

Universidad de Huelva

Departamento de Enfermería



Autoeficacia y rehabilitación cardíaca en atención primaria de salud

Memoria para optar al grado de doctor
presentada por:

José Antonio Madueño Caro

Fecha de lectura: 21 de mayo de 2020

Bajo la dirección del doctor:

Juan Gómez Salgado

Huelva, 2020





Universidad de Huelva

MEMORIA PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE DOCTOR POR LA UNIVERSIDAD DE HUELVA

AUTOEFICACIA Y REHABILITACIÓN CARDÍACA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Tesis doctoral

Huelva

2019



Doctorando: Antonio José Madueño Caro
Director: Prof. Dr. Juan Gómez Salgado



Universidad de Huelva

MEMORIA PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE DOCTOR POR LA UNIVERSIDAD DE HUELVA

AUTOEFICACIA Y REHABILITACIÓN CARDÍACA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Tesis doctoral

Huelva

2019



Doctorando: Antonio José Madueño Caro
Director: Prof. Dr. Juan Gómez Salgado

Antonio y Carmen, quienes me enseñaron a caminar,
leer y vivir en los valores que me guían.

Ana, lo vivimos juntos, entre tantos momentos.

Agradecimientos

A **Juan Gómez Salgado**, director de este trabajo, compañero y amigo, por haber llevado sobre sí entusiasmo y motivación cuando me sentí débil, por su maestría y competencia, conocimiento, humildad, paciencia y empatía.

A **Carlos Guillén Gestoso**, quien supo verme por dentro, y sembró en mi camino confianza y expectativa.

A mis queridos médicos residentes, **Manuel, Marta y Laura**, que me ayudaron de forma imprescindible en el trabajo de campo de la investigación que este texto alberga.

A **Manuel Mellado**, por su compañera y desinteresada ayuda en el inicio de este camino.

A **Enrique Otero Chulian**, por haberme permitido acercarme a la rehabilitación cardíaca hospitalaria.

A **Juana Delgado Pacheco**, por el entusiasmo con el que contagia la profesión enfermera.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Adherencia terapéutica

Período de tiempo en el cual el comportamiento de una persona coincide con la recomendación médica o sanitaria.

Autoeficacia

Confianza que tiene una persona en la posesión de la capacidad que posee para hacer las actividades que trata de llevar a cabo.

Atención Primaria (AP)

Asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, al alcance de los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La AP constituye el recurso central y núcleo principal del sistema nacional de salud.

Conducta

Hace referencia al comportamiento directamente observable por los demás.

Comunidad

Grupo de personas que residen juntas en asociación estrecha; grupo de personas con quienes un individuo se reconoce como fuente de identidad y apoyo potencial.

Cuidados Enfermeros

Proceso de inter relación entre las personas que lo reciben y la enfermera que responde a sus necesidades de atención. Todas las actividades de Enfermería emanan del compromiso de cuidar de una persona y crear respeto por la condición especial y propia de cada una.

Enfermería Comunitaria

Combina elementos de atención primaria de enfermería y la práctica de salud pública, desarrollándose principalmente fuera de la institución terapéutica. La responsabilidad dominante es la población como un todo.

Enfermera gestora de casos

Profesional cuya competencia principal es la coordinación de los procesos de colaboración que valoran, planifican, aplican, monitorizan y evalúan las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y recursos disponibles para promover resultados de calidad y coste-efectivos

Educación para la salud (EpS)

Es un instrumento de la promoción, que comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente y destinadas a mejorar el conocimiento con relación a su salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad. La EpS representa esencialmente una acción ejercida sobre los individuos para llevarles a modificar sus comportamientos.

Equipo de salud

Asociación no jerarquizada de personas con un objetivo común, que es el de promover en cualquier ámbito, a los pacientes y familias la atención más integral de salud posible.

Investigación

Proceso sistemático, organizado y objetivo, cuyo propósito es responder a una pregunta o hipótesis y así aumentar el conocimiento y la información sobre algo desconocido.

Médico de familia

Especialista en medicina familiar y comunitaria, especialidad reconocida en

España por el ministerio de Sanidad desde 1978.

Modelo biomédico

Inspirado en el dualismo mente-cuerpo, donde la salud y la enfermedad eran vistas como una cuestión meramente bioquímica.

Modelo biopsicosocial

Propuesto por Engel en 1977 con un acercamiento más comprensivo, abarcando los factores biológicos, psicológicos y sociales como determinantes en la interacción de la salud y la enfermedad.

Modelo salutogénico

Propuesto por Aarón Antonovsky (1979), constituyendo actualmente una de las teorías más relevantes y con más trascendencia en la nueva conceptualización de salud

Rehabilitación Cardíaca

Suma de todas las medidas necesarias para proporcionar al paciente pos-infarto de miocardio las mejores condiciones físicas, psicológicas y sociales que le permitan recuperar una posición normal en la sociedad y una vida tan activa y productiva como sea posible

Resiliencia

Concepto que engloba procesos de adaptación del ser humano ante situaciones adversas, que condicionan la autonomía y/o funcionalidad.

Salud

Estado completo de bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedades (World Health Organization –WHO-, 1948).

Salud Comunitaria

Aquellas actividades relacionadas con el mantenimiento y la mejora del estado

de salud de los grupos de la comunidad.

Sentido de Coherencia

Capacidad del ser humano para utilizar los recursos generales de resistencia.

Teoría

Conjunto de elementos y variables que, mediante conceptos, definiciones y proposiciones interrelacionadas expresan una visión sistemática de un fenómeno.

Teoría general de Sistemas

Estudio interdisciplinario que surgió a mediados del siglo XX con el objetivo de encontrar las propiedades comunes a entidades (sistemas) que se presentan en todos los niveles de la realidad.

Teoría Social Cognitiva

Según la cual la motivación y acción humanas están reguladas en gran medida por las creencias de control.

Recursos Generales de Resistencia

Factores biológicos, materiales y psicosociales que hacen más fácil a las personas percibir su vida como coherente, estructurada y comprensible. Los típicos Recursos Generales de Resistencia son el dinero, el conocimiento, la experiencia, la autoestima, los hábitos saludables, el compromiso, el apoyo social, el capital cultural, la inteligencia, las tradiciones y la visión de la vida.

GLOSARIO DE SIGLAS, ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

AE	Atención especializada
AP	Atención primaria
CRI	Inventario de rehabilitación cardíaca
CS	Centro de salud
(CSE)	Cardiac Self-Efficacy Scale
DE	Desviación estándar
EAP	Equipo de atención primaria
EC	Enfermedad coronaria
EPES	Empresa pública de emergencias sanitarias
EGA	Escala general de Autoeficacia
DCCU	dispositivos de cuidados críticos
FCE	Frecuencia cardíaca de entrenamiento
HDL	Colesterol rico en lipoproteínas de alta densidad
IC	Intervalo de confianza
IMC	Índice de masa corporal
IAM	Infarto agudo de miocardio
LDL-c	Colesterol rico en lipoproteínas de baja densidad
MET	Cuantificación del consumo de oxígeno por unidad de peso y minuto (en kilogramos)
mmHg	Milímetros de mercurio
NANDA	NANDA North American Nursing diagnosis Association.
Na⁺/K⁺	Sodio/Potasio
NIC	Nursing Interventions Classification
NLM	National library of medicine
NOC	Nursing Outcomes Classification
OMS	Organización Mundial de la Salud, constituida en la Conferencia Internacional de la Salud, celebrada en Nueva York, en julio de 1946, con representación de 61 países.
PPRC	Programas de prevención y rehabilitación cardíaca
RC	Rehabilitación cardíaca
RGRs	Recursos generales de resistencia
SAS	Servicio andaluz de salud
SC	Sentido de coherencia
TGS	Teoría general de sistemas

RESUMEN

Título

Autoeficacia y rehabilitación cardíaca en atención primaria de salud.

Antecedentes

La autoeficacia ha sido matizada en su definición como percibida si lo es “referida a las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para manejar situaciones futuras”.

Como concepto, se engloba en la denominada psicología global del profesor Albert Bandura, existente desde 1986 y ya desde entonces nominada tal que “teoría cognitivo social”.

Las fuentes de creencia en relación a la autoeficacia personal, lo son en las denominadas áreas de “dominio”, “vicarias”, y en la “persuasión social”.

El concepto de eficacia percibida es también una variable dependiente en resultados de salud, resultado de acciones de fomento de la misma. La expectativa de autoeficacia pueda ser un mediador cognitivo de la respuesta de un individuo ante situaciones potencialmente estresantes, donde interviene la activación de sistemas biológicos que median la salud y la enfermedad) y también relacionadas con variables cognitivas o propias de emociones que modulan el esfuerzo y la persistencia en las conductas seleccionadas por el individuo.

Parece haberse evidenciado la relación directamente proporcional entre los niveles de percepción de autoeficacia en los sujetos, y su funcionamiento y bienestar.

Así, parece probado el que la ejecución de conductas de prevención para con la salud, se da en mayor medida en sujetos con sentimiento de percepción de

autoeficacia mayor, pretendiendo así autocuidados precoces y creencia en su eficacia.

Los trastornos cardiovasculares, y más específicamente la cardiopatía isquémica, siguen encontrándose entre las principales causas de mortalidad, al menos en los países con mayor desarrollo económico.

Es suficiente razón para justificar la atención a las personas que han padecido un ataque cardíaco y que deben enfrentarse al complicado proceso de rehabilitación que tal hecho aconseja.

En nuestro país, también es el trastorno o enfermedad cardiovascular la primera causa de mortalidad, a pesar de que son sobradamente conocidos, incluso por la mayor parte de la población, los denominados factores de riesgo prevenibles o susceptibles de ser modificados. Se deduce en lógica, y en posibilidades de acción desde las políticas sanitarias, posibilidades de mejora en el ámbito de la prevención para con trastornos prevalentes, con alta incidencia y con elevado impacto en la morbimortalidad de la población.

La rehabilitación cardíaca (RC) extra hospitalaria es altamente rentable en términos de coste-eficacia, y debería ser apuesta en la organización de los servicios sanitarios de prevención secundaria, para con pacientes afectos de eventos cardíacos (infarto de miocardio, bypass aorto coronario, intervenciones coronarias percutáneas, recambio o reparación valvular o han recibido un trasplante de corazón). La rehabilitación cardíaca ha demostrado en diversos ejercicios metodológicos, la reducción de mortalidad en su población diana, hasta en un 32%.

Muchos problemas que se presentan tras la ocurrencia de un ataque cardíaco derivan de las dificultades de adaptación a los cambios consecuentes en el entorno del paciente y/o su incapacidad para la modificación de comportamientos de riesgo coronario. Los factores psicológicos constituyen sin duda parte relevante de las estrategias de cuidados para la prevención secundaria en pacientes con eventos cardíacos. Las creencias y los sentimientos emocionales de los pacientes respecto de

sus propias respuestas a su enfermedad y a su tratamiento pueden afectar al resultado de las intervenciones en RC. Se hace evidente entonces el que conseguir los objetivos marcados en RC, sumando a las actuaciones médicas, deben estar presentes intervenciones psicológicas que contribuyan a disminuir el impacto del evento cardíaco y a mejorar también la adherencia a cambios de estilos de vida beneficiosos para el individuo.

Hipótesis

Una intervención multidimensional, sistematizada, llevada a efecto en el escenario de actuación de la atención primaria y su población, que han concluido actividades de RC hospitalaria, mejora el nivel de autoeficacia percibida en relación con su enfermedad y su estado emocional.

Objetivos

Objetivo principal

Determinar el efecto de una intervención en rehabilitación cardíaca sobre la autoeficacia percibida, en el escenario de actuación de la atención primaria, a pacientes que han sufrido evento cardíaco.

Objetivos secundarios

Conocer rasgos de personalidad en pacientes que han sufrido infarto de miocardio, y posibles asociaciones con cuestionarios de ansiedad y/o depresión.

Metodología

Ensayo clínico, controlado y aleatorizado, en atención primaria de salud. Se seleccionan a todos los sujetos pacientes que han completado intervención programada en rehabilitación cardiológica hospitalaria durante un año natural. Se

determina el tamaño de la muestra teniendo en cuenta la diferencia de puntuaciones medias entre los grupos a comparación, aplicando la escala de Autoeficacia general de eficacia de Baessler & Schwarner. Se acepta como resultado clínicamente relevante una diferencia de puntuación media entre grupos de 6 puntos. Potencia del test del 80%.

Intervención: los sujetos asignados a grupo intervención realizan una serie de visitas sucesivas programada durante 12 meses, asistidos por médicos de familia.

Resultados

La variable dependiente principal fue la diferencia de puntuación entre grupos, comparando medias, antes y después de la intervención, en la escala general de autoeficacia de Baessler & Schwarner. Variables psicométricas registradas fueron el cuestionario de personalidad de Salamanca, la escala de ansiedad de Hamilton, y el inventario de depresión de Beck. De un total de 104 pacientes seleccionados, aceptan participar 95, de los cuales, terminaron el periodo de estudio, y se incluyeron a análisis 89, (nivel de respuesta del 93'68%), con una edad media de 63'01 años (*DE* 8'75). Tras calcular la estimación y el contraste de hipótesis para medias poblacionales entre grupos se apreció diferencia de medias de 6'0972 puntos entre los grupos de intervención y de control ($p < 0'0053$, IC 95% -4'1950 a -10'29), resultado de un aumento de 3'3750 puntos de media en el grupo de intervención (desviación estándar 7'01), y un descenso de 2'7222 puntos de media (desviación estándar 7'19), en el grupo de control. Las diferencias de puntuación en la escala de Hamilton no fueron significativas ($p < 0'943$) como tampoco lo fueron en relación al inventario de depresión de Beck ($p < 0'8987$).

Discusión

Atendiendo a los datos obtenidos de la investigación, hay tendencia al incremento en la autoeficacia general percibida para con su salud, en aquellos

pacientes, que realizan programas de intervención sistematizada, en el escenario de la atención primaria.

Conclusiones

La inclusión en programas de rehabilitación cardíaca realizados en atención primaria mejora la autoeficacia general percibida de pacientes que han sufrido eventos cardíacos.

Palabras clave: Rehabilitación cardíaca; atención primaria; autoeficacia.



ABSTRACT

Title

Self-efficacy in patients after Cardiac Rehabilitation program in Primary Care.

Background

Self-efficacy is defined as “that refers to beliefs in one’s own abilities to organize and execute the courses of action required to handle future situation”.

As a concept, is included within the global psychological theory of Bandura, known since 1986 as “social cognitive theory”. The sources of belief in relation to personal self-efficacy are in the “domain”, “vicarious” experiences, and in “social persuasión”.

The expectation of self-efficacy or perceived efficacy is an important determinant of health-promoting behaviour, as well as a cognitive mediator of the stress response (people's confidence in their ability to handle the stressors they face activate the systems biological factors that mediate health and disease) and as cognitive-motivational variables that regulate effort and persistence in the chosen behaviors (exercises direct control over aspects of modifiable health behavior).

Research reveals that high levels of self-efficacy have beneficial consequences for the functioning of the individual and their general well-being.

In relation to preventive health behaviors, individuals with high perceived self-efficacy are more likely to initiate preventive care, seek early treatment and be more optimistic about the efficacy of these.

Cardiovascular disorders, and more specifically ischemic heart disease, continue to be one of the three leading causes of death among adults in most developed countries. It is enough reason to justify the attention to people who have

suffered a heart attack and who must face the complicated process of rehabilitation that such a fact advises. Cardiovascular disease is the leading cause of death in Spain, despite the fact that most of the risk factors are known and modifiable. Therefore, it is necessary to act with intensity in a disease that is very frequent, that produces a lot of morbidity and mortality and in which it is possible to reduce its prevalence, if effective preventive and rehabilitative activities are carried out.

Out-of-hospital cardiac rehabilitation (RHC) is cost-effective and should be considered a part of the subacute care regimen provided to patients who have had a myocardial infarction, coronary artery bypass, percutaneous coronary interventions, valve replacement or repair, or have received a transplant of heart. Cardiac rehabilitation is able to reduce the mortality of people with coronary disease between 20 and 32%. Many problems that occur after the occurrence of a heart attack derive from the difficulties of adaptation to the consequent changes in the patient's environment and / or their inability to modify coronary risk behaviours.

The psychological factors play a greater role in the course and in the treatment of the cardiovascular event. The beliefs and emotional feelings of patients regarding their own responses to their illness and its treatment can affect the outcome of the interventions in RHC. It seems therefore that for the achievement of all the objectives of the RHC, besides the medical intervention, it is necessary the psychological attention that contributes to palliate the adverse consequences of the cardiac event and to the achievement of an adequate adherence to healthy behaviours that diminish the risk of subsequent cardiac events.

Hypothesis

A multidimensional intervention, systematized, carried out in the field of primary care to patients, who have completed hospital HHRR activities, can improve the level of perceived self-efficacy in relation to their illness and their emotional state.

Objetives

Main goal

To determine the effect on perceived self-efficacy of an intervention in cardiac rehabilitation, in the field of primary health care, for patients who have suffered a cardiac event.

Secondary objectives

Know personality traits in patients who have suffered myocardial infarction, and possible associations with anxiety and/or depression questionnaires.

Methodology

Open, controlled and randomized community trial in primary health care. All patients who have completed a cardiac rehabilitation program during a calendar year are selected.

Intervention: the subjects assigned to the intervention group carried out a series of successive visits scheduled for 12 months, assisted by family doctors.

Results

The main dependent variable was the difference in score between groups, comparing Medias, before and after the intervention, in the general self-efficacy scale of Baessler & Schwarner. The psychometric variables recorded were the Salamanca personality questionnaire, the Hamilton anxiety scale, and the Beck depression inventory. Out of a total of 104 selected patients, 95 participants were accepted, of which, the study period ended, and 89 analyses were included (response rate 93'68%), with an average age of 63'01 years (SD 8'75). Following the end of the study, and as its main outcome, a difference of 6.0972 points ($p < 0'0053$, 95% CI 4'1950 to 10'29) was detected after estimation and contrast of hypotheses for population means

between groups, with the intervention group being the one that showed a higher score improvement.

Differences in the score on the Hamilton scale were not significant ($p < 0.943$) nor were they significant in relation to the Beck depression inventory ($p < 0.8987$).

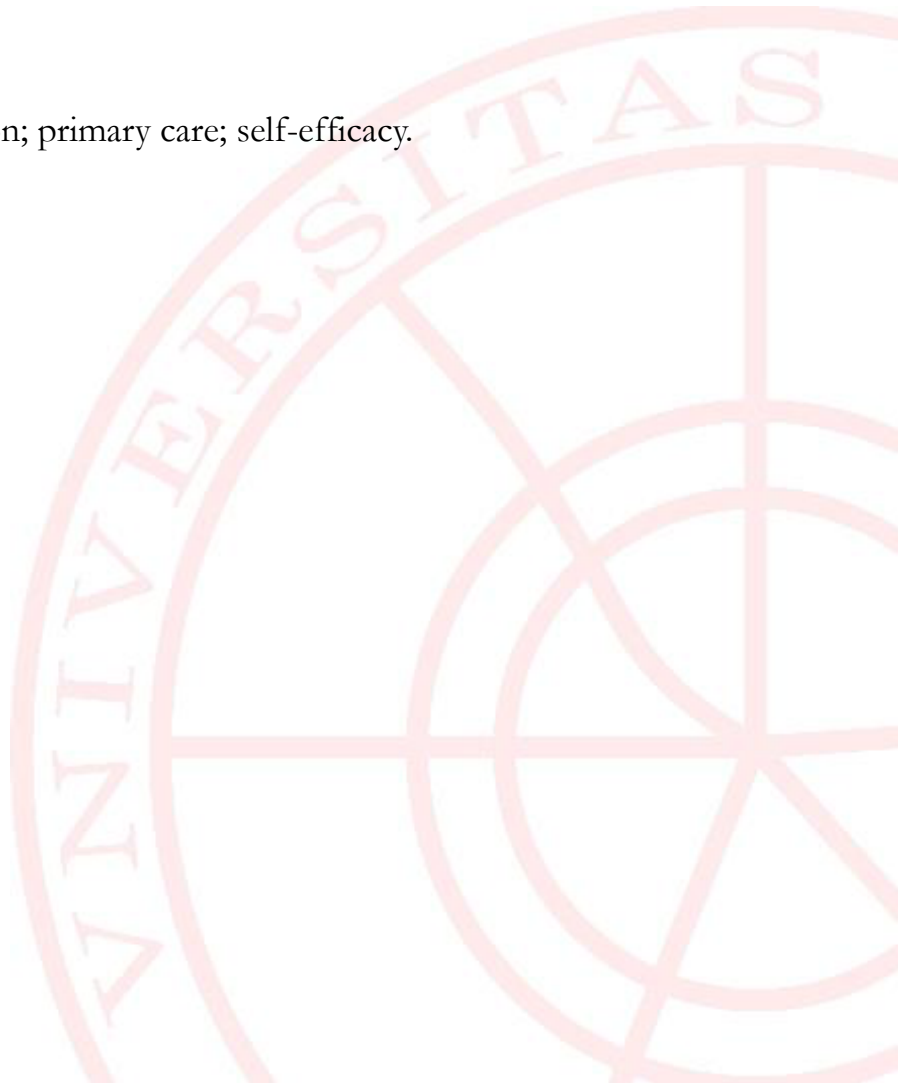
Discussion

Considering the results of the research, there is a tendency towards improvement in the general self-efficacy perceived for their health, in those patients, who carry out systematized intervention programs, in the field of primary care.

Conclusions

Inclusion in cardiac rehabilitation programs performed in primary care improves the perceived general self-efficacy of patients who have suffered cardiac events.

Keywords: Cardiac rehabilitation; primary care; self-efficacy.

