600727>
- Sandín, B., & Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 8(1), 39-53. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.8.num.1.2003.3941>
- Santo Tomas de Aquino. (1998). *Confesiones*. Gredos.
- Sanz, J., & Vázquez, C. (1995). Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas. En A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología* (Vol. 2, pp. 341-378). McGraw Hill.
- Schnohr, P., Marott, J. L., Kristensen, T. S., Gyntelberg, F., Grønbaek, M., Lange, P., Jensen, M. T., Jensen, G. B., & Prescott, E. (2015). Ranking of psychosocial and traditional risk factors by importance for coronary heart disease: the Copenhagen City Heart Study. *European Heart Journal*, 36(22), 1385–1393. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv027>
- Servicio Madrileño de Salud. (s.f.). *Recomendaciones dietético nutricionales para pacientes con cardiopatía isquémica*. Madrid: Salud Madrid.
- Shi, D., & Maydeu-Olivares, A. (2020). The Effect of Estimation Methods on SEM Fit Indices. *Educational and Psychological Measurement*, 80(3), 421–445. <https://doi.org/10.1177/0013164419885164>

- Sierra, O. (2012). Dieta Mediterránea Mexicanizada propuesta de patrón alimentario esperanzador para México. *Horizonte sanitario*, 11(2). https://redib.org/Record/oai_articulo1697374-dieta-mediterr%C3%A1nea-mexicanizada-propuesta-de-patr%C3%B3n-alimentario-esperanzador-para-m%C3%A9xico
- Simoni, J. M., Frick, P. A., & Huang, B. (2006). A longitudinal evaluation of a social support model of medication adherence among HIV-positive men and women on antiretroviral therapy. *Health psychology*, 25(1), 74. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.25.1.74>
- Snaith, R. P. (2003). The hospital anxiety and depression scale. *Health and quality of life outcomes*, 1(1), 1-4.
- Soria, R., Vega, C., & Nava, C. (2009). Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Alternativas en Psicología*, 14(20), 89–103. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2009000100008
- Soto, F., Lacoste, J. A., Papenfuss, R. L., & Gutiérrez, A. (1997). El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del sida. *Revista Española de Salud Pública*, 71(4), 335-341. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000400002
- Stefani, D. (2005). Teoría de la Acción Razonada: Una propuesta de evaluación cuali-cuantitativa de las creencias acerca de la institucionalización geriátrica. *Revista Evaluar*, 5(1), 22-37. <https://doi.org/10.35670/1667-4545.v5.n1.538>
- Stice, E., Spoor, S., Bohon, C., Veldhuizen, M., & Small, D. (2008). Relation of reward from food intake and anticipated food intake to obesity: a functional magnetic resonance imaging study. *Journal of Ab-normal Psychology*, 117(4), 924-935.

- Talavera-Peña, A. K., Vargas-Nuñez, B. I, Figueroa-López, C. G., García-Méndez, M., & Meda-Lara, R. M. (2020). Intervención psicoeducativa para modificar ansiedad, depresión y calidad de vida en candidatos a revascularización coronaria. *Psicología y Salud*, 30(1), 59-71. Recuperado de <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2618/4499>
- Texas Heart Institute. (2021). *Factores de riesgo cardiovascular*. <https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/factores-de-riesgo-cardiovascular/>
- Thievel, A. (2000). L' évolution du sens de DIAITA. En *La lengua científica griega: orígenes, desarrollo e influencia en las lenguas modernas europeas*. Ediciones clásicas.
- Torres, Y., Rojas, N., Herrera, A., Garcia, R., & González, M. (2015). Prevención primaria de la cardiopatía isquémica. aspectos de interés. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*, 21(1), 24–31. <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/566>
- Trejo-Celaya N. G. y Reyes-Jiménez O. (2020). Estrés familiar y afrontamiento individual asociados a la adherencia terapéutica de pacientes con cardiopatía isquémica. *Aten Fam*, 27(3), 145-149. <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2020.3.75897>
- Valdez, M. (2015). Fomento de la actividad física en México. Una política pública inacabada. *Gestión y Política Pública*, 27-54. <https://www.redalyc.org/pdf/133/13343542002.pdf>
- Valls, E., & Rueda, B. (2013). Personalidad, afrontamiento y calidad de vida en pacientes con enfermedad cardiovascular. *Boletín de psicología*(109), 51-72.
- Van-Gestel, L. C., Kroese, F. M., & De Ridder, D. T. D. (2018). Nudging at the checkout counter—A longitudinal study of the effect of a food repositioning nudge on healthy food choice. *Psychology & health*, 33(6), 800-809.

- Van der Werf, P., Seabrook, J. A., & Gilliland, J. A. (2019). Alimentos para nada: Usar la teoría del comportamiento planificado para comprender mejor el comportamiento de desperdicio de alimentos en el hogar. *El geógrafo canadiense*, 63(3), 478-493. <https://doi.org/10.1111/cag.12519>
- Vargas, L. & Bourges, H. (2013). Los fundamentos biológicos y culturales de los cambios de la alimentación conducentes a la obesidad. El caso de México en el contexto general de la humanidad. En J. A. Rivera, M. Hernández, C. Aguilar, F. Vadillo, & C. Murayama (Eds.), *Obesidad en México. Recomendaciones para una política de estado* (pp. 119-152). UNAM.
- Vereecken, C., De Henauw, S., Maes, L., Moreno, L., Manios, Y., Phillipp, K., Plada, M., De Bourdeaudhuij, I., & HELENA Study Group. (2009). Reliability and validity of a healthy diet determinants questionnaire for adolescents. *Public health nutrition*, 12(10), 1830–1838. <https://doi.org/10.1017/S1368980008004655>
- Wallston, B. D., & Wallston, K. A. (1978). Locus of control and health: A review of the literature. *Health Education Monographs*, 6(2), 107-117. <https://doi.org/10.1177/109019817800600102>
- Wallston, K. A. (2015). Control Beliefs: Health Perspectives. En *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (2nd ed.). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.14070-X>
- Wallston, K. A., Osborn, C. Y., Wagner, L. J., & Hilker, K. A. (2011). The Perceived Medical Condition Self-Management Scale Applied to Persons with HIV/AIDS. *Journal of health psychology*, 16(1), 109-115. <https://doi.org/10.1177/1359105310367832>
- Wenger, N. (2008). Current status of cardiac rehabilitation. *J Am Coll Cardiol*, 51, 1619-31.
- Wongrith, P. (2019). Predicting diabetic self-care management based on the theory of planned behavior among elderly with type 2 diabetes in Thailand. *Diabetes Mellitus*, 22(4), 367–376.
- Zagalaz, S. (2001). *Corrientes y tendencias de la Educación Física*. INDE.

- Zaragoza Martí, A., Ferrer Cascales, R., Cabañero Martínez, J., Hurtado Sánchez, J. A., & Laguna Pérez, A. (2015). Adherencia a la dieta mediterránea y su relación con el estado nutricional en personas mayores. *Nutrición hospitalaria*, 31(4), 1667-1674.
- Zavala, Y. L., Rivas, R. A., Andrade, P., & Reidl, L. M. (2008). Validación del instrumento de estilos de enfrentamiento de Lazarus y Folkman en adultos de la Ciudad de México. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10(2), 159-182.
- Zigmond, A. S., Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-70.

APÉNDICES

Apéndice A. Carta de consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACION EN SALUD.

NOMBRE DEL ESTUDIO: Modelo de Conducta Planeada, Afrontamiento y Salud Mental para predecir Adherencia a Alimentación Cardiosaludable y Ejercicio Físico en pacientes con Cardiopatía Isquémica

Ciudad de México, a _____ de _____ 202__.

Por favor tome todo el tiempo que sea necesario para leer este documento, pregunte al investigador sobre cualquier duda que tenga, para decidir si participa o no deberá tener el conocimiento suficiente acerca de los beneficios y riesgos del presente estudio de investigación.

Estimado

Señor:

_____, se le invita a participar en el estudio arriba mencionado, que se desarrollará en el CMN “20 de Noviembre”, cuyo objetivo será el de ver la capacidad que tiene un “Modelo de Conducta Planeada, Afrontamiento y Salud Mental” para predecir adherencia terapéutica a las medidas de prevención primaria (Alimentación cardiosaludable y ejercicio físico) en pacientes con Cardiopatía Isquémica. Su participación en el estudio consiste en responder las preguntas de un cuestionario

BENEFICIOS: El presente estudio le informará de los resultados y en caso de ser necesario se le canalizará para mejorar en caso de ser necesario su adherencia al tratamiento que le recomendó su cardiólogo tratante.