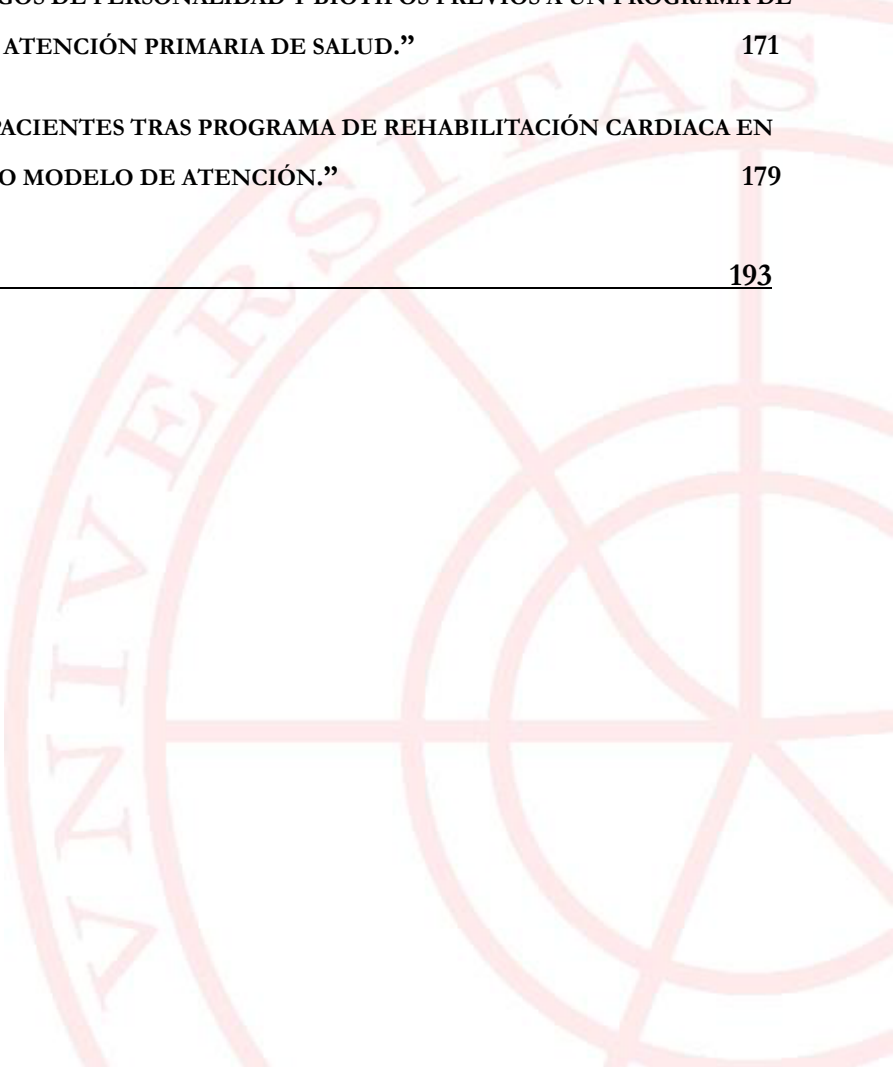


INDICE DE CAPÍTULOS

RESUMEN	9
ABSTRACT	14
1. INTRODUCCIÓN	23
1.1 AUTOEFICACIA. CONCEPTO	24
1.1.1 FUENTES DE LAS CREENCIAS DE AUTOEFICACIA	25
1.1.2 PROCESOS INFLUIDOS POR LA AUTOEFICACIA	26
1.1.3 AUTOEFICACIA PERCIBIDA	27
1.2 AUTOEFICACIA Y SALUTOGÉNESIS. CONVERGENCIA DENTRO DEL MODELO BIOPSIICOSOCIAL	28
1.2.1 EL MODELO SALUTOGÉNICO: APORTACIÓN A LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.	33
1.2.2 CONVERGENCIA DESDE EL MODELO PSICOSOCIAL EN LA RESILIENCIA	35
1.3 AUTOEFICACIA Y SALUD	36
1.3.1 ALBERT BANDURA	36
1.3.2 HÁBITOS DE SALUD, CONDUCTAS SALUDABLES Y AUTOEFICACIA	42
1.3.3 AUTOEFICACIA Y SU RELACIÓN CON EL ESTRÉS	45
1.3.4 AUTOEFICACIA Y EJERCICIO	46
1.3.5 AUTOEFICACIA Y DOLOR	47
1.3.6 AUTOEFICACIA Y DEPRESIÓN	48
1.4 REHABILITACIÓN CARDÍACA	50
1.4.1 REHABILITACIÓN CARDÍACA.	50
1.4.2 EPIDEMIOLOGÍA DE LA REHABILITACIÓN CARDÍACA. SITUACIÓN EN ESPAÑA.	58
1.4.3 REHABILITACIÓN CARDÍACA EN ATENCIÓN PRIMARIA.	61
1.4.4 PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN SOBRE LA AUTOEFICACIA EN REHABILITACIÓN CARDÍACA.	66
1.4.5 ACTIVIDAD FÍSICA EN LA FASE III EN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA.	70
1.4.6 NUTRICIÓN EN LA FASE III DE LA REHABILITACIÓN CARDÍACA	77
1.4.7 DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN FASE III DE REHABILITACIÓN CARDÍACA.	78
1.4.8 ENFERMERÍA EN LA FASE III DE LA REHABILITACIÓN CARDÍACA	79
1.4.9 ADHERENCIA	84
1.4.10 CATÁLOGO DE RECURSOS PRECISOS PARA INICIAR PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CARDÍACA EN ATENCIÓN PRIMARIA	85
2. ANTECEDENTES. INVESTIGACIONES EN AUTOEFICACIA Y SALUD	87

3. METODOLOGÍA	91
3.1 FUENTES DE INFORMACIÓN	91
3.2 MEDIDA DE LA AUTOEFICACIA EN SALUD	94
4. HIPÓTESIS	97
4.1 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN	97
4.2 OBJETIVO PRINCIPAL	97
4.3 OBJETIVOS SECUNDARIOS	97
4.4 DISEÑO	97
4.5 ÁMBITO DE ESTUDIO	97
4.6 PARTICIPANTES Y DURACIÓN DEL ESTUDIO	98
4.7 TAMAÑO MUESTRAL Y PROCEDIMIENTO DE ALEATORIZACIÓN	99
4.8 VARIABLES	100
4.9 INTERVENCIÓN	101
4.10 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	115
4.11 ASPECTOS ÉTICOS	116
5. RESULTADOS	119
6. DISCUSIÓN	125
6.1 LIMITACIONES DEL ESTUDIO	128
7. CONCLUSIONES	131
8. CONCLUSIONS	1313
9. ANEXOS	135
9.1 ANEXO I. ESCALA DE AUTOEFICACIA. RALF SCHWARZER & MATTHIAS JERUSALEM, 1993	137

9.2 ANEXO II. CUESTIONARIO DE SCREENING DE RASGOS DE PERSONALIDAD SALAMANCA	139
9.3 ANEXO III. ESCALA PARA LA ANSIEDAD DE HAMILTON	143
9.4 ANEXO IV. INVENTARIO PARA LA DEPRESIÓN DE BECK.	145
9.5 ANEXO V. HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE.	149
9.6 ANEXO VI. MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	153
9.7 ANEXO VII. AUTORIZACIÓN COMITÉ DE ÉTICA DE REFERENCIA.	155
10. INDICIOS DE CALIDAD	157
<hr/>	
10.1“A COMPREHENSIVE PHASES I AND II CARDIAC REHABILITATION PROGRAM PRODUCES FUNCTIONAL AND BIOCHEMICAL BUT NOT BIOTYPES IMPROVEMENTS. A PILOT STUDY.”	159
10.2“PERSONALITY TRAITS AS A RISK FACTOR ON CARDIAC EVENTS: NEW OPPORTUNITY ON COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY IN CARDIAC REHABILITATION.”	163
10.3“PERCEVEIDED SELF-EFFICACY IN PATIENTS AFTER A CARDIAC REHABILITATION PROGRAM IN PRIMARY CARE.”	167
10.4“AUTOEFICACIA PERCIBIDA, RASGOS DE PERSONALIDAD Y BIOTIPOS PREVIOS A UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.”	171
10.5“AUTOEFICACIA PERCIBIDA EN PACIENTES TRAS PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA EN ATENCIÓN PRIMARIA: UN NUEVO MODELO DE ATENCIÓN.”	179
11. BIBLIOGRAFÍA	193
<hr/>	



1. INTRODUCCIÓN

La autoeficacia percibida ha sido conceptualizada como “la referida a las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para manejar situaciones futuras” (1).

La salud es un derecho, y para promoverla y garantizarla, dentro del contexto de la salud pública, histórica y actualmente se han propuesto intervenciones multisectoriales, desde perspectivas políticas o legislativas, alcanzando otras medidas sectoriales, estructurales, de programa o normativas (2).

Siendo el objetivo principal de este texto, comprobar la utilidad de la medición de la variable “autoeficacia percibida” para objetivar la capacidad de los individuos que padecen enfermedades crónicas, o que deben adaptarse a una nueva situación vital tras sufrir un evento agudo, u organizar y ejecutar acciones requeridas frente a situaciones futuras, y hacerlo integrado en un sistema sanitario que propone y promueve la mejora en términos de salud y el propio cuidado, se hace necesario buscar referencia teórica explicativa en los denominados “Modelos” o “Teorías”.

Estos ofrecen, además de las “evidencias” y la “evaluación”, los fundamentos sobre los que se cementan acciones profesionales multidisciplinares en salud pública (3). El aval de referencia, sea modelo o teoría, puede facilitar la comprensión de fenómenos epidemiológicos, de dilemas o conflictos en salud pública, de cómo las poblaciones o colectivos modifican sus estilos de comportamiento más o menos saludables, de la misma manera que las variables contextuales que los que estos cambios de comportamiento suceden (4). Entender o explicar la influencia de variables predisponentes o determinantes del comportamiento humano y o social, y la medida en que impactan sobre la salud, precisa de ejercicios metodológicos que evalúen las propuestas nacidas de estrategias que promuevan la salud pública (5).

Una “teoría” es un conjunto de elementos y variables que, mediante conceptos, definiciones y proposiciones interrelacionadas expresan una visión

sistemática de un fenómeno y que, además, especifica las relaciones entre tales elementos y variables, con el propósito de explicarlo (6). La teoría también se define como el “conocimiento sistemáticamente organizado que es aplicable a una variedad relativamente amplia de circunstancias para analizar, prever o explicar la naturaleza o comportamiento de un fenómeno y que además puede ser usado como la base para la acción, pues es allí donde por lo general se valida” (7).

1.1 Autoeficacia. Concepto

El concepto de autoeficacia tiene una relevancia singular en la psicología contemporánea. Albert Bandura ha sido sin duda alguna, el autor que más ha influido en el desarrollo de este concepto y sus aplicaciones (8). Investigadores y teóricos han conceptualizado sobre la “autoeficacia” desde perspectivas teóricas diferentes, pero manteniendo el primer y último objetivo sobre cuán efectivo podría ser para los sujetos poder mejorar su capacidad de afrontamiento antes escenarios estresantes.

Bandura (1), plantea que la autoeficacia “percibida” debe ser conceptualizada de manera específica. Considera para este término diferentes cogniciones, que desde el procesamiento de la propia información y de forma cambiante, influyen en la misma. Así, la define como el grado de confianza que un individuo tiene en desarrollar capacidades para realizar acciones que pretende.

La autoeficacia como concepto, se engloba dentro de la denominada “teoría psicológica global” del profesor Albert Bandura, publicada en 1986 y también sinónima de la denominada teoría cognitivo social (9). La misma, pretende desarrollarse siguiendo el denominado “principio del determinismo triatido”, por el cual los mecanismos de procesamiento mental individuales resultan ser la suma de factores tanto de la propia persona, como de los escenarios contextuales, así, físicos o sociales, además del propio comportamiento.

Todo lo cognitivo o resultado del pensamiento conforma al factor personal (expectativas, causalidades atribuidas, intencionalidad). Así también, las propias

capacidades o habilidades (intelectuales, motoras, sociales y auto reguladoras) y finalmente, las emociones.

Dentro de los escenarios situacionales se incluirían el ambiente en el que se produce el comportamiento, y también sus consecuencias, actuando estos como estímulos propios, y por demás, los recursos materiales precisos para se lleve a cabo. El “comportamiento o conducta” se refiere a lo que es observable de forma objetiva por terceros. Desde esta perspectiva no solo la autoeficacia y las expectativas de resultados son determinantes del comportamiento, también los incentivos, las habilidades precisas y los recursos necesarios (9).

1.1.1 Fuentes de las creencias de autoeficacia

Quizá la herramienta más eficaz para favorecer en un sujeto la percepción de autoeficacia sea la que conforman las denominadas **“experiencias de dominio”**. Estas aportan evidencias sobre cuando un individuo dispone de lo preciso para conseguir un objetivo (10,11). De un lado, los “éxitos” alimentan una fuerte creencia en relación a la capacidad de acción personal; de otro, los “fracasos” por el contrario, la reducen. Cuando los individuos experimentamos sensación de consecución o éxito de una forma sencilla podemos llegar a esperar que se produzca con inmediatez de nuevo, ocurriendo lo contrario, es decir, apareciendo sensación de no motivación para realizar nuevos intentos de consecución de un objetivo, si experimentamos un fracaso. El sentimiento de eficacia precisa que se llegue a la experiencia en afrontar y superar los obstáculos gracias a la perseverancia.

Otra forma de alimentar o cimentar nuestras creencias de eficacia son las denominadas **“experiencias vicarias”** que se describen en diversas teorías o conductas sociales que otros experimentan o realizan.

La **“persuasión social”** vendría a representar la tercera manera de aumentar la percepción de los sujetos en relación a sus capacidades para conseguir satisfacción

o éxito en la ejecución de una tarea u objetivo. Cuando se es capaz de persuadir a un sujeto de sus posibilidades o potencial para controlar o dominar situaciones específicas, este es más capaz de esforzarse y que este esfuerzo se sostenga en el tiempo.

Las variables que se utilizan dentro del campo de la psicología representan un papel muy importante correlacionando con el funcionamiento de la propia salud y con actividades que precisas de esfuerzo individual, físico o psicológico. El ánimo, y sus variaciones también pueden correlacionar influyendo en las propias creencias del individuo sobre su capacidad y eficacia en diferentes ámbitos del comportamiento (1).

1.1.2 Procesos influidos por la autoeficacia

La creencia de un individuo en su propia eficacia contribuye a su comportamiento a través de la influencia de cuatro vectores o procesos principales. Así se describen vectores motivacionales, afectivos, cognitivos y selectivos.

Procesos motivacionales: en el ser humano, la motivación hacia una determinada conducta suele generarse en el pensamiento, esto es, mediante cognición. Podemos motivarnos a nosotros mismos y dirigir nuestras conductas mediante la anticipación del pensamiento. Podemos desarrollar nuestras creencias sobre lo que podamos o no hacer, predecimos de forma anticipada el resultado posible de nuestra conducta, y marcamos objetivos a conseguir desde nuestra previa planificación.

Procesos selectivos: de forma lógica, tendemos a huir de la realización de actividades o de situaciones contextuales que entendamos difíciles de controlar, o incómodos para integrarse en ellos. Por ello, y atendiendo al sentimiento de eficacia percibida, ante situaciones o tareas difíciles pensamos en nuestras propias debilidades, en los obstáculos que encontraremos o en los resultados que de forma

no deseada resulten. Las personas con alto sentimiento de eficacia enfocan las tareas difíciles como retos alcanzables y no como amenazas (12).

Procesos cognitivos: la conducta humana, que en gran medida tiende a conseguir un fin, se auto regula anticipando cognitivamente los objetivos deseados. Siendo mayor la sensación de eficacia personal, aceptaremos retos de mayor dificultad en alcanzar, y de forma proporcional incrementaremos el esfuerzo por conseguirlos (13).

Procesos relacionados con el afecto: el individuo deja de forma inconsciente que las emociones como el estrés o tristeza se vean influidas por las propias capacidades de actuar. Así, estas condicionan nuestras experiencias en situaciones de dificultad, así como sobre nuestra propia motivación en superarlas.

La autoeficacia percibida desempeña un rol nuclear en el control de los estresores (14). Tener un nivel inadecuadamente bajo para con la percepción de eficacia personal o de control de los pensamientos negativos influirá en la aparición o recidiva de trastornos depresivos. En gran medida la explicación de la depresión en el ser humano se sustenta en modelos cognitivos por los que se generan de forma repetida pensamientos negativos (14, 15)

1.1.3 Autoeficacia percibida

Generalmente referida a una dimensión general en cada individuo, el concepto de autoeficacia también lo ha sido para con tareas específicas. De este modo existen investigaciones que han definido un sentido general del término de autoeficacia refiriéndolo a una competencia global de capacidad o efectividad de un individuo para hacer frente a situaciones variantes de estrés. Albert Bandura (16) propuso que la autoeficacia debía ser definida también con aplicaciones específicas. Así, podría explicar una amplia variedad de comportamientos del humano y las consecuencias de sus afrontamientos cuando el contexto es concreto. Incluso, sería de utilidad

cuando las investigaciones se refieren a conductas simultáneas (17).

Bandura defiende la autoeficacia como constructo principal dentro de las herramientas necesarias para llevar a cabo una conducta, donde la relación entre el conocimiento y la conducta estarían influidos por la percepción propia de autoeficacia. La convicción que el individuo tenga sobre su capacidad de regular o controlar para iniciar y continuar conductas es determinante. De este modo, los sujetos estarían más motivados cuando sienten o perciben que sus conductas son eficaces, esto es si se da el convencimiento de que se poseen capacidades que permitan regular las conductas. Albert Bandura dio máxima importancia y validez al término, de manera que consideraba que la autoeficacia puede influir tanto a nivel cognitivo, de afecto o de motivación. Se da por tanto una correlación positiva entre la autoeficacia y pensamientos positivos, aspiraciones sobre la realización de conductas con éxito, y con menor sentimiento de estrés o percepción de amenaza, unido a una correcta planificación de las acciones que emprendemos y la expectativa de sus resultados (1).

1.2 Autoeficacia y Salutogénesis. Convergencia dentro del modelo biopsicosocial

La Conservación de la salud de los pueblos ha sido una constante en la historia de la humanidad, siendo sin embargo muy reciente en el tiempo la aparición de la salud pública como disciplina o ciencia dedicada a la preservación o fomento de la salud (18).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), constituida en abril de 1948, significó la institucionalización del cambio desde el modelo biomédico, inspirado en el dualismo mente-cuerpo, en el que la enfermedad o la propia salud se interpretaban desde una perspectiva exclusivamente bioquímica, no reconociéndose la influencia de variables psicológicas o sociales, hacia el denominado modelo biopsicosocial. La institución se constituyó con el objetivo de promover líneas estratégicas de

prevención, promoción y de intervención diversa en el ámbito de la salud, y en toda la geografía mundial (18). Con estos mismos objetivos, la OMS avanzó la definición de la salud como “el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Ya existían suficientes pruebas aportadas por autores acerca de las dificultades que el denominado modelo médico planteaba al tener en consideración las influencias del ambiente sociocultural sobre el proceso de enfermar. Igualmente, el modelo médico de enfermedad basado en la teoría de un agente biológico causante de la enfermedad, de manera unidireccional y específica para cada una de ellas, no era capaz de explicar el efecto de tantas otras variables con probable influencia en la ocurrencia de enfermedad, tales como las condiciones de vida, las desigualdades sociales para con la salud, o la forma de conducirse de cada individuo.

La propuesta del modelo biopsicosocial de Engels, en 1977, quien se aproximó desde la consideración de factores no solo biologicistas, sino también psicológicos y del ámbito social como factores influyentes en la relación entre la salud y la enfermedad, asentó los pilares de nuevas propuestas teóricas, como las del paradigma que se describe en la denominada “**Teoría General de Sistemas**” (TGS), que constituyó el resultado o suma de esfuerzos multidisciplinares a mediados del siglo XX, teniendo como principal objeto describir características comunes a los denominados “sistemas”, y que pueden encontrarse de forma transversal en todos los ámbitos de la realidad.

Ludwig von Bertalanffy fue uno de sus principales impulsores, y describió la TGS como una teoría universal que pudiera proyectarse sobre muchos ámbitos de conocimiento o estudio y que en el propio de la salud, ofreció una propuesta de integración para con la comprensión sobre las personas en su clara complejidad, y en continua interacción con el ambiente en el que nacen y se desarrollan (19, 20).

Dentro de la TGS, se desarrollaron diversas hipótesis que culminaron en

teorías. Dentro de ellas, el modelo salutogénico, propuesto por Aaron Antonovsky, ha llegado a configurarse como una de las más relevantes y más trascendentes dentro del ámbito de la salud, de su concepción (18, 21). Desde sus postulados ha influido en científicos de la conducta en general y en médicos en particular, así su contribución explicativa para con las variables que influyen o conforman la salud del ser humano.

La propuesta salutogénica y de la actual salud pública encuentran su origen histórico en las poblaciones que fueron víctimas del Holocausto judío, de forma paradójica, partiendo de prismas diferentes para observar el impacto que sobre los ciudadanos de la época tuvo la segunda guerra mundial. Así, la autoeficacia generalizada fue medida inicialmente mediante la escala alemana de Jerusalem & Schwarzer (22).

Antonovsky (23) formuló tres cuestiones que serían fundamentales en el desarrollo de su propuesta teórica:

- ¿Qué variables podrían explicar el que las personas conservaran la salud a pesar de estar o vivir expuestas a influencias nocivas?
- ¿Qué variables eran útiles para explicar la recuperación de los individuos, en muchos casos, de sus enfermedades?
- ¿Habrá razones que objetivamente pudieran explicar el que personas no enfermaran a pesar de sufrir de forma en ocasiones extrema?

El modelo salutogénico se desarrolló partiendo de varias afirmaciones:

- El bienestar del individuo y su salud constituyen el núcleo entre los objetivos de la propuesta teórica.
- El estrés, en cualquier variable sobre la que influya, no forzosamente haya de tener una valencia negativa, pudiendo también tener impacto positivo en la salud del individuo, dependiendo de su naturaleza, y

también de la variabilidad en la capacidad de los individuos para afrontarlos.

Antonovsky criticó el filtro de análisis dicotómico salud-enfermedad, con origen en la propuesta del modelo biologicista, en el que los dos polos eran excluyentes entre sí. Desde su propuesta, mantiene la existencia de dos polos (el bienestar –salud-) y el malestar (enfermedad), pero situados en los extremos de un espectro continuo. No sería posible que un ser pueda situarse en cualquiera de los dos extremos de este espectro, siendo cualquier otro punto, intermedio, más o menos cercano a uno de ellos, donde pueda situarse la condición o el estado de salud, o de enfermedad.