RIESGOS: Su participación no conlleva riesgo alguno para su salud.

PARTICIPACIÓN

Su participación es VOLUNTARIA, usted puede decidir libremente participar o no, esto no afectará su derecho para recibir atención médica en el CMN “20 de Noviembre”, si participa, puede retirarse del estudio en el momento en que lo desee sin que esto influya sobre el tratamiento habitual que le ofrece el hospital para su enfermedad de base.

MANEJO DE LA INFORMACION.

En la recolección de datos personales se siguen todos los principios que marca la ley (art. 6): Licitud, calidad, consentimiento, información, finalidad, lealtad, proporcionalidad y responsabilidad. Se han implementado las medidas de seguridad, técnicas, administrativas y físicas necesarias para proteger sus datos personales y evitar daño, pérdida, alteración, acceso o tratamiento no autorizado. Su nombre no será usado en ninguno de los estudios, las muestras biológicas obtenidas, cuestionarios, etc., no contendrán ninguna información personal y se codificarán con un número de serie para evitar cualquier posibilidad de identificación. Los códigos que identifican su muestra o información estarán solo disponibles

a los investigadores titulares quienes están obligados por ley a no divulgar su identidad. Usted podrá tener acceso a la información sobre este estudio en caso de solicitarlo.

PARTICIPANTE.

Confirmando haber recibido información suficiente y clara sobre el estudio propuesto, doy mi autorización para ser incluido en este proyecto de investigación, reservándome el derecho de abandonarlo en cualquier momento si así lo decido.

Nombre y firma del Participante o Representante legal.

Parentesco: _____

Domicilio: _____

TESTIGOS:

(1) Nombre y firma

Parentesco: _____

Domicilio: _____

(2) Nombre y firma

Parentesco: _____

Domicilio: _____

INVESTIGADOR O MÉDICO QUE INFORMA:

Le he explicado al Sr (a) _____, la naturaleza y los propósitos de la investigación, así como los riesgos y beneficios que implica su participación. He dado respuesta a todas sus dudas, y le he preguntado si ha comprendido la información proporcionada, con la finalidad de que pueda decidir libremente participar o no en este estudio. Acepto que he leído, conozco y me apego a la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos, que pondré el bienestar y la seguridad de los pacientes sujetos de investigación, por encima de cualquier otro objetivo.

INVESTIGADOR RESPONSABLE.

Dr. José Luis Aceves Chimal

Nombre y firma

Teléfono de contacto: 52005003

El documento se expide por duplicado, entregando una copia al participante.

Apéndice B. Aviso de privacidad

TITULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACION: Modelo de Conducta Planeada, Afrontamiento y Salud Mental para predecir Adherencia a Alimentación Cardiosaludable y Ejercicio Físico en pacientes con Cardiopatía Isquémica

Número de registro: 463.2020.

El presente Aviso de Privacidad tiene como objeto informarles sobre el tratamiento que se le dará a sus datos personales cuando los mismos son recabados, utilizados y almacenados.

Investigador responsable de recabar sus datos personales, de su uso y protección:

Nombre José Luis Aceves Chimal

Domicilio: Av. Félix Cuevas 540, col Del Valle Alcaldía Benito Juárez CP 03100

Teléfono: 52 00 50 03: Correo electrónico: aceves 996@hotmail.com

Su información personal será utilizada con la finalidad de conocer sus datos personales y medidas antropomórficas para lo cual requerimos obtener los siguientes datos personales: Nombre, número de expediente clínico y teléfono particular, estos datos son considerados como sensibles de acuerdo con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.

Es importante que usted sepa que todo el equipo de investigación que colabora en este estudio se compromete a que todos los datos proporcionados por usted serán tratados bajo medidas de seguridad y garantizando siempre su confidencialidad. En el caso de este proyecto las medidas que se tomarán para ello serán: identificación de su persona con el número del expediente clínico.

Los datos que usted nos proporcione no serán compartidos con otras instancias o instituciones y únicamente serán usados por el equipo de investigadores para este proyecto.

Usted tiene derecho de acceder, rectificar y cancelar sus datos personales, así como de oponerse al manejo de los mismos o anular el consentimiento que nos haya otorgado para tal fin, presentando una carta escrita dirigida a el/ la investigador responsable Dr. José Luis Aceves Chimal, o con el Presidente del Comité de Ética en Investigación del CMN “20 de Noviembre”, al Tel. 52005003.

DECLARACION DE CONFORMIDAD: Manifiesto estar de acuerdo con el tratamiento que se dará a mis datos personales

Nombre y firma del sujeto de investigación o paciente:

Fecha: _____

Apéndice C. Carta descriptiva del grupo focal

Grupo focal de pacientes con cardiopatía isquémica

Objetivo: Explorar las Creencias (Conductuales, Normativas y de Control), Actitudes, Normas Subjetivas, Control Conductual e Intención Conductual que tienen los pacientes con Cardiopatía isquémica respecto a la alimentación saludable y el ejercicio físico.

Materiales:

- Una computadora con internet, cámara y micrófono
- El guion de preguntas de discusión

Tiempo: Dos horas para cada grupo focal

Cantidad de participantes: 4 participantes por grupo focal, un moderador y un observador

Hora programada de la sesión: 5:00 pm a 7:00 pm

Grupos focales: Dos grupos focales en total de cuatro participantes cada uno

Instrucciones:

“Buenos días, antes que nada, gracias por estar aquí, sé que es un gran esfuerzo el dejar sus actividades para poder acompañarnos en esta sesión. Hoy es el día 20 de diciembre de 2020, son las 5:00 pm de la tarde y estamos en la sala de Zoom para realizar este grupo focal que tiene como objetivo conocer su experiencia como pacientes cardiopatas isquémicos en relación a su alimentación saludable y actividad física. La investigación que estamos haciendo es por parte de la Facultad de Psicología de la Unidad de investigaciones en psicosociales y por parte del Centro Médico Nacional 20 de noviembre del ISSSTE, de ahí que la experiencia que han tenido como pacientes de dicho hospital resulta muy valiosa para comprender los aspectos anteriormente mencionados. Para ello hemos formulado unas preguntas que son en realidad guías para poder motivar la discusión. Esperamos que esto dure alrededor de dos horas. ¿Están de acuerdo en participar libre y voluntariamente en este ejercicio?, si es así les pido que levanten la mano o después de que diga su nombre digan que sí o que no, así mismo recuerden que pueden tener la libertad de salir si así lo desean en el momento en el que gusten. Sin más por el momento sería bueno que pudiéramos empezar”. Para comenzar les definiré qué es la alimentación cardiosaludable y el ejercicio físico:

- a) Alimentación Cardiosaludable: Dieta apropiada baja en sal, normo calórica, rica en fibra, vegetales, frutas y vitaminas, baja en ácidos grasos saturados (< 10%) y azúcares refinados, consumo de alcohol con moderación (< 10-20 g/día a las mujeres y < 20-30 g/día a los varones para el manejo del riesgo cardiovascular total (Guía de práctica clínica de C.I, 2017).
- b) Ejercicio físico: La práctica de actividad física regular durante al menos 30-45 min/día todos los días (ejercicios físicos aeróbicos como: bicicleta, caminatas, trote, carrera, calistenia, natación, etc.
 - ¿Qué significa ser paciente isquémico?
 - ¿Qué deben hacer para cuidarse?

Creencias

1.Ccond ¿Qué cree que pasaría si tuviera que cambiar su alimentación ordinaria a una alimentación saludable y tenga que comenzar a realizar actividad física de forma frecuente?

2.Cnorm ¿Qué cree que pensaría su familia si usted como paciente isquémico cambiara su alimentación ordinaria a una alimentación saludable y comenzara a realizar actividad física?

3.Ccont ¿Qué aspectos podrían facilitar o impedir que usted tenga una alimentación saludable y realice ejercicio?

Actitudes

1. ¿Qué ventajas y desventajas percibe de alimentarse sanamente?
2. ¿Qué ventajas y desventajas percibe de hacer actividad física de forma frecuente?

Normas subjetivas

1. ¿A quién consulta para saber qué tipo de comidas o alimentación debe tener?
2. ¿Quién es la persona en la que más confía para considerar lo que debe comer?
3. ¿Quién prepara la comida en casa?
4. ¿A quién consulta para saber qué tipo de actividad física debe tener?
5. ¿Quién es la persona en la que más confía para conocer el tipo de actividad física que debe de llevar a cabo?
6. ¿Qué esperan sus familiares de ustedes?
7. ¿Están recibiendo apoyo o no por parte de su familia para alimentarse sanamente?
8. ¿Están recibiendo apoyo o no por parte de su familia para hacer ejercicio?
9. ¿Hay alguien que boicotee su alimentación o actividad física?

Control conductual

1. ¿Qué tan capaz te sientes de llevar una alimentación saludable?
2. ¿Qué tan capaz te sientes de hacer actividad física de forma frecuente?
3. ¿qué impedimentos identificas para alimentarte sanamente?
4. ¿qué impedimentos identificas para hacer actividad física?

Intención conductual

1. ¿Qué posibilidades existen de que puedas alimentarte saludablemente?
2. ¿Qué posibilidades existen de que puedas hacer ejercicio de forma frecuente?
3. ¿Qué tan motivado (a) te sientes de alimentarte saludablemente?
4. ¿Qué tan motivado (a) te sientes de hacer ejercicio de forma frecuente?
5. ¿Qué te motiva o podría motivar para alimentarte saludablemente?
6. ¿Qué te motiva o podría motivar para hacer ejercicio de forma frecuente?
7. ¿Por qué estás haciendo ejercicio?
8. ¿Por qué te estas alimentando saludablemente?
9. ¿Qué has hecho y qué has dejado de hacer a raíz de que te enteraste de que tenías que alimentarte sanamente?
10. ¿Qué has hecho y qué has dejado de hacer a raíz de que te enteraste de que tenías que hacer algún tipo de actividad física?

“Muy bien agradecemos mucho el que hayan estado aquí, todas sus experiencias, sus opiniones, sus sentimientos y perspectivas son muy ricas y estoy segura que van a tener un impacto en la investigación.

Apéndice D. Escala de Creencias Conductuales hacia la Adherencia a la Alimentación Cardiosaludable

Instrucciones: Lea las siguientes afirmaciones y seleccione aquella que más se acerque a la cualidad que le caracterice actualmente, así mismo recuerde que no hay respuestas buenas ni malas, procure responder lo primero que se le venga a la mente

1. **Aumentando** el consumo de frutas, verduras, cereales y carnes blancas (pollo y pescado), tal como lo indico mi médico

AUMENTARE mi calidad de vida

Totalmente improbable ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ Totalmente probable

MEJORARÉ mi estado de salud

Totalmente improbable ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ Totalmente probable

CREARÉ un hábito saludable

Totalmente improbable ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ Totalmente probable

DISMINUIRÉ mis niveles de estrés y/o ansiedad

Totalmente improbable ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ Totalmente probable

Apéndice E. Escala de Creencias Normativas hacia la Adherencia a la Alimentación Cardiosaludable

Instrucciones: Lea las siguientes afirmaciones y seleccione aquella que más se acerque a la cualidad que le caracterice actualmente, así mismo recuerde que no hay respuestas buenas ni malas, procure responder lo primero que se le venga a la mente.

1. MI FAMILIA (padres, hermanos/as) piensan que

Yo no debería ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ **Yo debería**

Disminuir el consumo de panes, tortillas, refresco, cerveza y alimentos grasos de origen animal (carnes rojas, manteca, mantequilla, leche, crema, helado y quesos) y aumentar el consumo de frutas, verduras, cereales y carnes blancas (pollo y pescado)

2. MIS AMIGOS/AS piensan que

Yo no debería ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ **Yo debería**

Disminuir el consumo de panes, tortillas, refresco, cerveza y alimentos grasos de origen animal (carnes rojas, manteca, mantequilla, leche, crema, helado y quesos) y aumentar el consumo de frutas, verduras, cereales y carnes blancas (pollo y pescado).

3. En términos generales en qué medida quieres hacer lo que TUS AMIGOS/AS creen que tu deberías hacer

Mucho ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ **Nada**

4. MI PAREJA (novia/o, compañera/o, esposa/o) piensa que

Yo no debería ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ **Yo debería**

Disminuir el consumo de panes, tortillas, refresco, cerveza y alimentos grasos de origen animal (carnes rojas, manteca, mantequilla, leche, crema, helado y quesos) y aumentar el consumo de frutas, verduras, cereales y carnes blancas (pollo y pescado).

5. En términos generales en qué medida quieres hacer lo que TU PAREJA (novia/o, compañera/o, esposa/o) cree que tu deberías hacer

Nada ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ **Mucho**

Apéndice F. Escala de Creencias de Control hacia la Adherencia a la Alimentación Cardiosaludable

Instrucciones: Lea las siguientes afirmaciones y seleccione aquella que más se acerque a la cualidad que le caracterice actualmente, así mismo recuerde que no hay respuestas buenas ni malas, procure responder lo primero que se le venga a la mente.

1. El siguiente fin de semana saldré con mi familia a comer fuera de casa (panes, tortillas, refresco, cerveza y alimentos grasosos de origen animal (carnes rojas, manteca, mantequilla, leche, crema, helado y quesos)

Totalmente en desacuerdo ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ **Totalmente de acuerdo**

2. ¿Qué pasa si el siguiente fin de semana sales con tu familia a comer fuera de casa (panes, tortillas, refresco, cerveza y alimentos grasosos de origen animal (carnes rojas, manteca, mantequilla, leche, crema, helado y quesos)?

Será mucho más difícil ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ **Será mucho más fácil**

Disminuir el consumo de panes, tortillas, refresco, cerveza y alimentos grasosos de origen animal (carnes rojas, manteca, mantequilla, leche, crema, helado y quesos) y aumentar el consumo de frutas, verduras, cereales y carnes blancas (pollo y pescado)

3. ¿Qué pasa si te aburres comiendo la comida sana (verduras, cereales y carnes blancas (pollo y pescado)) que te indico tu médico?

Será mucho más difícil ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ **Será mucho más fácil**

Disminuir el consumo de panes, tortillas, refresco, cerveza y alimentos grasosos de origen animal (carnes rojas, manteca, mantequilla, leche, crema, helado y quesos) y aumentar el consumo de frutas, verduras, cereales y carnes blancas (pollo y pescado)

4. La siguiente semana mi familia preparará prepara antojitos mexicanos (mole con pollo, quesadillas fritas, pozole, tamales) en tu casa

Totalmente en desacuerdo ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ **Totalmente de acuerdo**

5. ¿Qué pasa si la siguiente semana tu familia prepara antojitos mexicanos (mole con pollo, quesadillas fritas, pozole, tamales) en tu casa?

Será mucho más difícil ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ **Será mucho más fácil**

Disminuir el consumo de panes, tortillas, refresco, cerveza y alimentos grasos de origen animal (carnes rojas, manteca, mantequilla, leche, crema, helado y quesos) y aumentar el consumo de frutas, verduras, cereales y carnes blancas (pollo y pescado)

6. La siguiente semana tendré una reunión laboral en un Restaurante o Fonda con mis compañeros de trabajo

Totalmente en desacuerdo ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ **Totalmente de acuerdo**

7. ¿Qué pasa si la siguiente semana tienes una reunión laboral en un Restaurante o Fonda con tus compañeros de trabajo?

Será mucho más difícil ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ **Será mucho más fácil**

Disminuir el consumo de panes, tortillas, refresco, cerveza y alimentos grasos de origen animal (carnes rojas, manteca, mantequilla, leche, crema, helado y quesos) y aumentar el consumo de frutas, verduras, cereales y carnes blancas (pollo y pescado)

8. La siguiente semana tendré poco dinero para gastar

Totalmente en desacuerdo ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ **Totalmente de acuerdo**

9. La siguiente semana tendré una reunión con amigos o fiesta familiar

Totalmente en desacuerdo ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ **Totalmente de acuerdo**

10. ¿Qué pasa si la siguiente semana tienes una reunión con amigos o fiesta familiar?