En esta continuidad entre ambos extremos, Antonovsky propone afirmaciones comunes a la TGS (19, 24), al no considerar la salud un estado estable, sino todo lo contrario, como inestable, y en continuo proceso de vulnerabilidad y posibilidad de regulación. Antonovsky describió el concepto de entropía (procedente de la ciencia termodinámica) tal como la posibilidad del organismo del ser humano de perder su equilibrio, su orden estructural, y también la posibilidad de la reestructuración a su condición anterior. Llevándolo al ámbito de la salud, ésta se encontraría, en su propia naturaleza, en una posibilidad de recreación y pérdida, siendo ésta un proceso natural y continuado en el tiempo. El caos o el estrés, lejos de ser realidades objetivas, serían experiencias percibidas, surgidas de demandas internas y/o externas, que forman parte de las condiciones naturales de la vida (23).

Los conceptos fundamentales que Antonovsky propone desde este modelo son los denominados “**Recursos Generales de Resistencia**” (RGR) y el “**Sentido de Coherencia**” (SC). Estos han sido desarrollados por Lindstrom y Ericsson (25).

Los RGRs son herramientas de naturaleza diversa, material, biológica, psíquica o social, útiles para aumentar coherencia, integridad y comprensión para una vida íntegra en las personas. Su diversidad también afecta a su número, siendo

reconocidos la autoestima, los estilos saludables, el dinero, la propia experiencia, la red de apoyo social, la cultura y sus tradiciones. En la medida en que el individuo, dentro de su entorno, dispone o tiene acceso al desarrollo de estas herramientas o recursos aumenta sus posibilidades de afrontamiento a situaciones adversas en su vida, así como a que sus experiencias aporten desde la experiencia enriquecimiento personal.

La capacidad del individuo para desarrollar su potencial en el uso de los citados recursos o herramientas, es lo que Antonovsky denominó “sentido de coherencia (*sense of coherence*). Este concepto se compondría de elementos como la comprensibilidad – desde una perspectiva cognitiva-, la manejabilidad – desde la posible utilidad práctica-, y la significación – desde una perspectiva motivacional. La propuesta vendría a soportar explicativamente desde la capacidad del individuo para comprender su mundo hasta su sentimiento de potencialidad en su desenvolvimiento en el mundo y alcanzar metas deseadas o precisas para la supervivencia, o el crecimiento individual.

Un uso óptimo de los RGR permitirá que situaciones experienciales que acontezcan faciliten un mayor sentimiento de coherencia, una más amigable percepción de las propias vivencias y una mejor gestión de las situaciones o variables que actúen como agentes estresores que sin duda influirán ambientalmente. Antonovsky pretendió una aplicación globalizadora del concepto de sentido de coherencia, totalizadora y permanente, que permitiera favorecer la autoconfianza en el sujeto. Los argumentos explicativos para el concepto asientan en que:

- Hay comprensibilidad para con las variables estimulares que nos retan, y que se originan tanto dentro del individuo como en el ambiente con el que interacciona)
- Los RGR permiten desarrollar la adaptación o afrontamiento a las exigencias que estas variables estimulares presentan, y

- Las exigencias o las demandas que se nos presentan tienen significado, impacto, y precisan de esfuerzo en su afrontamiento.

El sentido de coherencia se postula como un nuevo sentido que colabora con los demás precisos para la propia supervivencia, desde la individualidad y la diferencia, con diferencias posibles en su expresión e intensidad individual (26). Colabora, conceptualmente, con la mayor calidad en la promoción de la salud. El primer objetivo de la promoción en salud debiera estar en facilitar condiciones ambientales y recursos para alcanzar la mayor posible vida saludable (18).

1.2.1 El modelo salutogénico: aportación a la promoción de la salud.

El modelo salutogénico se propone desde la identificación de las herramientas recursos generales de resistencia (RGR) y desde una visión global e integradora del individuo para con su horizonte vital (que le hace comprensivo y con sentimiento potencial de capacidad para afrontamiento) ante el cual puedan aparecer situaciones desadaptativas o problemáticas. El uso de estos recursos permitirá avanzar en una dirección hacia una vida saludable cuya capacidad se plasma en el sentido de coherencia (25).

Antonovsky utilizó el “río de la vida” (Figura 1), como metáfora explicativa del curso que la patogénesis presenta a los individuos a lo largo de su existencia, y con una intención propositiva y con posibilidades aplicadas a la prevención para con las diferentes fases de la patogénesis. (27).



Figura 1- Río de la vida, según Antonovsky (27)

La metáfora de Antonovsky describe las aguas de un río que transcurren con bravura, debido a los accidentes del terreno y la pendiente de caída. En cualquiera de los tramos del curso del río es posible encontrar al individuo, con mayor o menor dificultad, intentando resistir la fuerza del agua que le empuja, o la caída al precipicio. En el modelo salutogénico, que integra a la patogénesis como la causa de su propio sentido, se interpreta cada punto del recorrido del río como un estado posible en desde la aparición de la enfermedad, pasando por su evolución natural, y hasta un posible final de la vida (27). La Salutogénesis propone la posibilidad de actuación en la prevención o en la ayuda (propia o ajena) al individuo en cualquiera de estos momentos de la vida. Acepta que el individuo es actor también en cuanto a que puede caer al río, y dentro de él, que pueda hacer, para intentar salir. Antonovsky compara al río, con aguas bravas o tranquilas, con el devenir de la vida en cuanto a la calidad con la que el sujeto puede transcurrir por ella. Analiza las variables, propias de la naturaleza, y propias del sujeto, que condicionan la fuerza del curso del río, y la del individuo englobando todas sus posibilidades, para intentar salir de él, o buscar aguas tranquilas (18).

1.2.2 Convergencia desde el modelo psicosocial en la resiliencia

Parece intuitivo encontrar puntos de convergencia entre autoeficacia y salutogénesis, atendiendo a las fuentes de creencia de autoeficacia de Bandura (dominio experiencial, basadas en la experiencia de otros, y de persuasión del ambiente), y los recursos generales de resistencia y sentido de coherencia, sobre los que Antonovsky expone, especialmente, en el ámbito de la “salud-enfermedad”, y quizá, por su propia naturaleza, y la prolongación en el tiempo, de la enfermedad crónica. Más allá de esta terminología, y más reciente también, puede encontrar acomodo el término “resiliencia”, concepto englobador de procesos de adaptación del ser humano ante situaciones adversas, que condicionan la autonomía y/o funcionalidad, y que se sustentan en recursos de resistencia, sentido de coherencia, y experiencias de autoeficacia.

La prevención de la enfermedad, en cualquiera de sus fases posibles, primaria, o secundaria (la que se realiza una vez ocurrido el problema, en la evitación de su recurrencia), debe sumarse la detección de herramientas y capacidades de los individuos y sus colectividades, o instituciones, también las sanitarias, para implementar oportunidades de sostener la salud y en lo posible mejorarla. Tanto desde la prevención a la aparición de patogénesis, como el desarrollo de los activos para la salud son complementarios en el objetivo de aumentar ambos enfoques, el de la prevención de la enfermedad y el de los activos para la salud y la promoción de la salud, se complementan y es donde puede residir el éxito de futuras acciones en promoción de la salud (25).

Las organizaciones sanitarias, públicas, y todos los agentes sanitarios que participan en la atención a poblaciones, tienen la competencia y responsabilidad de identificar las necesidades y oportunidades de acción para con el desarrollo de recursos y su implementación, que permitan la percepción en la población sobre si la definición de salud vigente se corresponde con su realidad contextual.

Los postulados teóricos sobre los que asentamos esta revisión nos retan a

cambiar la mentalidad en cuanto a pensar para con la salud pública. Desarrollar estrategias aplicables a estructuras socio sanitarias que deben proteger a grandes masas de población en las que vivimos para incrementar la percepción de “resiliencia en salud”, desde los recursos de resistencia, coherencia y experiencias de autoeficacia. Hasta ahora la investigación ha permitido mostrar pruebas empíricas sobre la utilidad de modelos o postulados teóricos relacionados con la salutogénesis y los activos en salud, pero se hace necesaria la constatación mediante el método científico de la posibilidad práctica de su implementación (28).

1.3 Autoeficacia y salud

La percepción de autoeficacia determina de forma clara nuestro comportamiento, nuestro cuidado para con la salud, y esta influencia llega por diferentes caminos (29):

1. Mediando en nuestra cognición ante la aparición del estrés (pensamiento propio sobre nuestra creencia en nuestras fortalezas para afrontar las variables que aumentan nuestra percepción de estrés) y
2. como determinantes del pensamiento y de la motivación, regulando el nivel de persistencia y esfuerzo en las conductas que elegimos (influyendo así directamente sobre los comportamientos modificables para con la propia salud).

Hasta lo propuesto aquí, los factores de pensamiento o motivación referidos lo han sido en relación con los modelos de “creencias en salud” y en el modelo de la “acción razonada” (30). Sin embargo, también el control de la propia conducta en relación con la propia salud, o las creencias de los individuos en efectuar acciones con satisfacción en su resultado. Las investigaciones, dentro del ámbito de la teoría del aprendizaje social han resaltado otros elementos del pensamiento que facilitan el cambio de conducta, al modificar las intenciones y la autorregulación en la motivación.

1.3.1 Albert Bandura

El postulado teórico sobre el que asienta la investigación acerca de cómo el proceso de cambio en la conducta y comportamiento para los hábitos de vida saludables conforman la teoría social cognitiva del profesor Albert Bandura (31). En ella, la conducta del ser humano se regula por las expectativas, por lo que espera. Este mecanismo anticipatorio regulado por las creencias de control implica tres tipos de expectativas:

- a) de situación-resultado, donde los cambios o hechos consumados se deben a sucesos ambientales independientemente de la conducta del sujeto.
- b) de acción-resultado, donde las consecuencias sí lo son dependiendo de las acciones personales y
- c) la percepción de autoeficacia, que se vincula con la creencia del sujeto en sí mismo para mantener sus cursos de acción precisos para la consecución de un resultado (31).

De entre estas posibles previsiones, aquellas que están más relacionadas con los procesos de cambio hacia conductas saludables, son aquellas en las que el individuo interviene mediante la acción, así como aquellas relacionadas con sus creencias de eficacia percibida. Estas últimas influyen sobre todo sobre la persistencia en el esfuerzo para modificar conductas, las metas propuestas (32).

Los hábitos derivados del estilo de vida pueden favorecer o mermar la salud, lo que capacita a las personas para ejercer cierto control conductual sobre la calidad de su salud. Las creencias de eficacia influyen sobre todas las fases del cambio personal, tanto si contemplan la posibilidad de modificar sus hábitos de salud, si emplean la motivación y perseverancia necesaria para tener éxito en el caso de que decidan hacerlo, como si mantienen los cambios que han logrado.

La adopción de conductas que favorecen la salud y la eliminación de las perjudiciales no es tarea fácil. La probabilidad de que las personas adopten conductas saludables o que cesen en una conducta perjudicial depende de tres cogniciones: la

percepción de riesgo; la percepción de que el cambio de comportamiento pueda reducir la amenaza y la percepción de capacidad suficiente para tener control sobre la conducta no saludable o hábito perjudicial. Las expectativas de resultados son determinantes importantes en la formación de intenciones, pero menos en el control de la acción (32).

La autoeficacia, sin embargo, sí parece crucial en la regulación de la conducta saludable. La autoeficacia percibida expresa el grado que el individuo tiene para consigo en ser capaz de cambiar hábitos o conductas de riesgo para su salud, mediante su propia acción. El cambio de conducta se considera como dependiente de la propia capacidad percibida para manejar el estrés y para movilizar los propios recursos y cursos de acción necesarios para satisfacer las demandas situacionales.

La teoría de autoeficacia de Bandura se ha observado desde diferentes perspectivas, constituyendo un modelo teórico básico en la explicación de los cambios de comportamiento orientados a la prevención y el cuidado de la salud. En sus postulados, el profesor Bandura propone que la percepción de autoeficacia puede influir en la salud de diferentes formas:

1. Sobre la habilidad para enfrentarse a variables estresoras, reduciendo las posibilidades de afectación del sistema inmunitario, e incluso aumentando la respuesta del mismo.
2. Condicionando el grado en el que los individuos creen que puedan cambiar sus hábitos, adoptando conductas nuevas, más saludables.

Actualmente es conocido que el estado de salud de los individuos no está exclusivamente bajo su control. Además del condicionante genético, la salud física y la psíquica se condicionan por la interacción con el medio ambiente que nos rodea (epigenética). Siendo así, hay diversos estudios que demuestran como existe relación directa entre nivel de autoeficacia y el funcionamiento individual y bienestar general (33).

Así y en relación con conductas de prevención, aquellos sujetos con elevada percepción de eficacia tendrán más posibilidades de iniciar o continuar conductas

preventivas, solicitar o iniciar tratamientos de una forma precoz y creer en su efectividad. Hay evidencias que ponen en valor cómo los individuos que mayor eficacia percibida expresan, son más optimistas y sienten recuperarse antes y mejor de sus dolencias que aquellos con menor grado de autoeficacia percibida (34). Se ha constatado que la percepción de eficacia para el propio cuidado se relaciona de forma directa con nuestra conducta preventiva. Los hábitos o estilos de vida se relacionan también de una u otra forma con la salud. Esta creencia influye en la actitud del ser humano para con su conducta y por tanto determina su calidad de vida. La regulación de las propias conductas relacionadas con los estilos de vida requiere desarrollar destrezas que permitan generar y aumentar el sentimiento de autoeficacia. De esta forma se han descrito programas que permiten observar la propia conducta, y buscar el cambio en ella (35).

Como ya se recordó en anterior apartado, dentro de las definiciones más extendidas de “Salud” se sitúa la propuesta por la OMS en la conferencia de Alma-Ata: “La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad”. La psicología de la salud incide en las diferentes perspectivas de análisis de la salud, aun siendo los problemas para los que quiere contribuir de naturaleza física u orgánica en sus mecanismos de producción. Cuando se suman los ejes vertebradores, de un lado, el concepto restrictivo de salud física y/o mental, y de otro, la orientación de la potencial intervención (promoción de la salud, prevención), surge el ámbito de aplicación de la psicología de la salud.

Dentro de esta “parcela” de la psicología de la salud, se encuentran innumerables tópicos relacionados con postulados teóricos, adherencia al tratamiento, calidad de vida o hábitos de vida saludables (36).

Los comportamientos que se vinculan con la salud pueden categorizarse como “insanas” (fumar, alimentación no equilibrada), y conductas favorecedoras de salud (prevención, cuidados, cribado), en cualquier caso, formarían parte del constructo

“estilos de vida relacionados con la salud”.

Lo psicológico afecta a la salud física, desde lo comportamental a las emociones sentidas o que expresamos. En cuanto a éstas, tienen especial influencia en la salud física, en su pérdida, y en la evolución de las dolencias que acontecen, las emociones negativas como el miedo, la ira o la tristeza, dado que condicionan las consecuencias de su aparición, ya sea aumentando la vulnerabilidad del individuo, mediante respuestas de estrés o, por el contrario, favoreciendo comportamientos inadecuados o definitivamente perjudiciales, sobre todo en el caso de conductas adictivas (36).

Tanto los comportamientos que se vinculan con la salud, como las emociones interaccionan entre sí de forma bilateral; bien, como se ha mencionado, favoreciendo las emociones negativas la práctica de conductas no deseables, como, en sentido inverso, la adquisición de habilidades del pensamiento y comportamentales para el manejo del estrés, o para el auto cuidado físico, o habilidades sociales, ayudan a controlar las emociones negativas (37).

Podríamos entender que lo que llamamos procesos mediadores, como los estilos de vida o las emociones, están influidos de igual modo por otras variables, personales o ambientales.

Acercarnos a los efectos que los problemas de salud otorgan a las personas parece obligado. Tanto sobre los hábitos de la vida diaria, como sobre el estado anímico. Hacemos de esta forma una aproximación a la percepción que el individuo tiene para con su bienestar y su calidad de vida (37).

La autoeficacia, entendida por tanto como una expectativa, en relación a una conducta, y en relación a la salud, podría definirse como el grado en que un individuo percibe que es capaz de realizar una acción concreta, aun antes de ejecutarla. Junto con las expectativas de resultado, las expectativas han conformado la base teórica del

postulado de Albert Bandura (31) (Figura 2).

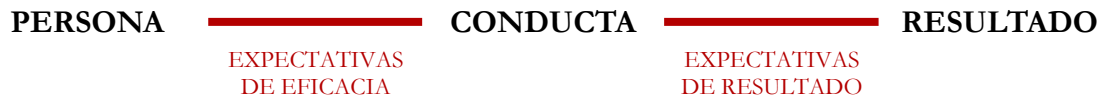


Figura 2 - Distinción conceptual entre expectativas, conducta y resultado (32).

El propio Bandura precisó que un resultado es una consecuencia de la ejecución de una conducta, distinguiendo tres tipos de consecuencias: físicas (cambios en el propio sujeto); sociales (aprobación o rechazo); y auto evaluativas (reacciones emocionales ante los propios logros o fracasos). Todas las consecuencias, a su vez, presentan la probabilidad de ser positivas o negativas, esto es, tener una valencia propia. Serían estas las coordenadas en las que se encuadrarían las expectativas de los resultados que puede presentar un sujeto como expectativas ante la realización de una conducta, relacionada con la salud. Podríamos, por tanto, evaluar, tanto la probabilidad subjetiva de que se diera una consecuencia, y también la cualidad o valencia de la misma (1).

Ampliaríamos, siguiendo a Bandura, dentro de la ubicación de la autoeficacia percibida como concepto relacionado con la salud, el concepto de conducta hacia el “curso de acción” (Figura 3), dado que las conductas de salud engloban acciones sostenidas en el tiempo, y cuyos beneficios depende de su sostenimiento en el mismo.

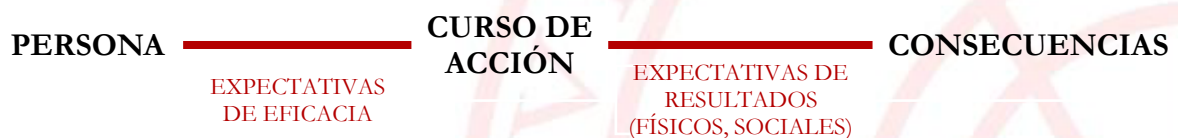


Figura 3 - Matizaciones sobre los tipos de expectativas según Bandura.

La teoría de la autoeficacia postula mecanismos, de un lado motivacional y de

otro emocional, como potencialmente explicativos o mediadores para que las expectativas de resultados de un sujeto puedan afectar a su salud.

El mecanismo motivacional se refiere al proceso que acompaña al individuo en el esfuerzo y persistencia que deposita en su comportamiento, en una conducta que pretende mejorar el nivel de salud, a través de la adherencia terapéutica y las conductas de autocuidado.

El mecanismo emocional se explica entendiendo a las emociones como variables que modulan su impacto, incluso en la reactividad fisiológica (Figura 4). La autoeficacia y las expectativas de resultados sobre las habilidades de afrontamiento constituyen el núcleo principal de lo que Lazarus (37) denomina la evaluación secundaria, esto es, la valoración de la capacidad personal para hacer frente a situaciones problemáticas. Ambas teorías (de la autoeficacia y la teoría del estrés de Lazarus) proponen que, a mayor capacidad percibida de afrontamiento de las situaciones estresantes, menor intensidad de las emociones negativas y de la reactividad fisiológica que se les asocia.

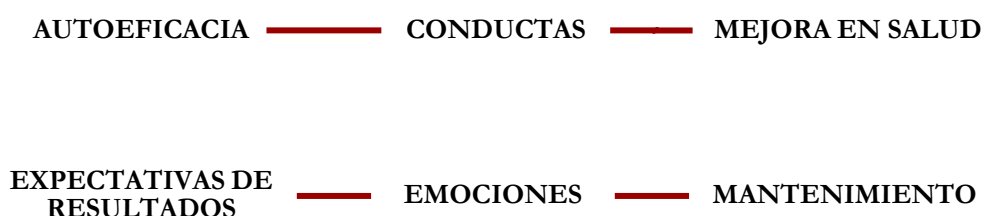


Figura 4 - Expectativas y Salud: Procesos mediadores.

1.3.2 Hábitos de salud, conductas saludables y autoeficacia

Los cambios de hábitos tienen poco efecto salvo que sean duraderos. El mantenimiento del cambio en el estilo de vida asienta en las capacidades de auto regulación del individuo y en el valor funcional de la conducta. El desarrollo de estas capacidades auto reguladoras precisa, en primera instancia, de una inculcación del

concepto de autoeficacia, y, también, después, del desarrollo de habilidades o destrezas que permitan la generación de eficacia.

Los comportamientos de vida saludables que se mantienen a lo largo de la vida se originan en el tiempo de la infancia y la adolescencia. Desde entonces aprendemos patrones de alimentación o recreativos, que nos permiten en paralelo al crecimiento mantener los estilos a lo largo de la vida, permitiendo el auto manejo y la evitación de conductas no saludables (35). Los hábitos de salud tienen en la cultura y en la familia sus raíces, y las escuelas igualmente contribuyen de forma esencial en la promoción de la salud. El estilo tradicional en educación aporta patrones objetivos sin tratar pedagógicamente la posibilidad de cambiar conductas o fomentar las capacidades de hacerlo por el propio individuo.

Se constata la estrecha relación de influencia entre la educación y el ambiente familiar y la “persuasión social”, como fuente de creencia para la percepción de eficacia en el individuo.

Una clave predictora de cómo un individuo será capaz de cambiar conductas es la intensidad en el que se cree en la posibilidad de desear y producir esos cambios. Si los individuos tienen bajos niveles de auto eficacia, pueden no producir cambios aun cuando consideren los beneficios de estos (39). El “constructo” de autoeficacia, dentro del ámbito de la salud, ha sido utilizado en la interpretación y análisis de comportamientos diferentes, como los trastornos adictivos y consumo de tóxicos, las enfermedades de curso crónico, de la esfera sexual, factores de riesgo cardiovascular independientes como el hábito tabáquico o la obesidad, así como para la explicación a conductas de promoción y prevención, de evitación de problemas de salud. Se constata una relación directa entre altos niveles de autoeficacia percibida y los resultados beneficiosos para el individuo y su bienestar (33,34).