Será mucho más difícil ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ **Será mucho más fácil**

Disminuir el consumo de panes, tortillas, refresco, cerveza y alimentos grasos de origen animal (carnes rojas, manteca, mantequilla, leche, crema, helado y quesos) y aumentar el consumo de frutas, verduras, cereales y carnes blancas (pollo y pescado)

Apéndice G. Escala de Actitudes Conductuales hacia la Adherencia a la Alimentación Cardiosaludable

Instrucciones: Lea las siguientes afirmaciones y seleccione aquella que más se acerque a la cualidad que le caracterice actualmente, así mismo recuerde que no hay respuestas buenas ni malas, procure responder lo primero que se le venga a la mente

1. Para mi disminuir el consumo de panes, tortillas, refresco, cerveza y alimentos grasosos de origen animal (carnes rojas, manteca, mantequilla, leche, crema, helado y quesos) tal como lo indico mi médico, es:

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|----------------------|
| Desagradable | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | Agradable |
| Aburrido | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | Divertido |
| Frustrante | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | Motivante |
| Indiferente | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | Interesante |
| Complicado | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | Sencillo |
| Inútil | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | Útil |
| Incomodo | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | Cómodo |
| Inservible | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | Eficaz |
| Perjudicial | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | Beneficioso |
| Despreciable | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | Valioso |
| Innecesario | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | Indispensable |

2. Para mi aumentar el consumo de frutas, verduras, cereales y carnes blancas (pollo y pescado) tal como lo indico mi médico, es:

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|---|-------|----------------------|
| Asqueroso | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | Exquisito |
| Tedioso | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | Placentero |
| Aburrido | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | Interesante |
| Inútil | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | Útil |
| Incomodo | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | Cómodo |
| Inservible | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | Eficaz |
| Perjudicial | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | Beneficioso |
| Innecesario | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | : | _____ | Indispensable |

Apéndice H. Escala de Normas Subjetivas hacia la Adherencia a la Alimentación Cardiosaludable

Instrucciones: Lea las siguientes afirmaciones y seleccione aquella que más se acerque a la cualidad que le caracterice actualmente, así mismo recuerde que no hay respuestas buenas ni malas, procure responder lo primero que se le venga a la mente.

1. Mi familia cree que:

Yo no debería ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ **Yo debería**

Disminuir el consumo de panes, tortillas, refresco, cerveza y alimentos grasos de origen animal (carnes rojas, manteca, mantequilla, leche, crema, helado y quesos) tal como lo indico mi médico.

2. Mi familia disminuye el consumo de panes, tortillas, refresco, cerveza y alimentos grasos de origen animal (carnes rojas, manteca, mantequilla, leche, crema, helado y quesos)

Totalmente falso ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ **Totalmente verdadero**

3. Mis amigos creen que:

Yo no debería ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ **Yo debería**

Disminuir el consumo de panes, tortillas, refresco, cerveza y alimentos grasos de origen animal (carnes rojas, manteca, mantequilla, leche, crema, helado y quesos) tal como lo indico mi médico

4. Mis amigos disminuyen el consumo de panes, tortillas, refresco, cerveza y alimentos grasos de origen animal (carnes rojas, manteca, mantequilla, leche, crema, helado y quesos)

Totalmente falso ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ **Totalmente verdadero**

Apéndice I. Escala de Control Conductual sobre la Adherencia a la Alimentación Cardiosaludable

Instrucciones: Lea las siguientes afirmaciones y seleccione aquella que más se acerque a la cualidad que le caracterice actualmente, así mismo recuerde que no hay respuestas buenas ni malas, procure responder lo primero que se le venga a la mente

1. Depende de mí, disminuir el consumo de panes, tortillas, refresco, cerveza y alimentos grasosos de origen animal (carnes rojas, manteca, mantequilla, leche, crema, helado y quesos)

Totalmente en desacuerdo ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ **Totalmente de acuerdo**

2. Depende de mí, aumentar el consumo de frutas, verduras, cereales y carnes blancas (pollo y pescado)

Totalmente en desacuerdo ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ **Totalmente de acuerdo**

Apéndice J. Escala de Intención Conductual sobre la Adherencia a la Alimentación Cardiosaludable

Instrucciones: Lea las siguientes afirmaciones y seleccione aquella que más se acerque a la cualidad que le caracterice actualmente, así mismo recuerde que no hay respuestas buenas ni malas, procure responder lo primero que se le venga a la mente.

1. La probabilidad de que durante la semana entrante disminuya el consumo de panes y tortillas tal como lo indico mi médico.

— — — — —
0% 25% 50% 75% 100%

2. La probabilidad de que durante la semana entrante disminuya el consumo de alimentos grasosos de origen animal (carne roja, manteca, mantequilla, leche, crema, helado y quesos) tal como lo indico mi médico.

— — — — —
0% 25% 50% 75% 100%

3. La probabilidad de que durante la semana entrante disminuya el consumo de refrescos, bebidas azucaradas y alcohol tal como lo indico mi médico.

— — — — —
0% 25% 50% 75% 100%

Apéndice K. Escala de Estilos de Afrontamiento hacia la adherencia a la Alimentación Cardiosaludable

Instrucciones: Considerando que de acuerdo a las recomendaciones médicas para *una dieta cardiosaludable* que incluya: la disminución de panes, tortillas, refresco, alcohol y alimentos grasosos de origen animal (carnes rojas, manteca, mantequilla, leche, crema, helado y quesos) y el aumento de verduras, cereales y carnes blancas (pollo y pescado), responde la siguiente escala, lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió usted durante la semana pasada, no piense mucho las respuestas, recuerde que no hay respuestas buenas ni malas

| | 0 No de ninguna manera | 1 En alguna medida | 2 Generalmente, usualmente | 3 Siempre, en gran medida |
|---|------------------------------|--------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| 1. Intenté sentirme mejor haciendo mi dieta cardiosaludable. | | | | |
| 2. Soñé o imaginé que las cosas eran mejores cuando hacia mi dieta cardiosaludable. | | | | |
| 3. Busqué un poco de esperanza, intentando mirar las cosas buenas de la dieta cardiosaludable. | | | | |
| 4. Me dije cosas que me ayudaron a sentirme mejor para hacer la dieta prescrita por mi médico. | | | | |
| 5. Me inspiré a hacer comidas sanas de manera creativa. | | | | |
| 6. Cambié y maduré como persona al hacer mi dieta cardiosaludable a diario. | | | | |
| 7. Tuve fe en hacer la comida sana que me corresponde. | | | | |
| 8. Seguí adelante con mi destino (simplemente algunas veces tengo mala suerte para hacer la dieta cardiosaludable). | | | | |
| 9. Esperé a que ocurriera un milagro para que hiciera la dieta prescrita por mi médico. | | | | |
| 10. Trate de olvidarme por completo de que no estoy haciendo la dieta cardiosaludable. | | | | |
| 11. Esperé a ver qué pasaba antes de hacer la dieta cardiosaludable. | | | | |

- 12. Evité que los demás se enteraran de que no hago la dieta prescrita por mi médico.
- 13. Me negué a creer que no estaba haciendo la dieta cardiosaludable.
- 14. Me disculpé o hice algo para compensar el hecho de que no había realizado la dieta prescrita por mi médico.
- 15. Me di cuenta de que yo mismo no quiero hacer la dieta cardiosaludable.

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Apéndice L. Escala de Creencias Conductuales hacia la Adherencia al Ejercicio Físico Cardiovascular.

Instrucciones: Lea las siguientes afirmaciones y seleccione aquella que más se acerque a la cualidad que le caracterice actualmente, así mismo recuerde que no hay respuestas buenas ni malas, procure responder lo primero que se le venga a la mente.

Realizando caminata como actividad cardiovascular todos los días durante al menos 30 minutos continuos durante el día, tal como lo indico mi médico

CUIDARÉ mi salud

Totalmente improbable ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ Totalmente probable

MEJORARÉ mi condición física

Totalmente improbable ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ Totalmente probable

BAJARÉ de peso

Totalmente improbable ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ Totalmente probable

OBTENDRÉ bienestar físico

Totalmente probable ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ Totalmente improbable

ALCANZARÉ los objetivos establecidos por mi médico

Totalmente improbable ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ Totalmente probable

LIBERARÉ tensión – estrés

Totalmente probable ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ Totalmente improbable

CREARÉ un hábito saludable

Totalmente improbable ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ Totalmente probable

MEJORARÉ mi rendimiento físico en otras actividades (deportes, caminatas y carreras)

Totalmente improbable ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ Totalmente probable

EVITARÉ dolores en mi cuerpo (Pecho, cabeza, hombros y espalda)

Totalmente probable ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ Totalmente improbable

PREVENDRÉ lesiones

Totalmente improbable ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ Totalmente probable

Apéndice M. Escala de Creencias Normativas hacia la Adherencia al Ejercicio Físico Cardiovascular.

Instrucciones: Lea las siguientes afirmaciones y seleccione aquella que más se acerque a la cualidad que le caracterice actualmente, así mismo recuerde que no hay respuestas buenas ni malas, procure responder lo primero que se le venga a la mente.

1. MI FAMILIA (padres, hermanos/as) piensan que

Yo no debería _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ **Yo debería**

Realizar caminata como actividad cardiovascular todos los días durante al menos 30 minutos continuos durante el día

2. MIS AMIGOS/AS piensan que

Yo no debería _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ **Yo debería**

Realizar caminata como actividad cardiovascular todos los días durante al menos 30 minutos continuos durante el día

3. MI PAREJA (novia/o, compañera/o, esposa/o) piensa que

Yo no debería _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ **Yo debería**

Realizar caminata como actividad cardiovascular todos los días durante al menos 30 minutos continuos durante el día

4. MIS COMPAÑEROS/AS de trabajo piensan que

Yo no debería _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ **Yo debería**

Realizar caminata como actividad cardiovascular todos los días durante al menos 30 minutos continuos durante el día

Apéndice N. Escala de Creencias de Control hacia la Adherencia al Ejercicio Físico Cardiovascular

Instrucciones: Lea las siguientes afirmaciones y seleccione aquella que más se acerque a la cualidad que le caracterice actualmente, así mismo recuerde que no hay respuestas buenas ni malas, procure responder lo primero que se le venga a la mente

1. ¿Qué pasa si tu horario de trabajo entra en conflicto con tu práctica de ejercicio la siguiente semana?

Será mucho más difícil ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ **Será mucho más fácil**

Realizar caminata como actividad cardiovascular todos los días durante al menos 30 minutos continuos durante el día

2. ¿Qué pasa si inviertes mucho tiempo en atender a tu familia la siguiente semana?

Será mucho más difícil ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ **Será mucho más fácil**

Realizar caminata como actividad cardiovascular todos los días durante al menos 30 minutos continuos durante el día

3. ¿Qué pasa si estas cansado/a la siguiente semana?

Será mucho más difícil ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ **Será mucho más fácil**

Realizar caminata como actividad cardiovascular todos los días durante al menos 30 minutos continuos durante el día

4. ¿Qué pasa si te aburres realizando caminata la siguiente semana?

Será mucho más difícil ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ **Será mucho más fácil**

Realizar caminata como actividad cardiovascular todos los días durante al menos 30 minutos continuos durante el día

Apéndice Ñ. Escala de Actitudes Conductuales hacia la Adherencia al Ejercicio Físico Cardiovascular

Instrucciones: Lea las siguientes afirmaciones y seleccione aquella que más se acerque a la cualidad que le caracterice actualmente, así mismo recuerde que no hay respuestas buenas ni malas, procure responder lo primero que se le venga a la mente

1. Para mi realizar caminata como actividad cardiovascular todos los días durante al menos 30 minutos continuos, tal como lo indico mi médico es:

Desagradable ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ **Agradable**
Aburrido ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ **Divertido**
Frustrante ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ **Motivante**
Indiferente ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ **Interesante**
Pesado ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ **Ligero**
Difícil ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ **Fácil**
Incomodo ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ **Cómodo**
Inservible ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ **Eficaz**
Perjudicial ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ **Beneficioso**
Despreciable ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ **Valioso**
Innecesario ____: ____: ____: ____: ____: ____: ____ **Indispensable**

Apéndice O. Escala de Normas Subjetivas hacia la Adherencia al Ejercicio Físico Cardiovascular

Instrucciones: Lea las siguientes afirmaciones y seleccione aquella que más se acerque a la cualidad que le caracterice actualmente, así mismo recuerde que no hay respuestas buenas ni malas, procure responder lo primero que se le venga a la mente.

1. Mis amigos creen que:

Yo no debería _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ **Yo debería**

Realizar caminata como actividad cardiovascular todos los días durante al menos 30 minutos continuos

2. Mi pareja cree que:

Yo no debería _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ **Yo debería**

Realizar caminata como actividad cardiovascular todos los días durante al menos 30 minutos continuos

3. Mis compañeros de trabajo creen que:

Yo no debería _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ **Yo debería**

Realizar caminata como actividad cardiovascular todos los días durante al menos 30 minutos continuos

Apéndice P. Escala de Control Conductual sobre la Adherencia al Ejercicio Físico Cardiovascular

Instrucciones: Lea las siguientes afirmaciones y seleccione aquella que más se acerque a la cualidad que le caracterice actualmente, así mismo recuerde que no hay respuestas buenas ni malas, procure responder lo primero que se le venga a la mente.

1. Realizar ejercicio físico como caminatas durante al menos 30 minutos al día de forma continua, tal como lo indica mi medico es:

Muy Difícil _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ **Muy Fácil**

2. Depende de mí, comenzar a realizar caminata como actividad cardiovascular todos los días durante al menos 30 minutos continuos, tal como lo indico mi médico:

Totalmente en desacuerdo _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____
Totalmente de acuerdo

3. Menciona 5 obstáculos que te impedirían realizar ejercicio físico de caminata durante al menos 30 minutos al día

Apéndice Q. Escala de Intención Conductual sobre la Adherencia al Ejercicio Físico Cardiovascular

Instrucciones: Lea las siguientes afirmaciones y seleccione aquella que más se acerque a la cualidad que le caracterice actualmente, así mismo recuerde que no hay respuestas buenas ni malas, procure responder lo primero que se le venga a la mente

1. La probabilidad de que durante la semana entrante realice caminata como actividad cardiovascular todos los días durante al menos 30 minutos continuos, tal como lo indico mi médico.

0% 25% 50% 75% 100%

Apéndice R. Escala de Estilos de Afrontamiento hacia la Adherencia al Ejercicio Físico Cardiovascular

Instrucciones: Considerando que de acuerdo con las *recomendaciones médicas es importante realizar actividad física por 30 minutos continuos cada día, como por ejemplo caminata*), responde la siguiente escala, lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió usted durante la semana pasada, no piense mucho las respuestas, recuerde que no hay respuestas buenas ni malas.

| | 0 No de ninguna manera | 1 En alguna medida | 2 Generalmente, usualmente | 3 Siempre, en gran medida |
|--|---|---|---|--|
| 1. Intenté sentirme mejor haciendo caminatas más de 30 minutos al día. | | | | |
| 2. Soñé o imaginé que las cosas eran mejores cuando caminaba a diario por 30 minutos al día. | | | | |
| 3. Tuve el deseo de que mi flojera por hacer ejercicio terminará. | | | | |
| 4. Tuve fantasías o imaginé el modo en que puedo hacer ejercicio físico. | | | | |
| 5. Busqué un poco de esperanza, intentando mirar las cosas buenas del ejercicio físico. | | | | |
| 6. Me dije cosas que me ayudaron a sentirme mejor para hacer ejercicio físico. | | | | |
| 7. Me inspiré a hacer ejercicio de manera creativa. | | | | |
| 8. Cambié y maduré como persona al caminar diario por 30 minutos al día. | | | | |
| 9. Tuve fe en hacer el ejercicio que me corresponde. | | | | |
| 10. Seguí adelante con mi destino (simplemente algunas veces tengo mala suerte para hacer ejercicio físico). | | | | |
| 11. Seguí sin hacer ejercicio como si no hubiera pasado nada. | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 12. Me consolé pensando que las cosas podían ser peores si no hago ejercicio físico. | | | | |
| 13. Esperé a que ocurriera un milagro para que hiciera ejercicio por 30 minutos mediante caminatas. | | | | |
| 14. Trate de olvidarme por completo de que no estoy haciendo ejercicio físico. | | | | |
| 15. Esperé a ver qué pasaba antes de hacer ejercicio físico. | | | | |
| 16. Evité que los demás se enteraran de que no hago ejercicio físico. | | | | |
| 17. Me negué a creer que no estaba haciendo ejercicio físico. | | | | |
| 18. Me critiqué o cuestioné por no realizar el ejercicio físico. | | | | |
| 19. Me disculpé o hice algo para compensar el hecho de que no había realizado ejercicio físico. | | | | |
| 20. Me di cuenta de que yo mismo no quiero hacer ejercicio físico. | | | | |