El postulado teórico del aprendizaje social defiende el que el grado de autoeficacia percibida es variable predictora del comportamiento e iniciativa del

sujeto, así para afrontamiento y adaptación a situaciones complejas, recordándose como elemento de protección y facilitador de la propia motivación para emprender o sostener conductas saludables, disminuir la desadaptación emocional.

Estudios han mostrado que el incremento de confianza en las propias capacidades del individuo para modificar determinadas conductas, mejoran estos cambios de comportamiento (en relación al control de estrés, tolerancia al dolor, cesación en hábitos no saludables y adherencia al tratamiento).

La autoeficacia percibida por los individuos influye en el sentimiento general, en el pensamiento y en las acciones. Los trastornos afectivos y las emociones negativas como la tristeza o la ansiedad correlacionan con una baja percepción de eficacia. Por el contrario, el grado de optimismo con el que impregnamos nuestros comportamientos, especialmente para con la salud influye posesivamente en la consecución de dichos comportamientos y en los cursos de acción que se proponen la consecución de metas. El procesamiento de la información, como función cognitiva en cualquier circunstancia, así como la toma de decisiones o la consecución de éxitos se vinculan con un sentido elevado de autoeficacia (32).

La motivación, tan determinante en los procesos cognitivos e influyente en el inicio de cursos de acción aumenta o disminuye en función de cuánta eficacia percibimos para con nosotros mismos. Una vez que se inicia una acción, y está en curso, invertiremos más esfuerzo, y se dará mayor persistencia cuanto mayor sea nuestro grado de eficacia. El compromiso para alcanzar metas y la superación de dificultades se refuerza desde esta autoeficacia (41). La probabilidad de que las personas inicien o mantengan una conducta saludable (como el ejercicio físico), o abandonen una perjudicial (como el tabaquismo), se relaciona con la intensidad de tres pensamientos:

- a) el temor a encontrarse en situación de riesgo (peligro de contraer cáncer de pulmón)

- b) la creencia en que el cambio comportamental pueda reducir esa amenaza (“si dejas de fumar, reduciré el riesgo”) y
- c) la creencia en que somos capaces de controlar las conductas no saludables (41).

El auto manejo y la autoeficacia por parte del paciente necesita ser estimulados. Los individuos pueden aumentar su autoeficacia de varias formas, incluyendo la experiencia directa, experiencia indirecta o vicaria, y mediante la persuasión verbal, método a menudo utilizado por el personal sanitario. Así, el comportamiento del individuo en general, y del paciente con enfermedad crónica en particular, es gobernado por expectativas y por incentivos. Un incentivo pueda ser la consecución de un resultado, en este caso, de un resultado en cambios de estilos de vida, abandono de hábitos, mejora en determinaciones de marcadores de evolución, o variables relacionadas con la calidad de vida (42).

1.3.3 Autoeficacia y su relación con el estrés

El proceso de reacción a una situación de estrés se ve influido tanto por la naturaleza objetiva y las características de la amenaza y demanda ambiental que el sujeto percibe, como por su sentimiento de capacidad para afrontar dicha situación (43). Esta capacidad individual juega un papel primordial en el sentido de favorecer, o no, el control sobre el estrés subjetivo, el grado de activación autonómica o fisiológica y la consecuente liberación de neurotransmisores que participan en la misma. Cuando existe control sobre las variables estresoras la percepción de autoeficacia se refuerza. Desde lo fisiológico, también, se ha relacionado el nivel de inmunidad o competencia del sistema inmunitario con la percepción y grado de control del estrés, indicando que puedan existir relaciones entre las magnitudes de autoeficacia y niveles de inmunidad (43, 44).

Wiendenfeld (43) apoya la hipótesis que defiende al constructo de autoeficacia

percibida como un modulador del sistema inmunológico. Se relacionaría el concepto de forma directa con cambios persistentes en el sistema inmunitario. Otras investigaciones se centran en el grado en el que el individuo experimenta estrés por el hecho de estar enfermo (45, 46).

Así, Shelley y Pakenham llevaron a efecto un trabajo sobre población universitaria en el que se midió como variable principal el grado de estrés que referían los individuos al enfrentarse a un proceso de enfermedad agudo o crónico. Se identificó a la autoeficacia como una de las variables implicadas, en este caso, de forma directamente relacionada con expresar menores niveles de estrés (45).

1.3.4 Autoeficacia y ejercicio

La evidencia disponible constata que la autoeficacia percibida desempeña un rol principal en la influencia para con la realización de ejercicio. Esto es, existe una relación directa entre sujetos con elevados niveles de autoeficacia y el compromiso con la realización de actividad física de forma programada o regular, y de forma contraria a quienes presentan menores niveles en relación al constructo del que se discurre (47). En este sentido se realizan estudios que demuestran mayores sentimientos de compromiso para con el ejercicio físico. Se ha constatado en estudio prospectivo longitudinal la relación entre ventajas, desventajas y sensación de autoeficacia para con la realización de ejercicio. Un análisis exploratorio describió que estos tres elementos (ventajas, desventajas y autoeficacia) se expresaban de forma independiente. El análisis estadístico que permitió confirmar que la sensación de autoeficacia se comporta como variable predictora de una mayor conducta hacia la realización de actividad física, tanto en el momento presente como intencional en el futuro, como se ha podido demostrar en períodos superiores a seis meses (47).

Destaca por su vinculación a las afirmaciones aquí expresadas, el estudio que realizaron Sniehotta, Scholz y Schwarzer, quienes investigaron en un diseño prospectivo longitudinal sobre una muestra de 307 pacientes afectados de cardiopatía

a quienes se instó y estímulo a la realización de actividad física de forma mantenida. La población a estudio fue evaluada de forma inicial en relación a su intención para con la conducta de hacer ejercicio, volviendo a ser evaluados tras períodos de dos y cuatro meses posteriores. La autoeficacia, medida como variable susceptible de cambio se confirmó, junto a la planificación de la conducta y el propio control de la acción del sujeto, como factores mediadores entre las actitudes intencionales al inicio y la actividad física realizada con posterioridad (48).

Se ha examinado la relación existente entre la información para con la actividad física y sus consecuencias beneficiosas y la autoeficacia para llevar a cabo actividad física. Los resultados muestran que simultáneamente los valores de conocimiento y autoeficacia se correlacionaron positivamente con la conducta de hacer ejercicio, pero los valores previos de la auto-eficacia se correlacionaron negativamente con cambios en la conducta de hacer ejercicio. Más aún, los cambios en la autoeficacia para hacer ejercicio fueron correlacionados positivamente con cambios en conducta de ejercicio. Por tanto, es claro que no sólo los aumentos en autoeficacia contribuyen a mejorar la conducta de hacer ejercicio, sino que también aquellas personas con más baja autoeficacia inicial al mejorar su autoeficacia, también mejoran su conducta de hacer ejercicio (49). Estos hallazgos parecen avalar la necesidad en considerar la oportunidad de la implantación de programas o campañas de salud pública, donde los esfuerzos se centren primariamente en aumentar los conocimientos de salud de la persona y esto sugiere que la medición de un potencial aumento de variables como la autoeficacia percibida forme parte de estrategias de acción.

1.3.5 Autoeficacia y dolor

El dolor y su vinculación con procesos de cognición está siendo objeto de estudio en los últimos años. Existen evidencias que prueban como el desarrollo de procesos de pensamiento pueden contribuir a disminuir el dolor, siendo los

resultados alentadores, cuando se comparan con otras intervenciones anteriormente evidenciadas, como la relajación, y en algunos casos el uso de medicación analgésica (50). Dentro de estos procesos de cognición, se ha identificado al constructo de autoeficacia como uno de los que pueden aportar valor, como mediador en las estrategias de enfrentamiento al dolor o que aumenta la tolerancia al dolor y disminuye la sensación de estrés en la respuesta al dolor.

La relación entre autoeficacia y tolerancia al dolor ha sido demostrada. En esta demostración se expresan las diferencias que los individuos presentan en cuanto a tolerancia frente al dolor y de qué manera correlacionan positivamente con la predicción que hacen esos mismos individuos para con la cantidad de tiempo en la que ellos soportarían un estímulo doloroso (50).

En el mismo sentido, se ha evidenciado como en situaciones dolorosas, la autoeficacia y los resultados esperados por el sujeto están altamente correlacionadas. Mientras más dolor esperado por una persona, menor es su autoeficacia para hacer acciones relacionadas con disminuir el dolor (52) y a mayor grado de temor en el sujeto menor será su autoeficacia para afrontar los estímulos que se temen.

La salud pública y su perspectiva desde los activos de salud se han interesado en temas como autoeficacia y control del dolor crónico. Hay ejemplos en la literatura biomédica como, por ejemplo, la que identifica relación mediadora entre autoeficacia y dolor de espalda crónico (53) o la relacionada a la aparición de dolor musculoesquelético invalidante.

1.3.6 Autoeficacia y depresión

A pesar de que la depresión ha sido investigada desde varias perspectivas (psicoanalítica, existencial, conductual), han predominado en años recientes aproximaciones cognitivas. Los modelos de Abramson, Seligman y Teasdale, Mineka y Clements (54) han sido discutidos, así como el modelo cognitivo para la depresión

de Beck (54). La aplicabilidad que la teoría sobre autoeficacia sobre la depresión ha tenido ha sido menor que en otros modelos, pero puede contribuir a nuestra comprensión de la depresión, su historia natural, y sus posibilidades de abordaje.

La depresión puede ser entendida, epidemiológicamente, como una experiencia personal, en diferentes grados de intensidad, en gran número de sujetos en la población, en alguna o varias ocasiones, o bien entendida como un síndrome clínico pleno que afecta a una pequeña proporción de la población. Desde el punto de vista cognitivo social, las experiencias de afectación del humor y los llamados trastornos adaptativos difieren en grado, más que en categoría (56).

La teoría de la autoeficacia se relaciona con los pensamientos negativos, la propia devaluación personal, o la incapacidad para iniciar o mantener conductas tendentes a afrontar obstáculos o barreras, que si son muy relevante para entender la naturaleza de la depresión como enfermedad. Al menos tres tipos de creencias de autoeficacia pueden estar relacionadas con la depresión, según Bandura. Primero, las personas pueden sentirse incapaces para alcanzar logros o situaciones que le produzcan satisfacción personal; segundo, la gente puede creerse incapaz de establecer o sostener relaciones satisfactorias con otros y, tercero, ellos pueden creerse incapaces de controlar los pensamientos rumiantes que suelen caracterizar su enfermedad (1).

Investigaciones revelan como el trastorno depresivo puede estar relacionado con expectativas de resultado: expectativas concernientes a la ocurrencia de sucesos vitales positivos o negativos, y expectativas en relación con estrategias para una regulación del ánimo efectivo (57, 58).

El modelo de adaptación psicosocial cognitivo asume que la cognición, el afecto y la conducta están relacionados recíprocamente. Cada factor influye en el otro y un cambio en uno producirá cambios en los demás. Este mismo principio de reciprocidad causal se aplica a las relaciones entre la autoeficacia, el humor depresivo

y los logros de rendimiento o resultado (57, 58).

1.4 Rehabilitación cardíaca

1.4.1 Rehabilitación Cardíaca.

Los trastornos cardiovasculares, y más específicamente la cardiopatía isquémica, siguen constituyéndose entre las principales causas de mortalidad en adultos de los países desarrollados. Es suficiente razón para justificar la atención a las personas que han padecido un ataque cardíaco y que deben enfrentarse al complicado proceso de rehabilitación que tal hecho aconseja. En España es la enfermedad cardiovascular la primera causa entre las de mortalidad, a pesar de ser conocidos por la mayor parte de la población los factores de riesgo relacionado y modificable. Se hace entonces evidente, necesario y pertinente el desarrollo e implantación de estrategias preventivas que permitan desarrollar intervenciones en los diferentes ámbitos de actuación sanitaria y de salud pública en general (59-63).

La Rehabilitación Cardíaca (RC) fue reconocida conceptualmente por la OMS en 1964, entendiéndola como la suma de todas las actuaciones precisas para facilitar al paciente tras sufrir un infarto de miocardio (post-IAM) un escenario de condición física, psicológica y social que le permitan la mejor reinserción en su vida, en todos sus ámbitos, con actividad e intensidad (64). Aunque desde la década de los años cincuenta, la RC ya pretendía una reinserción funcional, no fue hasta los setenta cuando la Sociedad Internacional de Cardiología señaló que «*debe comprender todos los aspectos de los pacientes con cardiopatía isquémica: prevención de factores de riesgo y rehabilitación física, psicológica y social*» (65). Los objetivos principales eran y son reducir riesgo de recaída y una reinserción a la vida anterior. El procedimiento para la consecución de estos objetivos pasaría por la prevención secundaria de eventos cardíacos, una vez acaecido una primera vez.

La RC extra hospitalaria es coste-efectiva y debería ser explorada como

intervención posible en un escenario de cuidados que se deben facilitar a los pacientes que han sufrido evento cardíaco, sea un infarto de miocardio, bypass aorto coronario, intervenciones coronarias percutáneas, recambio o reparación valvular o han recibido un trasplante de corazón (63). La rehabilitación cardíaca ha demostrado, como variable independiente, la reducción de la mortalidad de personas con enfermedad coronaria entre un 20 y 32%. Como objetivos intermedios, ha demostrado a medio plazo, así tan sólo a los 3-6 meses de iniciar el programa, reducir la presión arterial (sistólica y diastólica), aumentar las cifras de colesterol HDL y disminuir el colesterol total a expensas del LDL y los triglicéridos. Las evidencias también avalan la implantación de RC para mejorar la calidad de vida a través de la actividad física (63).

El éxito de la RC depende de la capacidad del paciente para la realización de todos estos cambios. La readaptación del mismo a su nivel pre-evento cardíaco no se produce tan rápidamente como cabría esperar si se consideraran, únicamente, variables relacionadas con los aspectos puramente físicos de la enfermedad. La evidencia científica señala que el deterioro emocional del sujeto suele ser un hecho común.

La seguridad de estos programas en cuanto a evento negativo por horas de trabajo son muy favorables: en 26.568 pacientes-hora de trabajo, de 246 pacientes (68'7%) que asistieron a más de 75% de las sesiones sin aparición de complicaciones relevantes (paro cardiorrespiratorio por fibrilación ventricular, infarto agudo de miocardio y dos episodios de taquicardia ventricular sostenida); en cuanto a la relación evento negativo 1/58.902 paciente-horas/año (un 0'02%), y 4/26.568 horas paciente (66) en Francia 1/49.565 pacientes-horas, demuestran la elevada seguridad de estos programas.

Siendo documento de referencia en España, la Estrategia en cardiopatía isquémica del Sistema Nacional de salud (67), recoge en sus estándares de calidad asistencial, en relación a la prevención secundaria y RC:

- Los sujetos que ingresan en relación a evento cardíaco serán incluidos en programas de prevención secundaria o RC
- Cuando el sujeto que ha sufrido evento cardíaco es dado de alta, debe continuar en atención primaria medidas de RC, sin perder la continuidad asistencial con la cardiología de referencia hospitalaria.

Así mismo, y dentro de los objetivos que el mismo documento propone, se recoge la indicación para ofrecer a la población que ha sufrido eventos cardíacos servicios integrados (dietético, farmacológico, psicológico, de ejercicio o actividad física y de apoyo social) (67) y rehabilitación cardíaca. Concretamente, se reivindican como propuestas de acción:

- Desarrollo e implantación de programas de RC en fase II a nivel hospitalario y en fase III dentro del ámbito de la atención primaria de salud.
- Asegurar que la población diana tenga accesibilidad a la atención ambulatoria después del alta, con objeto de reforzar el cumplimiento de las medidas de prevención secundaria y de rehabilitación cardíaca. Estas medidas deberán continuar el consejo y la práctica de actividad física precisa en cada caso, de forma individualizada, que facilite al sujeto la reinserción en los diferentes ámbitos de la vida (familia, social, laboral). La composición en recursos humanos de los equipos profesionales puede estructurarse desde los más sencillos a los más complejos, garantizando, desde la relación inter niveles entre la atención primaria y la hospitalaria, la participación de categorías profesionales como la medicina familiar, la enfermería comunitaria y la cardiología, pudiendo organizarse tanto en áreas hospitalarias como extra hospitalarias. También el equipamiento y la tecnología pueden ser muy variados según las posibilidades y las necesidades de cada situación, y siguiendo las directrices que se aconsejan en las Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología.

- Implantación y desarrollo de programas que faciliten el seguimiento continuado, asistencial y preventivo a largo plazo sea en el ámbito primario u hospitalario, en función de los recursos disponibles. La implicación de los profesionales en la consecución de estos objetivos es primordial (67).

Sin embargo, se reconocen puntos críticos relacionados con el abordaje que los sistemas sanitarios desarrollan sobre los pacientes aquejados de eventos cardiovasculares, y que, en el ámbito del territorio español, son:

- No existe en la actualidad una cultura profesional que determine como rutinaria la evaluación de los factores de riesgo de la cardiopatía isquémica en el ámbito hospitalario y esto conlleva un inadecuado registro de los mismos en las historias clínicas, por lo que los informes de alta hospitalaria no recogen información específica al respecto. El grado de sensibilización y concienciación para con la práctica clínica relacionada tiene oportunidades de mejora notables.
- Es insuficiente la información que el paciente o sus cuidadores o familiares reciben por parte de los profesionales que les asisten, tanto durante la estancia hospitalaria como al llegar el momento del alta del proceso cardíaco.
- Se echa en falta mejor y mayor coordinación entre niveles asistenciales, especialmente entre los profesionales hospitalarios y los extra-hospitalarios. La dispersión geográfica de algunas comunidades autónomas dificulta, además, dicha coordinación y contribuye a la desigualdad en la oferta de servicios de prevención secundaria y rehabilitación cardíaca entre diferentes comunidades autónomas y entre el medio rural y el urbano.

Así, actualmente no parece existir estructura sanitaria suficiente o adecuada para una adecuada asistencia a esta población de pacientes (63).

FASES DE LA REHABILITACIÓN CARDÍACA

Los programas de rehabilitación cardíaca (PPRC) que se proponen en la bibliografía se componen de tres fases asistenciales con intervenciones que realiza el equipo que conforma la unidad o equipo (médico de familia, enfermería comunitaria u hospitalaria, cardiólogo, médico rehabilitador, y fisioterapeuta). En otras unidades existe también psicólogo, terapeuta ocupacional o trabajador social, así como el médico de familia cuando estos programas se prolongan o desarrollan a nivel extra hospitalario (Fase III) (43).

Fase I

Tiene lugar en el ámbito del hospital. Durante la estancia del paciente, tras haber sufrido el evento cardíaco, y antes de ser dado de alta, a la cabecera de su cama, debe estratificarse su riesgo cardiovascular en su contexto físico, psicológico y social, comenzando a facilitar información sobre lo acontecido, las posibles consecuencias y recomendaciones básicas sobre estilos de vida saludables. Este procedimiento debe estar en conocimiento del médico de familia extra hospitalario. El paciente tiene derecho a ser informado de forma adecuada. El informe de alta clínico hospitalario debe incluir consejos sobre estilos de vida, modificaciones en su caso en relación a la alimentación, hábito tabáquico o de otros tóxicos (alcohol u otras drogas), actividad física control de peso corporal, además de información añadida para control de factores de riesgo cardiovascular independientes (hiperlipidemia, hipertensión arterial o metabolismo de hidratos de carbono), así como la correcta toma de la medicación que se prescriba al paciente. Toda esta información, además de oralmente, deberá ser entregada por escrito o de la forma que se considere más adecuada.

Estas medidas conforman en conjunto la base de la prevención secundaria.

Fase II

La Estrategia para la cardiopatía isquémica del Sistema Nacional de Salud de

España, propone dentro de esta fase diseñar, proponer y poner en marcha intervenciones o programas multifactoriales y entre niveles asistenciales con la prevención secundaria como postulado básico. La información debe iniciarse en su facilitación al paciente desde su propio ingreso para continuarlo de forma posterior, generalmente en visitas a hospital de día con frecuencia regular en función de la estratificación de riesgo cardiovascular estimado, y donde se reforzarán cambios de conducta o estilos de vida.

Fase III

Fase que perdurará durante toda la vida del sujeto, siendo una retroalimentación positiva continuada que acompañe la vuelta a la vida normal del sujeto. Esta fase puede iniciarse aún en el hospital, o directamente ya en el ámbito de la atención primaria de salud. En esta fase desempeñan función muy importante las asociaciones de pacientes cardíacos (68).

La ocurrencia de la cardiopatía, y en particular del infarto agudo de miocardio (IAM) traduce un acontecimiento vital estresante en la vida del individuo que lo padece, tanto a nivel físico como, siempre, en el plano emocional, influyendo de forma muy frecuente en su modo de reacción. Existen evidencias acerca de la ocurrencia de trastornos afectivos, sea ansiedad o depresiva, o mixta, teniendo como factor común la existencia de miedo a una recaída, o a una posible muerte por causa cardíaca. Se genera un escenario psicológico de incertidumbre, de preocupación por la salud, de incapacidad o invalidez, de irritabilidad, en suma. Igualmente se describe la presencia de patrones de conducta negacionista del problema, minimizando la importancia de lo ocurrido o de sus consecuencias (42). Parece, por tanto, que las posibles reacciones emocionales adversas posteriores a infarto de miocardio resultan de la presencia de cogniciones disfuncionales y/o erróneas, acerca de la importancia de la enfermedad y de sus posibles resultados. Se evidencia mayor correlación entre las reacciones emocionales y la evaluación que el paciente hace de su enfermedad, que con los síntomas médicos evaluados (42).

Es obvio que las intervenciones médicas pueden contribuir a la consecución de los objetivos marcados, mejorando las condiciones de la circulación sanguínea a nivel coronario en el corazón, mejorando expectativas y calidad de vida en el paciente. En cualquier caso, no deberá ser suficiente esta área de intervención terapéutica, sabiendo que la ocurrencia de un infarto de miocardio produce daño no solo a nivel de circulación sanguínea o territorio miocárdico, sino también en todo otro orden de comportamiento en las personas que lo sufren, debido, fundamentalmente, al impacto subjetivo de la enfermedad, y por otra parte, que la evolución favorable de la salud coronaria depende, en gran medida, del seguimiento adecuado de las prescripciones médicas que tienen que ver con el comportamiento (dejar de fumar, seguir recomendaciones dietéticas, realizar ejercicio físico regular y moderado), así como de la capacidad de los pacientes para enfrentarse saludablemente a las situaciones estresantes de su vida (69).

Muchos problemas que se presentan tras la ocurrencia de un ataque cardíaco derivan de las dificultades de afrontamiento del evento agudo en sí mismo, de dificultades de adaptación a los cambios consecuentes en el entorno del paciente y/o su incapacidad para la modificación de comportamientos de riesgo coronario. Es una realidad el que los seres humanos solemos reaccionar cambiando nuestros comportamientos de forma más frecuente si nos enfrentamos a una adversidad, como puede ser la ocurrencia de enfermedad (42). Un escenario que ejemplifica esta afirmación es la enfermedad coronaria, donde la cercanía del evento agudo influye en la conducta del individuo, aunque también puede perder su continuidad en el tiempo. Si bien se constata que inicialmente y durante los primeros meses tras sufrir un infarto de miocardio u otro evento cardíaco, se produce con facilidad una cesación en el consumo de tabaco u otros tóxicos, así como existe una mayor predisposición a realizar mejoras en la esfera de la actividad física, hay también una tendencia a la pérdida de continuidad en esta tendencia, regresando a conductas sedentarias anteriores o a empeorar parámetros como el índice de masa corporal o de función metabólica, de hidratos de carbono o lipídica (70).

La esfera psíquica, y los factores psicológicos del paciente se constituyen con importancia en el curso del tratamiento y evolución del tratamiento tras la aparición de la enfermedad. Los factores psicológicos juegan un papel mayor en el curso y en el tratamiento del evento cardiovascular. Las creencias y los sentimientos emocionales de los pacientes respecto de sus propias respuestas a su enfermedad y a su tratamiento pueden afectar al resultado de las intervenciones en RC (42). Los profesionales sanitarios a menudo creemos que los pacientes aceptarán y entenderán nuestras opiniones y consejos. Pero los pacientes no son receptores pasivos de información. En su lugar, construyen activamente modelos de su enfermedad utilizado por el personal sanitario. Estudios han mostrado que el incremento de confianza en las propias capacidades del individuo para modificar determinadas conductas, mejoran estos cambios de comportamiento relacionados con la tolerancia o umbral de dolor, mejora en el control del estrés, cesación tabáquica y adherencia al tratamiento (69).

Como se ha descrito en apartados anteriores, la expectativa de “autoeficacia” se refiere a la confianza en la competencia individual para llevar a cabo acciones que lleven a resultados. Así, el comportamiento del individuo en general, y del paciente post infartado en particular, es gobernado por expectativas y por incentivos. Un incentivo puede ser la consecución de un resultado, en este caso, de un resultado en cuanto a cambios de estilos de vida, abandono de hábitos, mejora en determinaciones analíticas, resistencia al ejercicio, peso y otras constantes fisiológicas (71).

Parece por tanto que, para el logro de todos los objetivos de la RC, además de la intervención médica, resulta necesaria la atención psicológica que contribuya a paliar las consecuencias adversas del evento cardíaco y al logro de una adecuada adherencia a comportamientos saludables que disminuyan el riesgo de posteriores eventos cardíacos (42).

La recuperación de la función cardiovascular en pacientes tras síndrome coronario agudo se ve favorecida por la confianza en la propia eficacia (71).

Los profesionales sanitarios, de medicina y, especialmente de enfermería, otorgan cuidados a la población a lo largo de toda la vida, tanto cuando se enferma como en la situación de salud. Esta atención precisa de equipos multidisciplinares de profesionales que puedan dar respuesta a todas estas demandas de la comunidad. La vertiente relacionada con la promoción de la salud, contendrá actividades físicas, hábitos alimenticios y bienestar emocional. De ahí la necesidad de entender como complementario o sinérgicas las acciones desde lo psicosocial para favorecer el aprendizaje de comportamientos saludables. El desarrollo e implementación de intervenciones de promoción o asistenciales a la comunidad favorecerá un incremento en la percepción de eficacia para con el propio cuidado. Las consecuencias se encontrarán en la mejor adherencia a las propuestas terapéuticas y cuidados propios. El postulado teórico de Albert Bandura encuentra así aplicación práctica en la vida de las personas, a través del aprendizaje y el concepto de autoeficacia percibida en salud. (17).

El papel que se debe desarrollar a nivel de Atención Primaria es un adecuado control y la detección precoz de los factores de riesgos cardiovasculares reduciendo de este modo la morbimortalidad que originan estas enfermedades.

1.4.2 Epidemiología de la Rehabilitación cardíaca. Situación en España.

La literatura científica recoge diversas entradas bibliográficas a propósito, aunque, sin embargo, el uso de la rehabilitación cardíaca está escasamente desarrollado e implantado en muchos países del mundo. En una revisión sistemática recientemente publicada, sobre 28 publicaciones describiendo la existencia de programas de Rehabilitación cardíaca en 50 de 113 países observados, se encuentra que la naturaleza de estos servicios es financiada por el Gobierno en la mayoría de los casos (73%), siendo el infarto de miocardio y la revascularización coronaria las patologías categorizadas con más frecuencia. Como profesionales sanitarios, participan enfermeras, médicos y fisioterapeutas (72).

Los programas ofrecen una media de 20 sesiones, y la mayoría ofrece como componentes nucleares el entrenamiento físico, la educación del paciente y consejo nutricional. La principal barrera detectada han sido las fuentes de financiación. Además de observarse la existencia de programas de rehabilitación cardíaca en menos de la mitad de los países observados, los servicios ofrecidos distan de las recomendaciones de guías de práctica clínica establecidas (72).

En otra revisión, realizada por autores españoles se analizan sistemáticamente los factores que afectan a la participación y adherencia a programas de rehabilitación cardíaca. Se incluyeron 29 estudios, categorizándose los factores relacionados con participación y adherencia en factores relacionados con el individuo, y aspectos relacionados con los programas. Personas con mayor edad, con comorbilidad, desempleados o divorciados, personas con menor nivel educativo o con menores ingresos tuvieron una menor participación. A estos se sumaron las dificultades de transporte y lejanía, para la menor adherencia a los programas (73). Los factores principales detectados lo fueron de forma similar tanto en países europeos como en Estados Unidos (73). Los resultados aparecen como homogéneos, lo que constituye una apelación para con los profesionales y responsables del diseño e implementación de programas de rehabilitación cardíaca a mejorar las posibilidades de participación y adherencia.

Atendiendo al género, las mujeres, según se describe en una revisión sistemática realizada por autoras de España están menos representadas en la población que se incluye en programas de rehabilitación cardíaca, también con mayores tasas de abandono de los mismos. La revisión se realizó sobre 24 estudios (17 descriptivos, 6 cualitativos y 1 aleatorizado, reportando varias barreras que fueron agrupadas en barreras personales (salud referida, creencias de salud, falta de tiempo, motivación o motivos religiosos), e interpersonales (conflictos familiares o falta de tiempo relacionadas con tareas domésticas, dificultad de transporte), barreras del programa de rehabilitación (servicios ofrecidos, formatos de grupo, componente de

ejercicio), y barreras del sistema (coste, experiencias negativas con el sistema de salud, o el lenguaje) (74).

A pesar de todas las evidencias demostradas de los beneficios de los programas de RC, en Europa solamente un tercio de los pacientes que tienen un evento cardiológico, se integran en estos programas (75).

Con sus contenidos más relevantes en cuanto a volumen de pacientes atendidos, profesionales implicados, y contenidos, algunos ejemplos se describen (Tabla 1):

Programa	Objetivos. Pacientes
Prevención secundaria en consultas de enfermería Departamento de atención primaria, Aberdeen, Reino Unido	Programa de prevención secundaria comparado con grupo de control. N=1.173 sujetos con alguna forma de cardiopatía isquémica. Aumento en prescripción de ácido acetilsalicílico Mejorar el control de la tensión arterial. Mejorar el control de cifras de lípidos. Incremento de la actividad física. Mejor cumplimiento de la dieta. No reducción de tabaquismo (63).
Programa de prevención secundaria Servicio de Cardiología del Hospital General de Valencia y Área de atención primaria	Reuniones previas y acuerdo de protocolo y objetivos. Control de pacientes por médicos de familia y visita hospitalaria (3-6 y 12 meses). N=305 pacientes con cardiopatía isquémica aguda al alta hospitalaria. Resultados: <ul style="list-style-type: none"> - Fumadores en el principio (41%). Al año (3'6%). - Cifras de presión arterial controladas al año: 90'6% de los pacientes (56% hipertensos). - Cifras controladas de glucemia al año: 89'6% de los pacientes (30% diabéticos). - Colesterol total desciende de 242 a 196 mg/dl. - Colesterol LDL, desciende de 144 a 124 mg/dl. (64).
Programas de RHC en el ámbito de la atención primaria Majadahonda (Madrid), Carranque (Málaga) y Santa Bárbara (Toledo)	Sujetos estratificados como de bajo riesgo, generalmente post IAM. Coordinado desde cardiología y dirigido por medicina de familia. Equipos multidisciplinares, con fisioterapeuta, enfermería y psicólogo en los dos primeros. Compuesto de sesiones regulares conteniendo información sobre ejercicio físico y relajación. Se recorren a lo largo de 8 semanas, distribuido en tres sesiones semanales los dos primeros y ejercicio supervisado durante 18 meses el segundo (65).

Unidad de rehabilitación cardíaca**Hospital Universitario de Valme de Sevilla**

Programa multifactorial que incluye terapia ocupacional.
Asistido desde enfermería y fisioterapia. Colaborando desde terapia ocupacional.
Colaboración de un terapeuta ocupacional.
Se realizan actividades supervisadas en taller, huerto y otros espacios domésticos.
Centrado especialmente en profesionales manuales o con carga física.
Individualización de contenidos (66).

Unidad de rehabilitación cardíaca.**Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid**

Equipo compuesto desde la coordinación de cardiología, con la participación de profesionales médicos y enfermeras de rehabilitación, dietética y salud mental.
Principales resultados:
Mejoría capacidad física. Acortamiento en fecha de regreso al trabajo.
Mejoría en el control factores de riesgo. Disminución en sintomatología ansioso depresiva
Disminución en la morbimortalidad. (64)

Tabla 1 - Ejemplos de programas de RC en Europa.

Según los datos de incidencia sobre el infarto de miocardio (IAM) en España cada médico de familia con una asignación de 2000 personas tiene 1 nuevo IAM cada 2 años en hombres de edades comprendidas entre los 30 y 60 años y 1 nuevo IAM cada 4 años en mujeres entre 25 y 74 años (76).

Sin embargo, cuantitativamente las propuestas y programas de RHC en España continúa siendo muy bajo y poco distribuidos en las distintas comunidades autónomas, siendo Andalucía (la que más unidades de RC tiene en el sector público), el País Vasco o Madrid, donde más desarrollados están estos programas y unidades. Por demás, en otras regiones no existe alguna (63).

En España la población que se beneficia de un PPRC es menor del 3% por lo que esta cifra podría elevarse significativamente si los centros de salud asumieran la RC en pacientes con IAM de bajo riesgo, en los que los riesgos son prácticamente nulos y no requieren vigilancia cardiológica estricta (75).

1.4.3 Rehabilitación cardíaca en atención primaria.

Hay que tener en cuenta el escaso desarrollo en el ámbito de la Atención Primaria de Salud de cualquier formato de programas de rehabilitación cardíaca (Fase III), dándose la realidad por la que la mayoría de los sujetos que son de datos de alta al domicilio, no han tenido la oportunidad de recorrer programa alguno con contenidos que les facilite información y desarrollo de habilidades sobre su enfermedad y sobre los cambios de hábitos aconsejables para su recuperación.

La bibliografía nos pone en evidencia la escasa puesta en práctica de las herramientas y recursos sanitarios para aquellos individuos que más pueden beneficiarse debiendo entenderse la prevención como un espectro continuo desde la prevención primaria a la secundaria.

La oportunidad de mejora evidente en la adherencia a las recomendaciones y tratamiento de sujetos con enfermedad coronaria (EC) una vez que han concluido la fase denominada II y los de bajo riesgo, hace que entre el 60-70% de los pacientes las continúen a los 3 meses, entre el 50-60% a los 6 meses y entre el 30-50% a los 36 meses (77).

Esto estaría estrechamente relacionado con el papel que debe desempeñar los dispositivos de atención primaria para minimizar las recaídas de los enfermos con cardiopatías.

En nuestro ámbito más cercano, y referido en el Plan integral de atención a las cardiopatías de Andalucía (2005-2009) (78), la atención de los pacientes con este tipo de patologías debería realizarse en cada uno de los niveles asistenciales, desde el más próximo como es la atención primaria de salud, y que es nivel fundamental en la prevención para también el riesgo cardiovascular, a la Atención en otras Especialidades (AE), tanto hospitalarias como extra hospitalarias, como la cardiología, rehabilitación, fisioterapia o enfermería comunitaria. También debe considerarse la atención a estos individuos en cualquier situación de emergencia, así en los dispositivos de cuidados críticos de atención primaria (la asistencia a través del

servicio público de emergencias sanitarias (EPES), dispositivos de cuidados críticos (DCCU), y los servicios de urgencias hospitalarios. En el citado documento, se requiere una revisión del modelo asistencial tradicional centrado en la atención a los episodios aislados y agudos hacia un modelo de atención a procesos crónicos basado en la gestión de procesos asistenciales integrados del área cardiovascular, desde el que se garantice la continuidad asistencial.

Es imprescindible que, al alta de la Fase II de la RC, los individuos dispongan de un informe clínico detallado tanto desde el punto de vista cardiológico como enfermero, conteniendo una propuesta de trabajo terapéutico y preventiva para con el paciente, así en relación a ejercicio físico, adecuación en la propuesta terapéutica farmacológica y no farmacológica, y un cronograma de control y supervisión en atención primaria. Es relevante resaltar como el acceso adecuado y posible de los pacientes a estos programas, redundará de forma positiva en el incremento de su adherencia y en menor índice de abandono en su seguimiento.

La demora en derivar los pacientes desde hospitalización a los programas de prevención y rehabilitación cardíaca (PPRC) (no todos los hospitales cuentan con dichos programas), así como la coordinación asistencial en la Fase I del equipo multidisciplinar, puede tener una influencia negativa sobre la evolución de los pacientes atendidos, en cuanto a mortalidad, aumento de reingresos, complicaciones, menor control sobre los factores de riesgo, calidad de vida o sobre la reincorporación laboral.

El mantenimiento de las actividades de rehabilitación cardíaca en estos pacientes, a lo largo de la vida del paciente, que se ha denominado Fase III, siendo también conocida como rehabilitación cardíaca prolongada o a largo plazo, constituye lo que debiera ser el momento donde se debe asegurar la continuidad del proceso asistencial y de las recomendaciones y actividades sin limitación en el tiempo. En esta fase se encuentran incluidos los aspectos multifactoriales inherentes a la prevención secundaria, en particular, lo relacionado con la práctica sistemática de los

ejercicios físicos. Por lo tanto, este periodo debe fundamentarse de forma prioritaria en el control de los factores de riesgo cardiovascular, en el asentamiento de la modificación o cambios en los estilos de vida y en el mejor control por parte de los sanitarios que controlan el seguimiento clínico.

La tercera fase de la RHC se caracteriza entre otras por la especificidad de que el individuo puede ya haberse reinsertado a sus ámbitos laboral, familiar o social, y así durante el resto de su ciclo vital. Entre los principales objetivos de la Fase III, está el concretar pautas y metas a conseguir desde la adherencia al tratamiento farmacológico como a las propuestas de adherencia a la actividad física individualizado, atendiendo a las necesidades y a las preferencias del paciente (programas de ejercicios domiciliarios, programas estructurados en clases formales, práctica deportiva comunitaria u otros).

Supone en sí, esta etapa el mantenimiento a largo plazo de la actividad física y los cambios en los estilos de vida, siendo este periodo donde más se evidencian las acciones de prevención secundaria de la rehabilitación cardíaca, por lo tanto, entre sus objetivos fundamentales figuran los siguientes (42):

- Descenso en la expresión sintomática y signos del proceso cardiológico, tanto frente a esfuerzo físico como en reposo.
- Aumentar en cada caso la capacidad de trabajo físico y psíquico del paciente en función de su perfil personal y profesional.
- Disminuir la tasa de recidiva de episodios cardíacos y la probabilidad de muerte súbita. En general, disminuir la morbimortalidad relacionada. Reducir la frecuencia de nuevos infartos cardíacos no fatales y de la muerte súbita cardíaca, es decir, disminuir la morbilidad y la mortalidad.

Poder llegar a estos objetivos precisa sin duda de expectativas en el tiempo que pueden llegar a ser superiores a un año natural. Todos los pacientes que hayan pasado por un programa de prevención secundaria y rehabilitación cardíaca, serán

candidatos para mantenerse adheridos a un programa prolongado de esta naturaleza.

De forma general, los programas de rehabilitación cardíaca no deben incluir a individuo con procesos inestables u otras patologías concomitantes que dificulten un progreso en el entrenamiento aceptable. Igualmente, no deben participar sujetos con enfermedad mental grave en fase no controlada. Conseguir un control de los factores de riesgo cardiovascular y detectar precozmente la descompensación de estos procesos puede contribuir a reducir la morbimortalidad relacionada. El papel de la atención primaria se entiende fundamental (17).

Estratificación del riesgo

Que el paciente que termina la Fase II de la RC no sea de bajo riesgo puede constituir una contraindicación relativa para la continuación de la RHC en AP. En este sentido, se hace necesario poder estratificar el riesgo cardiovascular al comienzo de cualquier formato de programa de RHC. La definición del riesgo, tras el evento cardíaco, por tanto, es fundamental para diseñar los contenidos individualizados de los programas en los centros de atención primaria o en las unidades hospitalarias de rehabilitación cardíaca. Esta definición nos viene dada por los siguientes aspectos:

- Antecedentes personales: angina o IAM previos, presencia de factores de riesgo cardiovascular.
- Características clínicas: episodios agudos, complicaciones, necrosis, extensión del IAM, etc.
- Parámetros aportados por la ergometría realizada antes del alta clínico-hospitalaria.

La consideración de estos aspectos aportará información individualizada que será clave para la adecuación de las propuestas en actividad física (frecuencia cardíaca de entrenamiento), atendiendo a la seguridad del individuo.

El papel que se desarrolla fundamentalmente a nivel de AP es un adecuado control y la detección precoz de los factores de riesgos cardiovasculares reduciendo

de este modo la morbimortalidad que originan estas enfermedades.

En España, referido en apartado anterior, hay experiencias de la atención de pacientes de bajo riesgo en los Centros de Salud de Majadahonda (Madrid), Carranque (Málaga) y Santa Bárbara (Toledo), siendo características en ellos:

- Pacientes de bajo riesgo, generalmente post IAM
- Dirigidos por Médico de Familia, coordinado con cardiólogo responsable del PPRC.
- Equipos multidisciplinares, con fisioterapeutas, enfermería
- Sesiones con contenido relacionado con actividad física, relajación y educación sanitaria.
- Control de los factores de riesgo
- Programas de 2 meses, 3 días por semana y posterior seguimiento de 1-1'5 años de ejercicios (63).

1.4.4 Programas de intervención sobre la autoeficacia en rehabilitación cardíaca.

Hace ya una década, se evidenció a través de meta-análisis, que la reducción de factores de riesgo, la mejora en los estilos de vida y la reducción de síntomas depresivos se asociaba, de forma conjunta, con una reducción de la recurrencia de infarto de miocardio en un 29% (79).

Las evidencias en la literatura sobre las afirmaciones anteriores han ido aumentando en el tiempo. Se han sucedido estudios que no demostraron significación estadística para la reducción de la mortalidad tras intervenciones multifactoriales incluyendo terapia psicológica. Sin embargo, en 2001, se evidenciaron las implicaciones clínicas de una reducción en el estrés psicológico sobre el pronóstico cardíaco en pacientes post infartados. En estos pacientes, el cambio en sus cogniciones condujo a cambios en el comportamiento (80). Un estudio realizado en Nueva Zelanda evaluando el efecto de una intervención básica

sobre pacientes hospitalizados por infarto de miocardio, consistente en tres visitas de un psicólogo - discusión sobre las posibles causas del ataque cardíaco, las posibilidades de minimizar el riesgo cardiovascular en el futuro, y el planteamiento de un plan de acción - frente a cuidado convencional en el grupo control, reveló diferencias significativas entre grupos en cuanto a creencias sobre las consecuencias del evento y las capacidades individuales para su control futuro. Estas diferencias se mantuvieron con significación tres meses después (81). Esta mínima intervención tuvo también impacto en el retorno al trabajo.

El incremento de intensidad de las posibles intervenciones no es necesariamente la respuesta a las posibilidades de mejora en variables dependientes como el grado de adherencia al tratamiento o estado emocional, dado que pueda aparecer como riesgo el que, a mayor número o más intensivas intervenciones, aumente la dependencia del paciente respecto del profesional sanitario (82). Específicamente, en programas de RC, existen evidencias sobre el efecto que el incremento de la autoeficacia produce sobre la predicción de reincorporación laboral, función física y ejercicio. En el Estudio de Fors, sobre 199 pacientes, menores de 75 años, con antecedente de síndrome coronario agudo, se pone en evidencia en comparación con grupo control mejora en puntuación en autoeficacia y en tiempo preciso para la reincorporación al trabajo (83).

En España y dentro de propuestas específicas se incluyen objetivos que intenten disminuir el impacto emocional que los eventos cardíacos producen, especialmente el infarto de miocardio, sobre los pacientes y también la tasa de recidiva de los mismos (Tabla 2).