Apéndice S. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)

Instrucciones: Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió usted la semana pasada. No piense mucho las respuestas, recuerde que no hay respuestas buenas ni malas.

| | |
|--|--|
| 1. Me siento tensa (o) o nerviosa (o) | |
| Todos los días | |
| Muchas veces | |
| A veces | |
| Nunca | |
| 2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba | |
| Como siempre | |
| No lo bastante | |
| Sólo un poco | |
| Nunca | |
| 3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder | |
| Definitivamente y es muy fuerte | |
| Sí, pero no es muy fuerte | |
| Un poco, pero no me preocupa | |
| Nada | |
| 4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas | |
| Al igual que siempre lo hice | |
| No tanto ahora | |
| Casi nunca | |
| Nada | |
| 5. Tengo mi mente llena de preocupaciones | |
| La mayoría de las veces | |
| Con bastante frecuencia | |
| A veces, aunque no muy a menudo | |
| Sólo en ocasiones | |
| 6. Me siento alegre | |
| Nunca | |
| No muy a menudo | |
| A veces | |
| Casi siempre | |
| 7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado (a) | |
| Siempre | |
| Por lo general | |
| No muy a menudo | |
| Nunca | |
| 8. Me siento como si cada día estuviera más lento | |
| Por lo general en todo momento | |

| | |
|--|--|
| No muy a menudo | |
| A veces | |
| Nunca | |
| 9. Tengo una sensación extraña, como de “aleteo” en el estómago | |
| Nunca | |
| En ciertas ocasiones | |
| Con bastante frecuencia | |
| Muy a menudo | |
| 10. He perdido el interés en mi aspecto personal | |
| Totalmente | |
| No me preocupo tanto como debiera | |
| Podría tener un poco más de cuidado | |
| Me preocupo al igual que siempre | |
| 11. Me siento inquieto (a), como si no pudiera parar de moverme | |
| Mucho | |
| Bastante | |
| No mucho | |
| Nada | |
| 12. Me siento optimista respecto al futuro | |
| Igual que siempre | |
| Menos de lo acostumbrado | |
| Mucho menos de lo acostumbrado | |
| Nada | |
| 13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico | |
| Muy frecuentemente | |
| Bastante a menudo | |
| No muy a menudo | |
| Nada | |
| 14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión | |
| A menudo | |
| A veces | |
| No muy a menudo | |
| Rara vez | |

Apéndice T. Cuestionario de Adherencia a la Alimentación Cardiosaludable (PREDIMED)

Instrucciones para la realización de la encuesta

Para cada alimento, marque el recuadro correspondiente al consumo realizado, junto a él figurará la puntuación que se tiene que reseñar en la parte derecha en la columna correspondiente. Al final se deben sumar todas las puntuaciones. Cuanto más cercano sea el resultado final a 0, mayor cumplimiento de las recomendaciones de una dieta cardiosaludable.

ENCUESTA DIETÉTICA EXTENSA DE “PREDIMED”

| HARINAS, CEREALES | Excepcionalmente, nunca | Varias veces semana | A diario | Puntuación |
|---|-------------------------|-----------------------|-----------------------|------------|
| Pan, arroz, pasta, maíz, papa, cereales de desayuno no chocolateados ni azucarados | n ₇ | n ₃ | n ₀ | |
| Pan integral, cereales integrales no chocolateados ni azucarados, galletas integrales caseras | n ₇ | n ₃ | n ₀ | |

| FRUTAS, VERDURAS | Excepcionalmente, nunca | Varias veces semana | A diario (*) | Puntuación |
|---------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|------------|
| Frutas | n ₇ | n ₃ | n ₀ | |
| Verduras, ensaladas | n ₇ | n ₃ | n ₀ | |

*El aporte combinado de frutas y verduras tiene que ser superior a 400 g al día.

| GRASAS | Excepcionalmente, nunca | Varias veces semana | A diario | Puntuación |
|--|-------------------------|-----------------------|-----------------------|------------|
| Aceite de oliva, aceite de aguacate, aceite de canola, aceite de ajonjolí y margarinas | n ₇ | n ₃ | n ₀ | |
| Manteca, tocino, mantequilla, aceite de coco, de palma, mayonesa y otros aderezos | n ₀ | n ₃ | n ₇ | |

| PAN | Excepcional- mente, nunca | ≤3 raciones por semana | ≥4 raciones por semana | Puntuación |
|--|------------------------------|---------------------------|---------------------------|------------|
| Bolillos, donas de chocolate o azucaradas, conchas de vainilla o chocolate, cuernitos o cualquier otro pan de caja, comercial (empaquetado) o de panadería | n 0 | n 3 | n 7 | |

| LÁCTEOS | Excepcional- mente, nunca | ≤3 raciones por semana | ≥4 raciones por semana | Puntuación |
|---|------------------------------|---------------------------|---------------------------|------------|
| Leche entera, leche condensada, leche evaporada, nata, yogur, quesos grasos, helados, malteadas | n 0 | n 3 | n 7 | |
| Leche deslactosada, leche light, yogur deslactosado, queso blanco | n 7 | n 3 | n 0 | |

| LEGUMBRES | Excepcional- mente, nunca | ≤3 raciones por semana | ≥4 raciones por semana | Puntuación |
|---|------------------------------|---------------------------|---------------------------|------------|
| Frijoles, garbanzos, lentejas, habas, chicharos, preparados sin grasas animales | n 7 | n 3 | n 0 | |

| SOPAS | Excepcional- mente, nunca | ≤ 3 raciones por semana | ≥4 raciones por semana | Puntuación |
|--|------------------------------|----------------------------|------------------------------|------------|
| Sopas espesas o muy cremosas con elevado aporte graso. Sopas comerciales | n 0 | n 3 | n 7 | |
| Caldo de gallina, consomé de borrego, consomé de cabrito | n 0 | n 3 | n 7 | |

| PESCADO | Excepcional- mente, nunca | ≤3 raciones por semana | ≥4 raciones por semana | Puntuación |
|--|------------------------------|---------------------------|---------------------------|------------|
| Pescado blanco o azul, fresco o congelado (sin piel) | n 7 | n 3 | n 0 | |

| MARISCO | Excepcional- mente, nunca | ≤3 raciones por semana | ≥ 4 raciones por semana | Puntuación |
|--|------------------------------|---------------------------|----------------------------|------------|
| Mejillones, pulpo, calamares, langosta, langostinos, almejas, ostras, ostiones | n 0 | n 0 | n 0 | |

| CARNES | Excepcionalmente, nunca | ≤3 raciones por semana | ≥4 raciones por semana | Puntuación |
|---|-------------------------|------------------------|------------------------|------------|
| Conejo, pollo, pavo | n ₀ | n ₀ | n ₀ | |
| Carne de res/ ternera (Arrachera, Bistec, T bone, Picaña, Ribeye), borrego, lomo de cerdo, jamón serrano, embutido de pavo, de pollo, salchichas de ternera, cabrito | n ₀ | n ₀ | n ₃ | |
| Pato, tocino, embutido en general (salchichas, longaniza, chorizo, mortadela, moronga), chuletas de res, de cordero, costilla de cerdo, jamón, vísceras (tripas, sesos, hígado, corazón). | n ₀ | n ₃ | n ₇ | |

| HUEVOS (Nota 1) | Excepcionalmente, nunca | ≤3 raciones por semana | ≥4 raciones por semana | Puntuación |
|-----------------|-------------------------|------------------------|------------------------|------------|
| Huevos | n ₀ | n ₀ | n ₀ | |

| CONSERVADORES | Excepcionalmente, nunca | ≤3 raciones por semana | ≥4 raciones por semana | Puntuación |
|--|-------------------------|------------------------|------------------------|------------|
| Conservas, salazones, frutos secos salados, mermeladas | n ₀ | n ₃ | n ₇ | |