Objetivos generales

Posibles objetivos específicos

Reducir la intensidad del estrés emocional que produce el infarto de miocardio	<p>Modificar reacciones emocionales disfuncionales post-IAM:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modificar cogniciones disfuncionales acerca de las repercusiones del infarto en el desarrollo de actividades habituales. - Ajustar (aumento o disminución) el nivel de actividad inicial post-IAM.
Reducir la probabilidad de ocurrencia de posteriores infartos de miocardio	<p>Intervenir sobre hábitos comportamentales de riesgo coronario:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantener a largo plazo hábitos saludables ya existentes (abstinencia de tabaco, dieta alimenticia adecuada, ejercicio físico regular y moderado). - Eliminar hábitos de riesgo coronario presentes actualmente (consumo de tabaco, dieta alimenticia adecuada, inactividad física). <p>Intervenir sobre el estrés:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entrenamiento en habilidades de afrontamiento de situaciones estresantes. - Reajustes de modos de funcionamiento (familiar, laboral, social) que promuevan una actividad adecuada en condiciones saludables.

Tabla 2 - Objetivos terapéuticos generales en RC (70).

En el desarrollo de técnicas terapéuticas para la consecución de los citados objetivos, se proponen para la reducción del impacto emocional del IAM (Tabla 3).

Objetivo	Mejorar la información acerca de los efectos o consecuencias de un evento cardíaco sobre la función habitual del individuo.
Estrategia terapéutica	Informar.
Descripción del procedimiento	Aportar información clara y concreta sobre las repercusiones del IAM sobre la vida diaria u ordinaria del individuo a corto, medio y largo plazo, con especial insistencia en aclarar distorsiones cognitivas detectadas en la evaluación inicial del paciente.
Objetivo	Modificar ideas irracionales sobre el hecho de haber padecido un IAM y de las consecuencias de este.
Estrategia terapéutica	Estrategias cognitivo-conductuales.
Descripción del procedimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Explicación de relaciones pensamiento-emoción-conducta. - Entrenamiento en auto registro de pensamientos disfuncionales. - Identificación de pensamientos disfuncionales, mediante auto registro de los mismos en períodos entre sesiones. - Discusión racional paciente/terapeuta sobre la adecuación de los pensamientos registrados. - Planificación paciente/terapeuta de experimentos conductuales que aporten evidencia empírica sobre la racionalidad/irracionalidad de los pensamientos disfuncionales del paciente. - Realización, en los períodos entre sesiones, de los experimentos conductuales planificados.

	<ul style="list-style-type: none"> - Discusión paciente/terapeuta sobre los resultados de los experimentos conductuales realizados.
<p>Objetivo Estrategia terapéutica</p>	<p>Ajustar (aumento/disminución) el nivel de actividad inicial tras el IAM. Planificar sistemática de actividad.</p>
<p>Descripción del procedimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Auto registro de actividades diarias. - Discusión sobre adecuación (ventajas(inconvenientes), a corto, medio y largo plazo, sobre las actividades realizadas - Discusión y decisión de objetivos (parciales y finales) a conseguir en esta área. - Discusión y elaboración de un plan semanal de actividades que acerque, progresivamente al paciente a los objetivos marcados. - Realización, en los períodos entre sesiones, del plan de actividad elaborado. - Retroalimentación y reforzamiento en función de la adherencia al plan semanal de actividades. - Elaboración de un nuevo plan en función de los resultados del anterior (modificación, en caso necesario, de objetivos planteados inicialmente).
<p>Objetivo Estrategia terapéutica</p>	<p>Aumentar el conocimiento sobre factores de riesgo. Informar.</p>
<p>Descripción del procedimiento</p>	<p>Aportar datos objetivos sobre factores de riesgo coronario, con especial atención a aquellos respecto a los cuales, en la evaluación inicial, se haya detectado la existencia de ideas erróneas por parte del paciente.</p>
<p>Objetivo</p>	<p>Modificar hábitos conductuales de riesgo coronario (tabaquismo, alimentación saludable, actividad física regular). Prevenir retroceso en la adecuación de estos hábitos.</p>
<p>Estrategia terapéutica</p>	<p>Programas cognitivos comportamentales para la modificación de hábitos conductuales.</p>
<p>Descripción del procedimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Introducción y recogida de datos. - Explicación de los objetivos de la intervención. - Información sobre los mecanismos que explican el mantenimiento del hábito tabáquico (antecedentes conducta-consecuencias). - Entrenamiento en la utilización de auto registros. - Elaboración de lista de ventajas e inconvenientes de la conducta de fumar. - Descomposición del hábito tabáquico desde la desvinculación de los estímulo-respuesta-consecuencia y entrenamiento en habilidades de afrontamiento diversas: - Registro de consumo y análisis del mismo. Ejercicios de control de estímulos y prevención de respuesta. - Entrenamiento en habilidades sociales. - Actividades para reducir carácter reforzante de la conducta de fumar. - Entreno en técnicas de relajación. - Detección y análisis de distorsiones cognitivas y creencias relevantes. - Comprobación de abstinencia: <ul style="list-style-type: none"> • Negociación del momento y duración de los períodos de prueba. • Prevención de dificultades y ensayo de estrategias para controlarlas. • Análisis y búsqueda de soluciones de las dificultades encontradas en los períodos de prueba. • Refuerzo de los logros alcanzados durante los períodos de prueba. - Mantenimiento de la abstinencia: <ul style="list-style-type: none"> • Anticipación de escenarios que potencialmente supongan riesgo de recaída. • Anticipación de las posibles consecuencias de mantenimiento de la abstinencia.

	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de las estrategias aprendidas previamente.
Objetivo Estrategia terapéutica	Aumentar las habilidades del afrontamiento del estrés Inoculación del estrés
Descripción del procedimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Explicación al paciente de la naturaleza de las reacciones de estrés y sus manifestaciones. - fisiológicas, cognitivas y conductuales. Información sobre las diferentes etapas de un afrontamiento para una situación de estrés (preparación, enfrentamiento con la situación, manejo de momentos de máxima tensión y de la sensación de ser superado por la situación y auto refuerzo por la superación de la situación o reflexión sobre el fracaso en el enfrentamiento). - Entrenamiento en uso de herramientas que faciliten el control de la activación fisiológica (ej. Relajación), de las manifestaciones cognitivas disfuncionales (Reestructuración cognitiva y entrenamiento en auto instrucciones funcionales para hacer frente a las distintas fases de la experiencia estresante). - Ensayos en imaginación y en vivo, de enfrentamiento a situaciones progresivamente más estresantes y puesta en práctica de las habilidades aprendidas previamente.
Objetivo Estrategia terapéutica	Reducir el exceso de implicación laboral y aumento de adherencia a la práctica de ejercicio físico regular y moderado Programación racional del tiempo
Descripción del procedimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Auto registro de actividades diarias. - Discusión sobre adecuación de la actual distribución de actividades trabajo-ocio. (ventajas/inconvenientes a corto, medio y largo plazo). - Discusión y decisión sobre objetivos a conseguir en esta área. - Planificación de programa de actividades laborales y de ocio que acerque progresivamente al paciente a los objetivos marcados. - Reforzamiento de los logros alcanzados.

Tabla 3 - Estrategias psicoterapéuticas tras IAM (69).

1.4.5 Actividad física en la fase III en un programa de rehabilitación cardíaca.

Se conoce que la realización de actividad física en intensidad moderada puede llegar a reducir hasta un 50% el riesgo de enfermedad coronaria y en un 30% el de presentación de diabetes, hipertensión o cáncer de colon. Las necesidades de actividad física dependen de los objetivos que pretendamos. Así, para reducir un 40% los triglicéridos hacen falta 250 kcal por semana de actividad física, mientras que para reducir el mismo porcentaje en colesterol rico en lipoproteínas de alta densidad (HDL-c) se precisan 1800 kcal de actividad física semanal.

Se considera que la recomendación general de hacer 30 minutos al día

actividad física moderada es válida para mejorar el estado de salud, pero insuficiente para evitar la subida de peso, aspecto que se logra con al menos 60 minutos diarios de actividad física moderada.

La hipertensión arterial, enfermedad de gran prevalencia (30'4% de la población andaluza según estudio DRECA-2 (28% en mujeres y 33'1% en hombres), aumenta el riesgo de enfermedad coronaria en 3'5 veces y de ictus. En estudios epidemiológicos se ha encontrado una clara relación entre la presión arterial en reposo y el nivel de actividad física, tanto en hombres como en mujeres (83). El simple ejercicio de resistencia de forma regular disminuye 5-7 mmHg de media en hipertensos comparado con normotensos. Incluso reducciones de 2-3 mmHg debidas al entrenamiento de resistencia logra disminuir la probabilidad de ocurrencia de enfermedad coronaria en un 5-9%, de ictus en un 8-14% y de muerte global en un 4% de la población general (83).

La actividad física aeróbica se relaciona de forma inversa con los niveles de colesterol total y con la relación entre colesterol total y el HDL-c. La práctica regular de ejercicios de resistencia disminuye la concentración plasmática de triglicéridos y aumenta de forma dosis-dependiente las HDLc, pero rara vez influye en el colesterol total y en el colesterol rico en lipoproteínas de baja densidad (LDL-c), a menos que se reduzca el consumo de grasas y se pierda peso corporal.

Casi el 22% de todos los casos de enfermedad coronaria a nivel mundial pueden atribuirse a la inactividad física o a un estilo de vida sedentario. Las personas que hacen ejercicio de forma regular tienen un riesgo relativo 1'5 a 2'4 menor de incidencia de evento coronario agudo que las que son sedentarias (84). Incrementar el nivel de actividad física, y el mantenimiento de su práctica en el tiempo produce adaptaciones fisiológicas en el aparato circulatorio y en la función cardiovascular. La práctica regular constituye en gran modo parte de la propuesta terapéutica a los pacientes cardiopatas. Es por tanto primordial que los pacientes que han sufrido un evento cardíaco, independientemente de la estratificación de riesgo cardiovascular,

adopten una actitud de auto instrucción en el ejercicio físico regular, formando parte de su vida diaria. El objetivo será pues mantener la capacidad física óptima alcanzada, de acuerdo a la condición clínica de cada paciente.

A la finalización de la segunda fase debe establecerse y acordarse con el paciente el plan de ejercicio que a largo plazo deberá recorrer. Debería acordarse también con el paciente cual es el mejor momento para la realización de la actividad física, detectar sus preferencias y donde estarían sus límites en capacidad. En los pacientes cardíacos, concretamente con enfermedad coronaria deben animarse a recorrer ejercicio físico aeróbico de forma continuada y con intensidad moderada. Existirán diferentes preferencias por los individuos en cuanto al formato de realización de actividad física. Así quienes prefieran programas domiciliarios con un estilo propio, o quienes prefieran la supervisión profesional en gimnasios sintiéndose así obligados a la asistencia y realización (17).

1.4.5.1 La individualización para el entrenamiento físico en la rehabilitación cardíaca

Cualquier propuesta de entrenamiento físico debe plantearse atendiendo a variables que son individuales en cada individuo, habremos por tanto de considerar el sexo, la edad, la estratificación del riesgo cardiovascular tras el evento cardíaco, la concomitancia de otras patologías, así como el pronóstico y expectativa de vida. Las consecuciones de objetivos en estas propuestas precisan de la aplicación de metodología adecuada (clínica, ergométrica, ecocardiográfica, radioisotópica, etc.) que permitan la estratificación del riesgo del paciente. La individualización en la propuesta rehabilitadora irá determinada por el análisis de la situación del paciente y en función de su resultado determinar el contenido y la intensidad de la misma. Todos estos elementos determinarán la necesidad o duración de la supervisión de las sesiones de ejercicios o de una posible monitorización electrocardiográfica. Es muy importante que el programa de entrenamiento físico tenga en cuenta las características, requerimientos y preferencias individuales de los pacientes, lo que incluye un análisis de sus necesidades laborales o vocacionales de manera que se

propicie una adherencia prolongada a la rehabilitación. El objetivo fundamental es hacer ejercicio a largo plazo y que este sea ameno y cómodo para los pacientes (85).

El espacio donde pueden realizarse las propuestas de actividad física son diversas, atendiendo a los recursos disponibles, las posibilidades y las preferencias del propio paciente. Así, desde el propio domicilio, centro de salud perteneciente, polideportivos comunitarios, gimnasios especializados, siempre teniendo presente la necesidad de disponer de forma cercana de servicios sanitarios de urgencias y que se observen medidas de precaución, como por ejemplo, la finalización a satisfacción de la fase II de la rehabilitación, que aporte el informe de alta, se realice revisiones cardiológicas con cierta periodicidad, tenga una capacidad funcional suficiente (al menos 5 METS -Un MET es la cantidad de oxígeno consumido por kg de peso corporal por minuto-) y que este clínicamente estable. En la bibliografía se recogen diferentes propuestas para dotar de contenidos las actividades físicas (Tabla 4) .

Planificación

El desarrollo de la fase II en RHC precisa tener en consideración varios aspectos o criterios:

- Homogeneidad en el criterio del equipo multidisciplinar.
- Resultados obtenidos en la ergometría.
- Estratificación de severidad del evento de enfermedad sufrido.
- Información individualizada sobre la aptitud física anterior del paciente y de posibles limitaciones osteo-articulares.
- Hoja de tratamientos farmacológicos actualizada.
- Edad y sexo del paciente.
- Actividad laboral del paciente.

Selección del paciente

Puede darse la necesidad de establecer criterios de priorización de los sujetos a incluir en programas de entrenamiento en la comunidad. Así pueden establecerse estos criterios en función de :

Mejora significativa de la capacidad funcional desde el evento cardíaco.

Adaptación psicológica a la enfermedad crónica.

Compromiso para los cambios de estilo de vida a largo plazo.

Habilidad de moderar o adecuar intensidad del ejercicio físico.

Habilidad de reconocer signos y síntomas de alarma (dolor precordial, etc.).

Ser capaz de identificar objetivos en relación a la modificación de factores de riesgo cardiovascular.

Criterios de base en el inicio de la actividad física en fase III

El sujeto debe haber finalizado las actividades propuestas durante programa específico de fase II, y, antes de iniciar la siguiente, ser evaluado por el equipo rehabilitador antes del comienzo.

El paciente deberá portar su informe clínico correspondiente para facilitar al equipo responsable de la fase III su información clínica y poder planificar sus cuidados.

Es preciso que el individuo reciba información específica y firme el consentimiento facilitado por escrito.

Reevaluar al paciente cuando presente algún cambio respecto a la evaluación inicial.

En el caso de detectarse cualquier afectación o menoscabo en la capacidad funcional del sujeto, este deberá ser derivado a su médico de familia o cardiólogo en su caso. Deberán considerarse variables universales de cada paciente, como su edad, sexo, riesgo cardiovascular estratificado o patologías intercurrentes a su proceso.

Por lo tanto, la prescripción del ejercicio debe ser individual, con la colaboración del paciente y siguiendo los mismos criterios de entrenamiento de la fase II.

Contenidos y duración

Prácticamente la totalidad de los individuos que se incluyen en programas en fase III podrán llevar a cabo ejercicios físicos dinámicos, así caminar, correr, hacer bicicleta estática o usar ciclo ergometría, natación o remo. Las recomendaciones deberían haber sido especificadas al terminar la fase II.

Se recomendará de forma general la realización de sesiones por un periodo no superior a 45 minutos. Se pondrán de forma general y común a estas sesiones:

- 10 minutos de calentamiento.

En esta etapa se realizan ejercicios ligeros. Se comienza por las articulaciones distales de los miembros inferiores (para mejorar el retorno venoso, incrementar la temperatura corporal, valores hemodinámicos y la intensidad al esfuerzo) e ir incrementando la cantidad de grupos musculares involucrados.

- 30 minutos de ejercicio dinámico de mayor intensidad.

Aquí se trabaja cualidades físicas que el paciente necesita desarrollar, tales como la fuerza, el equilibrio y la coordinación, así como la elasticidad muscular y la intensidad del ejercicio.

- 5 minutos de enfriamiento

Es el periodo final del ejercicio y se trabaja con movimientos sencillos y ligeros, con el objetivo de relajar y estirar los grupos musculares que han intervenido durante el ejercicio y, de esta forma, regresar a los valores basales de los parámetros hemodinámicos del inicio de la sesión.

Intensidad

Para aumentar la capacidad funcional es conveniente alcanzar una intensidad del ejercicio físico que debe mantenerse entre una frecuencia cardíaca del 75% y 85% de la frecuencia máxima alcanzada en la prueba de esfuerzo. Esta frecuencia cardíaca se determina como frecuencia cardíaca de entrenamiento (FCE).

También se puede determinar mediante la fórmula de Karvonen:

$$FCE = (FC \text{ máxima alcanzada} - FC \text{ basal}) 75\%-85\% + FC \text{ basal.}$$

Para la determinación de esta fórmula es imprescindible obtener la FC máxima durante el esfuerzo y la FC durante el reposo.

Otra forma de valorar la intensidad al ejercicio es mediante la apreciación subjetiva del esfuerzo percibido en la escala de Borg. Es una escala muy utilizada en el entrenamiento físico de pacientes con trasplante cardíaco o portadores de marcapasos u otros dispositivos en los cuales no está presente la respuesta fisiológica de la FC al ejercicio. Es de obligado cumplimiento, por parte de los profesionales, enseñar a los pacientes la toma del pulso (radial, carotídeo, cubital...) en las distintas fases del entrenamiento físico. Con esta determinación, el paciente aprende a autorregularse la intensidad del ejercicio, cuando éste participe en un PPRC sin supervisión.

Frecuencia

La frecuencia recomendada para la práctica del ejercicio físico en el paciente cardíopata es de tres a cinco sesiones por semana.

Recomendaciones antes del inicio del ejercicio físico

Todo paciente que presente síntomas o se encuentren clínicamente inestable no debe incorporarse al ejercicio físico. Igualmente, no deben de hacer ejercicio físico:

- Si presentan fiebre, gripe o cualquier tipo de infección, indisposición o enfermedad aguda sistémica.
 - Si tienen episodios de dolor anginoso.
 - Si presentan valores tensionales en reposo superiores a 180/110 mmHg o, por el contrario, valores tensionales bajos.
 - Si tienen, antes de comenzar el ejercicio, FC alta en reposo (igual o superior a 100 l/m) o FC más baja de lo habitual.
 - Si hay presencia de asfixia, palpitaciones o mareos.
 - Si realizan el ejercicio sin haber trascurrido unas tres horas después de comer.
- El paciente debe ser conocedor de los signos y síntomas de intolerancia al esfuerzo. Deberá conocer el protocolo de la toma de nitroglicerina en caso de dolor anginoso e informar inmediatamente al equipo de entrenamiento.

Complicaciones

La seguridad de este tipo de programas ha sido evaluada en diversas investigaciones. La presencia de situaciones adversas, como un paro cardiorrespiratorio, se encuentra contemplada en 120.000/horas por paciente y de un evento mortal en un 750.000/horas por paciente. El ejercicio físico es una sobrecarga para el sistema cardiovascular, y no está libre de complicaciones.

Algunas de las complicaciones asociadas a la práctica del ejercicio físico intenso son: lesiones osteomusculares, traumatismos, síndrome de sobre entrenamiento físico, tendinitis, fracturas por estrés, hipotensión arterial asociada al ejercicio, bloqueos del sistema de conducción, síncope, trombosis coronaria aguda, o muerte.

Ubicación. Requisitos

Para la práctica de la actividad física permitida, se puede realizar en:

Polideportivos municipales; centros de atención primaria; gimnasios especializados; asociaciones o clubes de pacientes coronarios o en el propio domicilio del paciente.

—El lugar debe ser adecuado al número de pacientes que acuden, con buena ventilación, iluminación, temperatura y humedad adecuada.

—Debe estar equipado con desfibrilador y material necesario para la resucitación cardiopulmonar. Los protocolos de actuación y manejo de los aparatos deben estar visibles.

—El lugar en que se efectúe el ejercicio físico debe tener un acceso rápido a los servicios de emergencias.

Tabla 4 - Propuestas de actividad física en RC (17).

La realización de cualquier propuesta de actividad física, incluida en un programa de rehabilitación debe comenzar por facilitar al paciente información detallada e individualizada sobre los beneficios, y también los potenciales riesgos que la actividad física pueda detraer. El individuo deberá aceptar la información y expresar su acuerdo firmando documento específico de consentimiento, lo que conforma documento de validez legal.

De la misma forma, cualquiera de estas propuestas terapéuticas debe ser coordinadas y supervisadas por profesionales con cualificación específica acreditada

y contrastada. De forma general los miembros de estos equipos profesionales deben estar adiestrados en reanimación cardiopulmonar o sport vital básico, realizando actualizaciones frecuentes.

Los contenidos de estas propuestas deben ser revisados de forma periódica y conjunta por médicos de familia y cardiólogos, siendo adaptados a cada caso, atendiendo a diagnóstico, evolución, estratificación, capacidad física, disponibilidad de recursos temporales y las preferencias del paciente. Los centros de AP que disponen de ciclo ergómetro y pulsómetros (o monitores de FEC) pueden realizar un programa de ejercicio físico supervisado por el personal del centro (fisioterapeuta y enfermería).

Podría suceder que no se den estas condiciones en cuanto a recursos, en cuyo caso la actividad puede realizarse de forma no supervisada, aunque sí atendiendo a una propuesta previa específica, en cuanto a intensidad, duración y regularidad.

- Ejercicio físico supervisado

Aquellos equipos de atención primaria que dispongan de cicloergómetros y pulsómetros podrían planificar sesiones semanales de pedaleo en el ciclo ergómetro bajo la supervisión del personal de enfermería.

- Ejercicios no supervisados

De este tipo de programa, ajustado a la realidad del sistema sanitario donde la falta de recursos económicos limita la posibilidad de adquisición de materiales específicos para la actividad física en los centros de salud, también se evidencian beneficios en los pacientes. De igual forma, es de elección para aquellos sujetos con dificultad para el desplazamiento, atendiendo estos a las propuestas que al finalizar la fase II les haya sido planteada por su cardiólogo o médico de familia en su caso, con indicación de la frecuencia, intensidad y duración, que revisará y ajustará en función del progreso (17).