| ADEREZOS | Excepcionalmente, nunca | ≤3 raciones por semana | ≥4 raciones por semana | Puntuación |
|---|-------------------------|------------------------|------------------------|------------|
| Mayonesa, mostaza, aderezos de ensaladas (Ranch, Blue cheese, Cesar, Vinagreta), cátsup | n ₀ | n ₃ | n ₇ | |

| DULCES | Excepcionalmente, nunca | ≤3 raciones por semana | ≥4 raciones por semana | Puntuación |
|--|-------------------------|------------------------|------------------------|------------|
| Chocolate, pasteles comerciales, dulces tradicionales (muéganos, dulces de leche, borrachitos, mazapán, tarugos), frutas cristalizadas, gomitas, dulces de caramelo macizo, chicles con azúcar | n ₀ | n ₃ | n ₇ | |

| FRUTOS SECOS | Excepcional-mente, nunca | ≤3 raciones por semana | ≥4 raciones por semana | Puntuación |
|---|--------------------------|------------------------|------------------------|------------|
| Ciruelas, pasas, higos, dátiles, almendras, avellanas, nueces, pepitas, piñones | n 7 | n 3 | n 0 | |

| ALIMENTOS PREPARADOS | Excepcional-mente, nunca | ≤3 raciones por semana | ≥4 raciones por semana | Puntuación |
|---|--------------------------|------------------------|------------------------|------------|
| Comidas rápidas (hamburguesas, pizza, tacos, garnachas fritas), comidas enlatadas | n 0 | n 3 | n 7 | |

| APERITIVOS | Excepcional-mente, nunca | ≤3 raciones por semana | ≥4 raciones por semana | Puntuación |
|--|--------------------------|------------------------|------------------------|------------|
| Papas fritas, chetos, galletas saladas, chicharrón de cerdo y botanas industriales | n 0 | n 3 | n 7 | |

| ALCOHOL | Diariamente | Puntuación |
|---|-------------|------------|
| Consumo de menos de 20 g/día en mujeres y 30 g/día en hombres. Equivalentes a una y dos copas de vino de 12º, respectivamente | n 0 | |
| Consumo de mayores cantidades alcohólicas | n 7 | |

| TOTAL ENCUESTA | Puntuación |
|----------------|------------|
| | |

| ANEXO (Nota 2) | | |
|---|-------------|------------|
| VALORACIÓN ÍNDICE DE MASA CORPORAL (Peso/talla en metros ²) | | Puntuación |
| NORMOPESO <25 | n 0 | |
| SOBREPESO I 25-27 | n 3 | |
| SOBREPESO II 27-30 | n 7 | |
| OBESIDAD >30 (**) | n 11 | |

** En caso de obesidad, si ha reducido más del 5% de su peso en los últimos 6 meses, restar 2 puntos

TOTAL ANEXO

TOTAL ENCUESTA + TOTAL ANEXO

(Nota 1) No se ha demostrado que el consumo de huevos esté relacionado con un incremento del riesgo cardiovascular. No obstante, por el elevado contenido de colesterol de la yema, en las recomendaciones de las diferentes guías se aconseja que su consumo sea de un máximo de tres ala semana.

(Nota 2) Se valora el IMC (Índice de masa corporal: peso/altura²), atribuyéndose una puntuación a este epígrafe que se sumará al total anterior. El objeto es introducir un factor de corrección que permita tanto en la evaluación dietética inicial como en los controles sucesivos, tener en cuenta que uno de los objetivos de la alimentación cardiosaludable es el conseguir un peso adecuado; y, aun con un consumo apropiado de alimentos cardiosaludables (aceite de oliva, frutos secos, pescado, legumbres, etc.), si su aporte calórico excede al consumo energético, se inducirá sobrepeso u obesidad, que es siempre desaconsejable; por el contrario, una disminución del aporte calórico en personas con sobrepeso u obesidad producirá reducciones ponderales que, aunque sean modestas, causarán un beneficio en términos de riesgo cardiovascular.

1. Cuestionario para evaluar el estilo de vida

| | | |
|----|---|--|
| 1. | ¿Consume un exceso de calorías, de alimentos que aumentan el colesterol (ácidos grasos saturados) o los triglicéridos (alcohol, azúcar)? | Hacer una encuesta alimentaria |
| 2. | ¿Tiene sobrepeso? | Calcular el índice de masa corporal |
| 3. | ¿Tiene obesidad abdominal? | Medir el perímetro de la cintura |
| 4. | ¿Lleva una vida sedentaria o activa? | Interrogatorio |
| 5. | ¿Es fumador? | Interrogatorio |
| 6. | ¿Presenta un síndrome metabólico asociado? | Valorar cinco factores: perímetro de cintura, presión arterial, glucemia, triglicéridos y colesterol HDL |

Apéndice U. Regresiones lineales paso por paso de los modelos propuestos
Regresión lineal múltiple paso por paso para explicar la Adherencia a la Alimentación
Cardiosaludable

Tabla 55

Análisis de regresión paso por paso prediciendo la adherencia a la alimentación cardiosaludable

| Paso | Variables predictoras | B | SE | β | Sig | IC 95% | Tolerancia | VIF |
|---------------|---|----------|-----------|---------------------------|------------|---------------|-------------------|------------|
| Paso 1 | Afrontamiento de evasión | .092 | .479 | .011 | .849 | -.852, 1.035 | .918 | 1.089 |
| | Afrontamiento de autofocalización negativa | 1.994 | .646 | .180 | .002 | .723, 3.266 | .941 | 1.062 |
| | Afrontamiento de análisis cognitivo reflexivo | -.802 | .278 | -.167 | .004 | -1.349, -.255 | .961 | 1.041 |
| Paso 2 | Afrontamiento de evasión | .253 | .480 | .031 | .599 | -.692, 1.197 | .902 | 1.108 |
| | Afrontamiento de autofocalización negativa | 1.618 | .665 | .146 | .015 | .310, 2.926 | .875 | 1.143 |
| | Afrontamiento de análisis cognitivo reflexivo | -.767 | .281 | -.159 | .007 | -1.320, -.214 | .924 | 1.082 |
| | Ansiedad | 1.050 | .414 | .185 | .012 | .235, 1.864 | .591 | 1.692 |
| | Depresión | -.554 | .502 | -.080 | .271 | -1.543, .435 | .598 | 1.672 |
| Paso 3 | Afrontamiento de evasión | .321 | .477 | .040 | .502 | -.617, 1.258 | .899 | 1.112 |
| | Afrontamiento de autofocalización negativa | 1.202 | .681 | .109 | .079 | -.138, 2.542 | .820 | 1.219 |
| | Afrontamiento de análisis cognitivo reflexivo | -.566 | .291 | -.118 | .053 | -1.138, .007 | .850 | 1.177 |
| | Ansiedad | .962 | .412 | .170 | .020 | .151, 1.772 | .586 | 1.705 |
| | Depresión | -.459 | .500 | -.066 | .359 | -1.443, .524 | .595 | 1.682 |
| | Intención | -1.196 | .491 | -.146 | .015 | -2.162, -.231 | .862 | 1.161 |
| Paso 4 | Afrontamiento de evasión | .266 | .492 | .033 | .588 | -.701, 1.234 | .849 | 1.178 |
| | Afrontamiento de autofocalización negativa | 1.171 | .693 | .106 | .092 | -.193, 2.536 | .795 | 1.258 |
| | Afrontamiento de análisis cognitivo reflexivo | -.551 | .298 | -.115 | .065 | -1.137, .035 | .815 | 1.227 |
| | Ansiedad | .878 | .417 | .155 | .036 | .057, 1.698 | .576 | 1.737 |