1.4.6 Nutrición en la fase III de la rehabilitación cardíaca

La obesidad es la enfermedad metabólica más prevalente del mundo desarrollado y constituye una de las causas fundamentales de morbimortalidad. En España, según estudio que la Sociedad Española para el Estudio de la obesidad (SEEDO) publicó en 2005, el 15'5% de la población adulta de 25 a 60 años tiene obesidad, siendo, frente a los hombres, mayor en mujeres (17'5% vs. 13'2%). En cambio, si consideramos el sobrepeso los hombres tienen una prevalencia superior: 46'4% vs 32'9% (conjunto: 39'2%) (87).

Ya está ampliamente demostrado la relación entre el índice de masa corporal ($IMC = \text{peso (kg)}/\text{talla (m)}^2$) y obesidad con mayor morbimortalidad tanto con IMC inferior a 22'5-25 kg/m² por mayor riesgo de enfermedades respiratorias y cáncer de pulmón como por IMC superior a 30. Así, cada incremento en 5 kg/m² se asocia con un aumento en un 30% de la mortalidad global, un 40% en la mortalidad cardiovascular, un 10% de mortalidad por cáncer y un 20% de mortalidad por otras causas (87).

Además, la obesidad es el factor de riesgo más importante para la aparición de diabetes mellitus tipo 2. El 60% de los obesos ya presentan intolerancia a los hidratos de carbono y el 80% de los diabéticos tienen sobrepeso u obesidad. El riesgo es tal, que las personas con un $IMC > 35 \text{ kg/m}^2$ tienen un riesgo 40 veces superior de desarrollar diabetes mellitus (87).

De la misma manera que para la diabetes, los obesos tienen mayor prevalencia de hipertensión arterial, con mayor influencia en personas con obesidad central. De hecho, parece haber una relación clara entre obesidad, diabetes e hipertensión arterial. La hiperinsulinemia secundaria a la resistencia insulínica puede incrementar la presión arterial por el efecto antinatriurético propio de la insulina. Además, ésta estimula la proliferación endotelial y de la musculatura lisa. Finalmente, la insulina alcaliniza y aumenta el sodio a nivel intracelular a través de la estimulación del transportador de membrana Na^+/K^+ . La alcalinización promueve el crecimiento

celular y puede provocar un aumento de la capa muscular de la pared vascular. Por otro lado, la entrada de sodio en las células disminuye la salida de calcio por el transportador $\text{Na}^+/\text{Ca}^{++}$ y el aumento de calcio en el interior de las células musculares lisas vasculares produce hiperreactividad vascular e hipertensión arterial.

Lo interesante en intervenir decididamente sobre la obesidad estriba en que pérdidas de tan sólo 5-10 kg de peso logra mejorar el control glucémico, de presión arterial y valores lipídicos, así como de las necesidades de fármacos hipoglucemiantes. Incluso se han descrito casos en los que reducciones de hasta 20 kg de peso han conseguido hacer remitir la diabetes (87).

1.4.7 Deshabitación tabáquica en fase III de rehabilitación cardíaca.

La inhalación de humo de cigarrillo se considera la principal causa aislada de morbilidad y mortalidad prematura prevenibles en los países desarrollados. Su relación con enfermedades cardiovasculares, respiratorias crónicas y cáncer está ampliamente demostrada, al igual que los beneficios en reducción de riesgo de morbimortalidad con el cese de su consumo (88). Según los últimos datos disponibles de la Encuesta Nacional de Salud de 2006, en España un 29'50% de la población es fumadora activa (35'33% en hombres y 23'88% en mujeres) y un 20'53% exfumadora. Por tanto, ha disminuido desde el 38'1% que se obtuvo en 1987 y del 34'1% que se obtuvo en 2001.

Se ha demostrado una relación dosis-efecto entre tabaco y enfermedad cardiovascular, calculándose que por cada 10 cigarrillos diarios fumados se incrementa en un 18% la mortalidad y hasta un 31% en mujeres. Lo interesante es que el abandono del hábito tabáquico puede ayudar a disminuir el riesgo de sufrir un evento cardíaco hasta igualarse con el riesgo en la población no fumadora, tras 2-3 años de abandonar dicho hábito (88).

1.4.8 Enfermería en la fase III de la Rehabilitación Cardíaca

La fase III de la RC en AP comienza en las consultas de enfermería comunitaria con una realización y edición de la valoración integral al paciente y también información relevante y relacionada de su familia. Se debe incorporar a los datos registrados toda la información clínica contenida en los informes emitidos por cardiólogo y enfermería a la finalización de la fase II hospitalaria. En la primera entrevista es importante que el paciente conozca a la enfermera responsable en su cuidado, intentando aumentar la confianza en el paciente y facilita la comunicación.

Es fundamental la existencia de un modelo de atención enfermera, que constituya un marco o contexto en el que llevar a cabo análisis de situación y toma de decisiones, así como para poder clarificar los distintos tipos de problemas de salud es imprescindible para establecer una correlación entre el mundo del conocimiento y el de la práctica.

Según Beare y Myers, debe ser objetivo al planificar el alta de la fase II en RC garantizar que el autocuidado y el cuidado asistencial se prolonguen. Se entiende así como el procedimiento por el que el paciente es remitido desde un nivel asistencial a otro, con el objetivo final de su incorporación a sus actividades diarias, individuales y en sociedad (89).

Debe, por tanto, promoverse la provisión de una cartera de servicios en salud, en este caso cuidados coordinados y sin fracturas mediante la coordinación de enfermería y el resto del equipo interdisciplinario.

El informe de continuidad de cuidados proporciona información fundamental sobre el cuidado que ha recibido el paciente y familia, realizados por enfermería, durante su estancia hospitalaria y las recomendaciones que se hacen al alta, tanto para él como a las enfermeras comunitarias que se harán cargo de su cuidado (17, 67).

El modo en que se debe contactar con el paciente, y así lo recoge el vigente

Plan Andaluz de atención al paciente con cardiopatía (78), es a través de vía telefónica o visita domiciliaria, que se hace dentro de las 48 y 72 horas del alta hospitalaria, si es en fin de semana o festivo. El contacto con el paciente o con el cuidador principal a través de vía telefónica, informa del requerimiento de los cuidados, aceptación del proceso y la citación en la consulta de crónicos para establecer el plan individual de cuidados.

El diagnóstico de enfermería facilita la propuesta de contenidos para la rehabilitación, permitiendo su codificación y medición de variables específicas en la taxonomía enfermera (89).

En el ámbito de la atención primaria, es posible la aplicación del modelo enfermero de Marjory Gordon, a lo largo de los 11 patrones funcionales que conforman su estructura. Utilizar este modelo, a través de sus patrones de función, permite una codificación general y específica, tanto del diagnóstico como de cada propuesta terapéutica y facilitar así la medición del impacto de cualquier intervención (90).

Actualmente el papel de la enfermería es facilitar la adquisición y el sostenimiento de la adherencia a conductas saludables, empoderando al paciente desde el conocimiento de su propia enfermedad, y de las posibles complicaciones que se pueden prevenir, procurando hacerlo responsable de su salud e incluyéndolo en las tomas de decisiones. La educación para la salud ha demostrado ser la herramienta que permite eficacia y bajo costo para la prevención. El planteamiento de propuestas de contenidos en programas de educación terapéutica debe tener en cuenta (89):

- a) La actualidad clínica del paciente y la actualización en información sobre variables relacionadas con ella u otras patologías.
- b) Las creencias y preferencias del individuo y de su entorno familiar.

- c) Conseguir poner en práctica las recomendaciones que mejor evidencia científica tengan como aval, disponibles proporcionadas por la investigación.
- d) El entorno clínico en el que se trabaja y los recursos de los que se pueda disponer.

El uso de una metodología científica de trabajo, utilizando las taxonomías NANDA, NOC y NIC (90-92), orienta la labor enfermera con una perspectiva integradora del paciente, permite recabar la mejor información relacionada con el paciente y su actitud comportamental para con su propio cuidado, incluyendo sus hábitos sanitarios, factores de riesgo y medicamentos. Así, según las intervenciones estandarizadas enfermeras, se podrían describir sus áreas competenciales en RC:

Punto de partida. Analizar la situación clínica

1. Debe iniciarse el plan de cuidados con una adecuada anamnesis, que incluya tanto datos subjetivos como también objetivos, así en relación a la enfermedad, capacidad funcional y actitudes para con el autocuidado en salud.
2. Evaluación integral del individuo y de los miembros de su familia conviviente. Deberá centrarse sobre datos relacionados con el proceso cardíaco y también sobre su capacidad funcional y de autonomía, pudiendo aplicar la escala de Barthel.
3. Medir el grado de adherencia al tratamiento farmacológico a través del cuestionario de Moriski-Green.
4. Evaluar el nivel de información que el paciente y la familia tengan acerca de su proceso de enfermedad.

Una vez realizada la primera evaluación y recopilados datos relacionados, deberá compartirse con el sujeto:

- a) Cuestionando al mismo sobre el grado de información en relación a su proceso
- b) Dando información sobre las metas que se proponen en la intervención
- c) Explorando la motivación del paciente para con la propuesta de autocuidado
- d) Estableciendo un cronograma de trabajo

Proceso de cambio: Determinar si el paciente tiene conocimientos adecuados

acerca del estado de los cuidados de salud.

La necesidad de la responsabilidad del paciente.

1. Es preciso explorar la expectativa del paciente para con el potencial beneficio de la actividad física en su salud.
2. Facilitar la modificación de conductas hacia una actitud de cuidado responsable.
3. Explorar la posibilidad y fase del paciente en caso de ser fumador para iniciar la deshabituación tabáquica. Así esta forma, utilizar los test de Richmond y de la dependencia de nicotina mediante el test de Fagerström.
4. Determinar el grado de resistencias al cambio conductual que el paciente puede presentar (argumentar, interrumpir, negar, ignorar).
5. Estimular al individuo en la propia autoevaluación como herramienta para situar un punto de partida.
6. Evaluación en el individuo de la esfera afectiva y de sus recursos de afrontamiento ante el estrés a través de herramientas psicométricas, como las escalas de ansiedad (Hamilton), depresión (Zung) (Golberg), acontecimientos estresantes (Paykel). Valoración del paciente en cuanto a su estado de ánimo, ansiedad psíquica y somática, niveles y recursos ante el estrés.
7. Colaborar con el sujeto en la consecución de una actitud de autocuidado y control de la progresión de la enfermedad

Es preciso editar y facilitar al paciente la suficiente información que le permita iniciar y mantener un proceso de aprendizaje continuo y experiencias de enseñanza que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud de la persona (89-93).

Es preciso también identificar las causas del comportamiento humano, modificar conductas establecidas, entender que el ambiente con el que el individuo interacciona (entorno social y familiar) influye en la motivación por el cambio y establecer un diálogo con el paciente cuyo objetivo es la auto responsabilización en la mejora de la calidad de vida y expectativas de salud. La profesión enfermera, tanto hospitalaria como en atención primaria de salud tiene un escenario privilegiado para intentar facilitar los procesos de cambio en el individuo.

Hay varios tipos de intervención educativa que se pueden utilizar:

- Recomendaciones y asesoramientos: información breve aprovechando una demanda de consulta.
- Educación individual: series de consultas educativas programadas.
- Educación grupal: dirigidas a un grupo homogéneo de pacientes, talleres, cursos, sesiones...
- Información y comunicación: folletos, carteles, Internet...
- Acción y dinamización social: colaboración con asociaciones o grupos de la comunidad (17).

Rol de la enfermería gestora de casos

Esta figura ha venido a aportar altos niveles de eficiencia dentro de los sistemas sanitarios, precisamente por optimizar de sede su posición los recursos pertenecientes a diferentes niveles asistenciales, de forma general, y también claro en los programas de rehabilitación cardíaca. La cualificación precisa y el acceso a los recursos facilitan la transición desde el ámbito hospitalario y la atención primaria, donde se desarrollarán los programas en fase III.

Como objetivo principal destacaremos el desarrollo y la coordinación de un programa planificado de intervenciones adaptado y consensuado con el paciente y los profesionales intervinientes.

La enfermera gestora de casos, entre otras funciones:

- Realiza valoración e intervención sobre la adherencia terapéutica.
- Realiza seguimiento individualizado del paciente, identificando de forma temprana desviaciones sobre los criterios de calidad establecidos y promueve su corrección.
- Facilita al paciente/familia la localización y la utilización adecuada de los servicios sanitarios y de apoyo planificados (guías del sistema sanitario) (94-98).

1.4.9 Adherencia

La adherencia puede ser definida como “el período de tiempo en el cual el comportamiento de una persona coincide con la recomendación médica o sanitaria (tratamiento con drogas, cumplimiento de dietas o de cambios en el estilo de vida, etc.)” (99), siendo su medida de gran utilidad en la evaluación del impacto de intervenciones relacionadas con la educación para la salud. La adherencia de los pacientes a cualquier forma de programa de rehabilitación o prevención secundaria se constituye en factor clave para obtener éxito.

En el estudio de Gotemburgo, publicado en 1975, se describió en términos de frecuencia y abandono del grado de adherencia que los pacientes mostraron a programas de rehabilitación con actividad física tras sufrir un infarto agudo de miocardio. Se constató una tasa de abandono que podría comprometer los programas de actividad física, y por tanto los beneficios clínicos y fisiológicos esperados que en esa época trataban de evidenciarse (100). Desde esa fecha la investigación que tiene a la adherencia como variable principal a estudio ha crecido de forma notable. Así se han podido medir diferentes variables asociadas a la misma, y referidas a los pacientes o a su entorno inmediato, a su grado de cumplimiento o no a las recomendaciones, y se han podido concluir propuestas de mejora tendentes a aumentar el grado de adherencia a programas de RC, sobre todo en la fase de duración prolongada.

De entre las variables identificadas con mayor asociación a la baja adherencia o mayor tasa de abandono, de entre los pacientes que ha sufrido eventos cardíacos que se incluyen en programas de rehabilitación cardíaca se resaltan: hábito tabáquico, cualificación profesional manual, sobrepeso u obesidad, poco compromiso con su autocuidado y bajo apoyo directo en su entorno familiar. Se han descrito otras variables en este caso asociadas con el propio programa de rehabilitación, también repercutiendo sobre una menor adherencia o mayor tasa de abandono. Así una insuficiente comunicación entre el paciente y el profesional sanitario, cronograma geográfico o dispersión respecto del lugar de desarrollo de los programas,

insuficientes visitas de monitorización o falta de recursos materiales (101).

Según Oldridge, el grado de adherencia a los programas de RC dibuja una curva negativa que expresa relativamente un mayor abandono inicial seguido por una disminución a medida que pasa el tiempo (102). De acuerdo con diversos estudios en pacientes después de un infarto cardíaco, aproximadamente el 60% al 70% se mantienen adheridos a programas supervisados en los primeros 6 meses; a los 12 meses puede variar desde el 10% al 95%, con una media del 50% al 60%; a los 36 meses se reportan cifras del 30% al 65%. A finales de la década de los años 80 se publicaron datos evidenciando tasas de adherencia a programa de rehabilitación cardíaca en el 66% de los pacientes incluidos por haber sufrido evento cardíaco (102).

Aunque la adherencia a los programas de RC se mide en relación con un período de tiempo determinado, la práctica sistemática y permanente de estas medidas tendentes a modificar el comportamiento del individuo en cuestión, incluyendo el ejercicio físico, debe constituir una norma en su estilo de vida, tanto en el ámbito de la prevención primaria como secundaria. Es con este propósito que se ha preconizado el empleo de los recursos ya existentes en la comunidad para la ejecución de programas prolongados de RC y de ejercicios físicos, así como propiciar la formación de asociaciones o grupos de pacientes con enfermedades cardiovasculares o con factores de riesgo coronario, como medida de prevención.

1.4.10 Catálogo de recursos precisos para iniciar programas de rehabilitación cardíaca en atención primaria

Es posible la realización de esta actividad en los centros de salud, si se dispone de mínimos imprescindibles en cuanto a recursos materiales y humanos:

- Médicos de familia y enfermeras con cualificación específica.
- Local con suficiente espacio, ciclo ergómetro o tapiz rodante, pulsó metros, carro de parada con monitor y desfibrilador, consultas y salas para reuniones y otros...).

- Relación establecida y coordinada con el servicio de cardiología del área de salud.
- Colaboración con el servicio de salud mental y o experto en entrenamiento de relajación.
- Colaboración con el servicio de rehabilitación del área de salud.
- Colaboración con cualquier otra institución que facilite recursos materiales o humanos para el desarrollo de actividad física (17).

2. ANTECEDENTES

2.1 Investigaciones en autoeficacia y salud

Muy recientemente se objetivó mejora a largo plazo en la percepción de autoeficacia en grupo de pacientes que habían sufrido síndrome coronario agudo (estudio aleatorizado, con dos grupos paralelos, con casi 200 pacientes), incluido en programa de intervención centrada en el paciente (*“person-centred care”*), a lo largo de seis meses de duración, frente a grupo control, además de vuelta anterior en tiempo a la actividad laboral y tasas de reingreso y mortalidad. Las mediciones para las variables principales fueron realizadas dos años después de concluir el programa. El programa de intervención fue desarrollado por profesionales, médicos y enfermeras, en colaboración con pacientes, conteniendo diferentes niveles de cuidado, desde información sobre el proceso de enfermedad, uso adecuado de la medicación y consecución de objetivos (103).

Con anterioridad, se describió el efecto de una intervención educativa sobre la autoeficacia relacionada con el control de síntomas, utilizando para su medida la versión sueca de la escala de autoeficacia cardíaca, en un ensayo clínico sobre población con reciente síndrome coronario agudo, también en Suecia, aunque esta mejoría no se sostuvo en el tiempo, al igualarse las puntuaciones entre los grupos aleatorizados en las mediciones realizadas a los seis meses de concluir el programa de intervención (104).

Un programa consistente en tres sesiones individualizadas durante la estancia hospitalaria y tres sesiones telefónicas con periodicidad semanal sobre un grupo de pacientes tailandeses que habían sufrido infarto de miocardio, demostró frente a grupo control mejoras en autoeficacia y funcionalidad percibida (105).

Actualmente se desarrolla un ensayo clínico, en población que ha sufrido síndrome coronario agudo, en Suecia, donde serán incluidos hasta 160 pacientes, aleatorizados 1:1, y asignados aleatoriamente, bien a cuidados usuales, o a grupo de

intervención desde la psicología de la salud, además de fisioterapia y auto monitorización, con el principal objetivo de comprobar mejoras en la capacidad aeróbica, adherencia al ejercicio, resistencia muscular, niveles de ansiedad y depresión, autoeficacia percibida y grado de calidad de vida (106).

Entendido el concepto de autoeficacia en relación a la competencia en ejercicio físico, no se demostró mejora en autoeficacia en un grupo de pacientes (n=30) dados de alta hospitalaria tras estancia en unidad de cuidados críticos por enfermedad cardíaca o pulmonar, incluidos en un programa de ejercicio con duración de 6 semanas, frente a grupo control de igual tamaño muestral, tras medición a los seis meses de concluir el programa de rehabilitación (107). Tampoco se pudo demostrar mejoras significativas entre grupos aleatorizados dentro de ensayo clínico que pretendía comprobar mejoras en el mantenimiento de la actividad física tras realizar programa de rehabilitación cardíaca, y en el que también se midieron cambios en autoeficacia, o puntuaciones en ansiedad o depresión (108). Sin embargo, sí se refiere mejora en autoeficacia y actividad física en grupo de pacientes con cardiopatía isquémica, incluidos, en población de Jordania, en programa de educación comportamental para incrementar la actividad física, respecto a grupo control. Dicha intervención consistía en consultas individuales, llamadas telefónicas, y mensajes de texto, durante un periodo de seis meses. Las mediciones principales demostraron también mejoras en medidas de tensión arterial, y calidad de vida relacionada con la salud (109).

La personalización en la propuesta de planes de actuación al alta hospitalaria tras sufrir un evento cardíaco (infarto agudo de miocardio), por parte de personal de enfermería, y a lo largo de tres meses de duración, ha puesto de manifiesto mejoras en creencias de enfermedad, expectativas y autoeficacia en el ejercicio físico (110).

La utilización de programas educativos centrados en el paciente, favoreciendo la introspección y el entrenamiento en el automanejo de la enfermedad cardíaca ha sido también puesta en evidencia, a corto plazo en variables de autocuidado, y a medio plazo en satisfacción con el tratamiento (111).

En el estudio de Poortagui y colaboradores (112), se marcó como objetivo evaluar los posibles efectos positivos de propuestas en rehabilitación cardíaca desarrollados en el hogar del paciente. Dentro de un diseño de ensayo clínico aleatorizado, sobre un total de 80 sujetos, estos fueron aleatorizados a dos grupos, habiendo previamente recorrido toda esta población programa de rehabilitación en centros especializados. Por demás, el grupo a intervención recibió educación y entrenamiento práctico con visitas de enfermería comunitaria en el domicilio del paciente. Se utilizó la Escala general de Autoeficacia (EGA), medida en tiempo basal y periodos sucesivos. No hubo diferencias en cuanto a la medida de autoeficacia al inicio del estudio, siendo ambos grupos homogéneos para esta variable. Sin embargo, si se produjo diferencia significativa entre grupos, y en relación a la puntuación en autoeficacia, a favor del grupo que se incluyó a intervención domiciliaria ($p < 0001$), recomendándose por ello este tipo de intervención para con esta población.

El nivel de educación de los pacientes que se incluyen en programas de rehabilitación tras evento cardíaco agudo, también ha sido objeto de estudio, evidenciándose que un bajo nivel educativo (no poseer educación secundaria), hace a esta población más vulnerable en términos de autoeficacia y tiempo para retorno al trabajo (100). En Alemania, se realizó un ensayo clínico aleatorizado y controlado sobre 475 pacientes, con insuficiencia cardíaca, dentro de los cuales, el grupo a intervención recorrió un programa de educación en autocuidado (*self management*), que otorgo mejoras en relación a la satisfacción con el tratamiento y calidad de vida, tanto a los seis como doce meses de finalización del mismo, respecto del grupo control, con cuidados convencionales (111).