| | | | | | | | | |
|---------------|--|-------|------|-------|------|--------------|------|-------|
| | Depresión | -.416 | .507 | -.060 | .412 | -1.413, .581 | .582 | 1.719 |
| | Intención | -.961 | .551 | -.118 | .082 | -2.046, .125 | .685 | 1.459 |
| | Actitudes de disminución de alimentos no saludables | -.181 | .176 | -.082 | .304 | -.527, .165 | .489 | 2.043 |
| | Actitudes de aumento de alimentos cardiosaludables | .080 | .268 | .021 | .766 | -.447, .607 | .649 | 1.540 |
| | Norma subjetiva | .079 | .297 | .016 | .789 | -.504, .663 | .914 | 1.094 |
| | Control conductual | .991 | .788 | .073 | .210 | -.560, 2.541 | .924 | 1.083 |
| Paso 5 | Afrontamiento de evasión | .122 | .523 | .015 | .815 | -.907, 1.152 | .744 | 1.345 |
| | Afrontamiento de autofocalización negativa | 1.473 | .705 | .133 | .038 | .085, 2.861 | .761 | 1.314 |
| | Afrontamiento de análisis cognitivo reflexivo | -.573 | .297 | -.119 | .055 | -1.158, .011 | .810 | 1.234 |
| | Ansiedad | .724 | .426 | .128 | .091 | -.115, 1.563 | .545 | 1.834 |
| | Depresión | -.265 | .508 | -.038 | .603 | -1.265, .736 | .572 | 1.748 |
| | Intención | -.924 | .582 | -.113 | .113 | -2.068, .221 | .610 | 1.638 |
| | Actitudes de disminución de alimentos no saludables | -.262 | .178 | -.119 | .143 | -.612, .089 | .472 | 2.119 |
| | Actitudes de aumento de alimentos cardiosaludables | -.032 | .274 | -.008 | .908 | -.570, .507 | .616 | 1.622 |
| | Norma subjetiva | .208 | .343 | .041 | .545 | -.468, .883 | .676 | 1.479 |
| | Control conductual | .993 | .800 | .073 | .215 | -.581, 2.568 | .887 | 1.127 |
| | Creencias conductuales | 1.278 | .536 | .157 | .018 | .222, 2.334 | .711 | 1.407 |
| | Creencias normativas | -.340 | .277 | -.086 | .221 | -.885, .205 | .628 | 1.592 |
| | Creencias de control de autodeterminación alimenticia | -.061 | .231 | -.016 | .793 | -.515, .394 | .788 | 1.268 |
| | Creencias de control de barreras situacionales | -.152 | .225 | -.042 | .500 | -.596, .292 | .806 | 1.241 |

a. Variable dependiente: Puntuación de adherencia a la Alimentación Cardiosaludable

Regresión lineal múltiple paso por paso para explicar la Adherencia al Ejercicio Físico Cardiovascular

Tabla 56

Análisis de regresión paso por paso prediciendo la adherencia al ejercicio físico cardiovascular

| Paso | Variables predictoras | B | SE | β | Sig | IC 95% | Tolerancia | VIF |
|---------------|---|----------|-----------|---------------------------|------------|-------------------|-------------------|------------|
| Paso 1 | Afrontamiento de evasión | -274.057 | 100.363 | -.174 | .007 | -471.578, -76.536 | .813 | 1.229 |
| | Afrontamiento de reevaluación positiva | -45.813 | 53.417 | -.050 | .392 | -150.942, 59.315 | .966 | 1.035 |
| | Afrontamiento de análisis cognitivo reflexivo | 64.958 | 97.402 | .043 | .505 | -126.735, 256.652 | .790 | 1.266 |
| Paso 2 | Afrontamiento de evasión | -274.145 | 100.696 | -.174 | .007 | -472.326, -75.964 | .813 | 1.229 |
| | Afrontamiento de reevaluación positiva | -44.389 | 54.763 | -.049 | .418 | -152.168, 63.391 | .925 | 1.081 |
| | Afrontamiento de análisis cognitivo reflexivo | 57.268 | 101.750 | .038 | .574 | -142.988, 257.523 | .728 | 1.373 |
| | Ansiedad | 24.171 | 97.492 | .019 | .804 | -167.706, 216.047 | .574 | 1.742 |
| | Depresión | -6.578 | 116.636 | -.004 | .955 | -236.131, 222.976 | .599 | 1.671 |
| Paso 3 | Afrontamiento de evasión | -272.830 | 101.939 | -.173 | .008 | -473.461, -72.200 | .796 | 1.256 |
| | Afrontamiento de reevaluación positiva | -45.276 | 55.750 | -.050 | .417 | -155.000, 64.448 | .896 | 1.116 |
| | Afrontamiento de análisis cognitivo reflexivo | 57.413 | 101.936 | .038 | .574 | -143.212, 258.038 | .728 | 1.373 |
| | Ansiedad | 23.676 | 97.816 | .018 | .809 | -168.840, 216.192 | .572 | 1.748 |
| | Depresión | -5.548 | 117.404 | -.004 | .962 | -236.616, 225.521 | .593 | 1.687 |
| | Intención conductual | 23.942 | 268.416 | .005 | .929 | -504.340, 552.224 | .930 | 1.075 |

| | | | | | | | | |
|---------------|---|----------|---------|-------|------|------------------------|------|-------|
| | Afrontamiento de evasión | -268.416 | 99.953 | -.170 | .008 | -465.153, -71.679 | .734 | 1.362 |
| | Afrontamiento de reevaluación positiva | 1.799 | 54.980 | .002 | .974 | -106.418, 110.016 | .816 | 1.225 |
| | Afrontamiento de análisis cognitivo reflexivo | 29.010 | 98.120 | .019 | .768 | -164.119, 222.138 | .696 | 1.436 |
| | Ansiedad | 108.198 | 95.759 | .084 | .259 | -80.284, 296.679 | .529 | 1.891 |
| | Depresión | -110.136 | 114.894 | -.070 | .339 | -336.281, 116.010 | .548 | 1.823 |
| Paso 4 | Intención conductual | 460.545 | 297.780 | .103 | .123 | -125.573, 1046.663 | .670 | 1.493 |
| | Actitudes de interés percibido | 42.235 | 88.085 | .042 | .632 | -131.141, 215.612 | .387 | 2.587 |
| | Actitudes de complejidad percibida | 83.378 | 100.414 | .074 | .407 | -114.266, 281.022 | .375 | 2.667 |
| | Actitudes de necesidad percibida | -964.085 | 167.964 | -.417 | .000 | -1294.688, -633.482 | .559 | 1.789 |
| | Norma subjetiva | 45.898 | 80.574 | .033 | .569 | -112.696, 204.491 | .873 | 1.145 |
| | Control conductual | -84.872 | 203.929 | -.037 | .678 | -486.263, 316.520 | .365 | 2.737 |
| | Afrontamiento de Reevaluación positiva | -267.625 | 101.314 | -.170 | .009 | -467.052, -68.199 | .723 | 1.383 |
| | Afrontamiento de Análisis Cognitivo Reflexivo | 3.313 | 55.584 | .004 | .953 | -106.100, 112.726 | .808 | 1.238 |
| | Ansiedad | 19.663 | 102.567 | .013 | .848 | -182.230, 221.557 | .645 | 1.550 |
| Paso 5 | Depresión | 103.421 | 98.011 | .081 | .292 | -89.506, 296.348 | .511 | 1.957 |
| | Intención conductual | -104.388 | 116.679 | -.067 | .372 | -334.060, 125.284 | .538 | 1.858 |
| | Actitudes de interés percibido | 485.862 | 308.155 | .108 | .116 | -120.714, 1092.439 | .633 | 1.580 |
| | Actitudes de complejidad percibida | 43.080 | 90.698 | .043 | .635 | -135.450, 221.610 | .369 | 2.710 |

| | | | | | | | |
|---|----------|---------|-------|------|------------------------|------|-------|
| Actitudes de necesidad percibida | 82.817 | 102.529 | .073 | .420 | -119.002, 284.636 | .364 | 2.748 |
| Norma subjetiva | -972.662 | 171.994 | -.421 | .000 | -1311.217, -634.107 | .540 | 1.853 |
| Control conductual | 34.461 | 113.634 | .025 | .762 | -189.218, 258.140 | .444 | 2.250 |
| Afrontamiento de Reevaluación positiva | -83.974 | 215.805 | -.037 | .697 | -508.768, 340.820 | .330 | 3.029 |
| Creencias conductuales de bienestar físico cardiovascular | 8.267 | 81.491 | .008 | .919 | -152.141, 168.676 | .536 | 1.865 |
| Creencia conductual de bienestar disposicional | 42.935 | 129.275 | .025 | .740 | -211.532, 297.402 | .527 | 1.898 |
| Creencia Normativa | 12.559 | 95.565 | .011 | .896 | -175.552, 200.670 | .441 | 2.270 |
| Creencia de control de autodeterminación física | -37.564 | 67.756 | -.036 | .580 | -170.936, 95.808 | .698 | 1.434 |