La aplicación de las nuevas tecnologías de uso social también ha quedado demostrada, en relación con posibilidades de desarrollar la rehabilitación cardíaca en fase III, ya en el ámbito de la atención primaria, como se describe en el ensayo clínico que se llevó a cabo en Nueva Zelanda, sobre más de 120 sujetos con diagnóstico de fallo cardíaco, al alta hospitalaria, siendo la mayoría varones (más del 80%). La

intervención consistió, tras la finalización del programa de rehabilitación cardíaca hospitalaria (fase II) en ambos grupos, en la inclusión de un grupo en un programa de soporte mediante mensajes de texto, con contenidos relacionados con estilos de vida saludables (cesación tabáquica, actividad, física, alimentación). La variable principal fue la determinación de adherencia al programa, que fue favorable, aunque solo hasta los tres meses de su inclusión (112).

Las mejoras en relación con sintomatología depresiva han sido probadas tras implementación de programa de intervención cognitiva realizado por enfermeras, sobre pacientes con diagnóstico de fallo cardíaco, comparado a grupo control, utilizando el inventario para la depresión de BECK (cita), aunque no obtuvo beneficios significativos en datos obtenidos del “*The Self-Care of Heart Failure Index*”, utilizado para conocer el grado de confianza en el auto manejo de estos pacientes (113).

Actualmente está en desarrollo y pendiente de resultados el denominado “*ACTionHEART*”, estudio con diseño de ensayo clínico diseñado para evaluar la eficacia de un programa terapéutico basado en la aceptación y compromiso (ACT). Aproximadamente 168 pacientes se reclutan al alta de programa de rehabilitación cardíaca y son aleatorizados, bien a cuidados usuales, bien asignados a programa de aceptación y compromiso (ACT). Este programa consta de cinco sesiones integrando temas educacionales sobre conductas saludables y utilizando herramientas de mindfulness. Los pacientes fueron evaluados en visita inicial, seis semanas después y seis y doce meses después. Se refieren como variables a medir, tanto marcadores biológicos como percepción de bienestar psicológico (114). Una revisión sistemática sobre artículos que versaran sobre intervenciones que midieran como cambios en la autoeficacia podía contribuir a mejor adherencia al ejercicio físico en pacientes con diagnóstico de fallo cardíaco, que incluyó hasta 10 estudios de intervención realizados entre los años 2000 y 2014. Los datos analizados permiten reconocer evidencia del beneficio de incorporar la teoría de autoeficacia en el diseño de intervenciones en ejercicio físico, sobre estas poblaciones (115).

3. METODOLOGÍA

3.1 Fuentes de información

Se realizó una búsqueda bibliográfica electrónica para seleccionar los estudios desde las bases de datos internacionales: Medline-PubMed y Embase, a través de la biblioteca virtual del sistema sanitario público de Andalucía.

Una base de datos bibliográfica es una fuente secundaria de información, y se elabora a partir de otros documentos a los que hace referencia. Su objetivo es seleccionar, recoger y poner a disposición del investigador lo que se publica sobre un tema en muchas y diferentes publicaciones, y recogen las citas bibliográficas de esas publicaciones. Los contenidos son referidos a artículos de revistas científicas, y en algunos casos, referencias de comunicaciones y otros trabajos presentados en jornadas y congresos (116).

Medline

Es la base de datos más conocida y de mayor difusión y uso a nivel internacional. Producida por la *National Library of Medicine* (NLM) de los Estados Unidos de América. *Medline* indexa alrededor de 5.000 revistas de más de 72 países, y recoge información desde 1950.

Incluye los tres grandes repertorios de la NLM:

- Index Medicus.
- Índice Internacional de Enfermería.
- Índice de Literatura Dental.

PubMed

Es el motor de búsqueda de la NLM, a través del que se interroga a Medline y otras bases de datos del ámbito sobre salud del mismo productor.

Permite el acceso a Medline, pre-Medline y AIDS, y cubre las áreas de

medicina, enfermería, odontología, veterinaria, salud pública y áreas pre-clínicas.

Embase

Es la versión electrónica del repertorio bibliográfico impreso *Excerpta Médica*. Es producida por la editorial Elsevier. Es junto a *Medline* la base de datos más importante en biomedicina. Contiene más de 8 millones de referencias, desde 1974 hasta la actualidad, de unas 4.000 revistas científicas de 70 países. Su cobertura temática abarca todo el ámbito de la medicina, investigación farmacológica, toxicología, medicina experimental, investigación biológica básica, vigilancia sanitaria, salud pública, salud ocupacional y medioambiental, enfermería y afines.

Embase destaca por mayor presencia de publicaciones europeas (y españolas) que *Medline*, y disponer de títulos exclusivos. La consulta sobre *Embase* (*Excerpta Medica Database*) se realiza sobre el motor de búsqueda “*Embase clinical answers embase.com*”, que incluye contenidos de la base de datos *Medline*, a través de una búsqueda simultánea. En cada estrategia (query) para con esta fuente se limitan los resultados exclusivos de *embase database /lim embase*. *Embase.com* es la aplicación desarrollada por la editorial Elsevier que permite dar respuestas a preguntas biomédicas con bastante rapidez y precisión. Interroga de forma simultánea las bases de datos bibliográficas *Medline* (desde 1990) + *Embase* (1974), además de incorporar como fuente adicional un volumen importante de resúmenes de comunicaciones a congresos biomédicos internacionales. Un número aproximado de 2.000 revistas científicas son exclusivas en este buscador. Este mayor volumen de información disponible la diferencia frente a otras aplicaciones, como es el caso de *PubMed*, de la biblioteca nacional de medicina de los Estados Unidos de América.

Las búsquedas se limitaron a trabajos publicados en los últimos 10 años, hasta la fecha de finalización del presente texto, en marzo de 2018.

Desde entonces hasta la fecha, se activaron los sistemas de alertas de las bases de datos bibliográficas con los filtros y las palabras claves que se describen a

continuación.

Con objeto de ser exhaustivo, se realizó la búsqueda utilizando estrategias combinadas mediante lenguaje libre o palabras clave descritas en la literatura, y lenguaje controlado utilizando el tesoro y asignación de descriptores de cada una de las bases de datos, procurando en ambos casos obtener el mayor número de registros pertinentes utilizando términos sinónimos y semejantes en cada una de las consultas.

Para el diseño de la estrategia se utilizaron los siguientes términos clave y descriptores (en inglés): “*Self efficacy; Health, depression; diabetes; COPD*”, en primera instancia, por tratarse de términos que conceptúan patologías prevalentes, de curso crónico y que representan alto impacto en los cuidados precisos desde la atención primaria de salud, y, posteriormente “*Self efficacy; cardiac rehabilitatiton; primary care*”, incluyendo términos semejantes y sinónimos para explotar los resultados de la consulta. Respecto al tipo de búsqueda se procedió a utilizar una estrategia combinada por palabras clave, y lenguaje controlado mediante descriptores del tesoro *MeSH -medical subject heading-*, en *PubMed* y *Emtree* en la base de datos *Embase*. La búsqueda inicial se siguió de metodología en “bola de nieve”.

Mediante la triangulación de la información, se pretende el uso conjunto, en la descripción de información, de los datos obtenidos de estudios, de teorías que supone la alusión a marcos teóricos (apartado de introducción) y de investigadores.

La bibliografía en el ámbito de la salud reivindica la puesta en práctica de medidas que puedan mejorar la autoeficacia percibida en personas afectas de enfermedades crónicas (diabetes, artritis, fibrosis quística, trastornos neurológicos), y de sus familiares (117).

Se comunican resultados de programas de educación sanitaria para la comunidad que incluyen en sus variables dependientes a medir, mejoras en la percepción de salud, y autoeficacia para con ella (118).

Diversos estudios sobre la adopción de prácticas saludables han medido la auto-eficacia para evaluar sus potenciales influencias en el inicio de la modificación de conducta. Seydel, Tall y Wiegman, manifestaron que las expectativas de resultados, así como auto-eficacia percibida son buenos predictores de la intención de iniciar conductas para detectar el cáncer de mama (auto examen mamario).

3.2 Medida de la Autoeficacia en Salud

Parece pertinente describir lo que la bibliografía nos muestra en cuanto a las posibilidades que se presentan para tomar una “medida” en el ámbito de la salud, de lo que hemos definido a lo largo del texto como “autoeficacia”.

La revisión de la literatura muestra que los instrumentos más utilizados para medir el “constructo” de autoeficacia, son escalas de auto reporte.

Dentro de éstas podemos distinguir dos grupos: las escalas que miden un sentido general de autoeficacia, y dentro de éstas se puede destacar la Escala General de Autoeficacia (119), traducida a 25 idiomas y utilizada en diferentes comunidades culturales, en población adulta o adolescente a partir de los 12 años de edad, de la que se detalla a continuación); y aquellas escalas que miden algún sentido de eficacia específico, donde es importante que las escalas se ajusten al dominio particular de funcionamiento que es objeto de interés (120). Destaca, en primera instancia, la Escala General de Autoeficacia (EGA) de R. Schwarzer and M. Jerusalem (121), originalmente propuesta en Alemania en 1981. Escala de 10 ítems con una puntuación posible de 1 a 4 en cada uno de ellos, indicando la mayor puntuación una más estrecha creencia de autoeficacia en el paciente. En su diseño, la escala representa a través de sus ítems cuestiones acerca de variadas demandas de la propia vida, siendo sus propiedades psicométricas claramente validadas, en un marco multicultural, habiéndose validado en diferentes lenguas (más de 28), en su dimensión global, y en una amplia distribución etaria (16 a 86 años). Su rango en el “*alfa de Chronbach*” se sitúa entre 0’75 y 0’94, dependiendo del idioma, y sus correlaciones con variables

socio cognitivas, como la intención, implementación de la intención, expectativas de resultado y autorregulación, son altas y confirman su validez. Sin duda, el estudio que, en un marco transcultural, propuso las propiedades del instrumento, fue el publicado por Luszczynska (119), siendo múltiples las referencias bibliográficas relacionadas con la escala, sus propiedades, y validación en distintas poblaciones (122-130).

Probablemente la denominada Escala para la autoeficacia en el manejo de la diabetes tipo 2 (*diabetes management self-efficacy scale for patients with type 2 diabetes mellitus*), sea la más referenciada en estudios que incluyen esta medida entre sus variables dependientes, primarias o secundarias. Dicha escala se diseñó atendiendo a las actividades de auto cuidado que precisaban pacientes con esta patología. Sus propiedades psicométricas han sido suficientemente establecidas en cuanto a validez de contenido, de constructo, consistencia interna y estabilidad. La escala original contenía 42 ítems, quedando tras revisiones de expertos en una escala de 20 ítems (*alpha de Cronbach 0'81*) (131). La validación y adaptación del instrumento lo ha sido a diferentes idiomas y poblaciones (132-136).

Incluso, derivada de esta escala se ha propuesto la “Escala para familiares cuidadores”, con el objetivo de aproximarse al impacto que la enfermedad puede tener en los familiares cercanos. (137, 138). La Universidad de Carolina del Sur, revisa las posibilidades de medida de autoeficacia, en sentido general, y específicamente en función y rehabilitación cardíaca. Específicamente relacionada con población cardiópata, se propuso la *Cardiac Self-Efficacy Scale (CSE)* (139), compuesta por 13 ítems (inicialmente 16), puntuándose la respuesta de 0 a 4 en una escala de Likert, dependiendo del grado de confianza del paciente en cada afirmación. Esta escala se validó en población cardiópata tras cirugía cardíaca, valorando principalmente control de síntomas y funcionalidad. Su alfa de Chronbach es >0.85 y goza de validez externa. El rango de edad en el estudio de validación inicial estuvo entre 45 a 85 años. Gardner y cols. (140), encontraron, aplicando esta escala, mejoras en pacientes

cardiópatas, independientemente del género, tras rehabilitación cardíaca hospitalaria.

Más recientemente, el grupo de Fors (141), realizó la validación de la Escala cardíaca de autoeficacia (CSE), en una versión adaptada, y examinar sus propiedades psicométricas, sobre población de pacientes con reciente síndrome coronario agudo. El estudio se realizó sobre 288 sujetos, realizándose el pertinente análisis factorial y validez discriminante. Como resultado se aislaron tres dimensiones (control de síntomas, control de la enfermedad y funcionalidad). El análisis de correlación mostró la oportunidad de la utilización de la escala para la valoración global de autoeficacia cardíaca, postulando la posibilidad de utilización para mediciones de resultados tras planes de cuidados centrados en el paciente.

En 2016, se publicó la validación del inventario de rehabilitación cardíaca (CRI), una propuesta en formato de cuestionario con tres dimensiones o factores principales, a lo largo de 42 ítems, centrados en la ansiedad y la autonomía del paciente incluido en PPRC (81).

4. HIPÓTESIS

4.1 Hipótesis de investigación

“Una intervención multidimensional, sistematizada, llevada a efecto en el ámbito de la atención primaria a los pacientes, que han concluido actividades descritas en la fase II de rehabilitación cardíaca, mejora el nivel de autoeficacia percibida en relación con su enfermedad y su estado emocional”.

4.2 Objetivo principal

Determinar el efecto de una intervención en rehabilitación cardíaca en fase III, sobre la autoeficacia general percibida, en el ámbito de la atención primaria de salud, a pacientes que han sufrido evento cardíaco y realizado programa de rehabilitación cardíaca hospitalaria (Fase II).

4.3 Objetivos secundarios

Conocer rasgos de personalidad en pacientes que han sufrido infarto de miocardio y han sido incluidos a estudio, así como posibles asociaciones con puntuaciones en cuestionario de ansiedad e inventario para depresión.

4.4 Diseño

Ensayo clínico comunitario, abierto, controlado y aleatorizado.

4.5 Ámbito de estudio

Atención Primaria. Ámbito urbano. El estudio se realiza sobre una población diana de 248.000 habitantes, adscritos a 10 centros de salud, llevándose a cabo el trabajo de campo en el centro de salud de La Laguna, en Cádiz.

4.6 Participantes y duración del estudio

Se propuso participar, a lo largo de 12 meses, a todos los sujetos, mayores de edad, de ambos sexos, que concluían la fase II en la unidad de RC del hospital universitario Puerta del Mar (Cádiz), estableciéndose a partir de esta población el tamaño muestral. La población a estudio la conformaban pues todos los sujetos que hubieran realizado programa de RC, independientemente de la causa del evento cardíaco y de la estratificación de riesgo determinada antes de iniciarlo. Así, se detalla en Tabla 5.

**Unidad de prevención y rehabilitación cardíaca del
Hospital Universitario Puerta del Mar.
Número de pacientes incluidos en programa en fase II**

Año	Alto riesgo	Riesgo moderado	Bajo riesgo	Total
2011	41	65	50	151
2012	22	32	50	104
2013	21	56	99	180

Tabla 5 - Epidemiología según criterio de riesgo cardiovascular en población al alta hospitalaria tras realizar fase II de rehabilitación cardíaca.

Al alta hospitalaria y tras fase II de RHB cardíaca en hospital se realizó ergometría en la que se evaluaron diferentes parámetros variables:

- Capacidad de ejercicio: calculado en METZ. Debe alcanzar al menos un 85% de los METZ teóricos para hombres ($METZ_t = 14,7 - 0,11 \times \text{edad}$) y mujeres ($METZ_t = 14,7 - 0,13 \times \text{edad}$).
- Consumo de Oxígeno (VO_2): cuyo pico está considerado el parámetro de mayor poder pronóstico para enfermedades cardiovasculares. El consumo teórico máximo de oxígeno ($VO_{2\text{máx}}$) se calculará mediante la fórmula de Cooper y Storer (Hombres: $(50,02 - 0,94 \times \text{edad}) \times \text{peso}$; Mujeres: $(42,83 - 0,371 \times \text{edad}) \times \text{peso}$). Su resultado será utilizado para planificar el programa de ejercicio, que deberá hacerse al 50-70% del pico de VO_2 .

- Frecuencia cardíaca: normal si el pico de frecuencia cardíaca está por encima del 85% del teórico ($= 220 - \text{edad}$) si no toma beta-bloqueantes, o por encima del 62% del teórico si lo estuviera tomando. Al minuto del cese del ejercicio, la frecuencia cardíaca debe disminuir al menos 18 latidos por minuto.
- Presión Arterial: siendo normal si se eleva la sistólica en torno a 10 mmHg por cada METZ y si no hay grandes descensos en las presiones diastólicas. Es anormal si la sistólica se eleva por encima de 250 mmHg o no sube al menos 30 mmHg y/o la diastólica sube a más de 120 mmHg.
- Cambios electrocardiográficos: descensos o ascensos de ST, arritmias. Se usa el índice ST/frecuencia cardíaca para afinar el diagnóstico de isquemia.

También se realizó un test de los 6 minutos al inicio y al final de la fase II. La realización de estas pruebas tuvo por objeto la estratificación de riesgo cardiovascular de los pacientes, antes de ser dados de alta hospitalaria.

4.7 Tamaño muestral y procedimiento de aleatorización

Tamaño de muestra y procedimiento de aleatorización. Para determinar el tamaño de muestra, el equipo de investigación utilizó la Escala General de Autoeficacia de Baessler y Schwarzer (Anexo I. Escala de autoeficacia. Ralf Schwarzer & Matthias Jerusalem, 1993). Se aplicó la fórmula específica para calcular el tamaño de muestra en el caso de comparación de dos medias en un test bilateral. Fue considerada una desviación estándar para la variable principal dependiente del 12%, y la diferencia de medias entre grupos considerada como clínicamente relevante fue de al menos 6 puntos en la puntuación de la Escala General de Autoeficacia. Se aceptó una precisión del 95% y un poder del test del 80%. El resultado propuso una muestra de 44 sujetos en cada grupo. La población diana a estudio la conformó el total de los pacientes dados de alta en la unidad de rehabilitación cardíaca del hospital Puerta del Mar, a lo largo de un año natural (junio de 2013 a junio de 2014), siendo esta de 104 personas.

Conforme fueron dados de alta de la fase II de la RHC, en la unidad de rehabilitación cardíaca y de forma consecutiva se informó a los pacientes de la realización del estudio, pidiéndoles su participación, y ofreciendo el consentimiento informado por escrito. Se ofreció a cada participante la elección de uno entre un conjunto de sobres cerrados, que contenían la posibilidad de aleatorización a grupo intervención o control. Se determinó un ratio 2:1 en la asignación a grupo (doble a intervención frente a control). El investigador encargado de la recogida de datos en la visita basal, no volvió a contactar, independiente del grupo asignado, con los participantes hasta la visita final. Se realizó registro de aceptación o rechazo a participar en el estudio para análisis de no respuesta.

Conforme fueron dados de alta de la fase II de la RHC, en la unidad de rehabilitación cardíaca, y de forma consecutiva, se informa a los pacientes de la realización del estudio, pidiéndole su participación y ofreciendo consentimiento informado por escrito.

Criterios de inclusión: sujetos, de cualquier sexo, que hayan sido dados de alta de programa de rehabilitación cardíaca hospitalaria (fase II), en el hospital de referencia, a lo largo de un año natural (periodo de inclusión del estudio).

Criterios de exclusión: enfermedades mentales severas, dificultad para la comprensión o la expresión en idioma castellano. No pertenecer al área sanitaria donde se emplaza el estudio. Imposibilidad de desplazamiento al centro de salud.

4.8 Variables

Se determinan variables sociodemográficas universales, antropométricas (peso, talla, índice de masa corporal) y psicométricas (escala general de autoeficacia, cuestionario de personalidad Salamanca, Hamilton ansiedad e índice de depresión de Beck). Se realiza estadística descriptiva y correlaciones de Pearson entre la variable dependiente principal y variables asociadas.

Variables independientes

- Variables universales y sociodemográficas: sexo, edad, índice de masa corporal.
- Estratificación del cardíaco al alta de la fase de RC hospitalaria
- Centro de salud de referencia por localidad.
- Variable de eficacia primaria dependiente: Autoeficacia general percibida, medida con la Escala General de Autoeficacia Percibida de Baessler & Schwarner.

Variables dependientes

- Rasgos de personalidad, determinados utilizando el cuestionario de *screening* para rasgos de personalidad de Salamanca (Anexo II. Cuestionario de screening de rasgos de personalidad Salamanca).
- Sintomatología ansiosa. Medida con el test de Hamilton para ansiedad (Anexo III. Escala para la ansiedad de Hamilton).
- Sintomatología depresiva. Medida con el inventario para depresión de Beck (Anexo IV. Inventario para la depresión de Beck.).

4.9 Intervención

Visita 0. Unidad de rehabilitación hospitalaria, médico investigador, visita individual). Entrega y lectura de hoja de información. Firma de consentimiento informado (Anexo V. Hoja de información al paciente. y Anexo VI. Modelo de consentimiento informado). Facilitación de teléfono y dirección electrónica de contacto. Determinación de variables basales. Aleatorización a grupo intervención o control.

Grupo a intervención:

La intervención se constituye por una sucesión de visitas, que realiza el médico de familia, de forma programada.

Visita 1. Centro de salud, médico de familia, visita individual; realizada antes de 30 días tras alta en Unidad de RHC Hospitalaria. Planificación adaptada de forma individual. Contenidos de la visita:

- Recomendaciones en tratamiento médico y adherencia,
- Recomendaciones para optimizar control de factores de riesgo presentes y estilos de vida saludables.
- Adaptación de plan de actividad física y nutricional. Explicación de ¿por qué hace falta mejorar la nutrición?: reducción de peso, dieta más saludable, comorbilidades y riesgo del sobrepeso/obesidad, riesgo de dietas ricas en grasas saturadas, hiperglucemias, hiperuricemia, dieta pobre en fibras, dieta pobre en frutas, dietas ricas en calorías. Establecimiento de objetivos particulares en cada individuo, explicación de cada pauta dietética.

Visita 2. Centro de salud, médico de familia; visita individual. Tres meses tras el inicio de fase III. Contenidos de la visita:

- Intervención cognitiva breve, en escenario clínico mediado por la entrevista motivacional,
- Detección de posibles distorsiones cognitivas en relación a la enfermedad, el entorno laboral, relacional, de pareja, sexual, actividad física y nutricional. Propiedades de cada grupo de alimentos. Resolución de dudas de pautas dietéticas entregadas en Sesión 1. Explicación de propiedades de cada grupo de alimentos, cantidades necesarias. Concepto de “cantidades diarias recomendadas”

Visita 3. Centro de salud, médico de familia; visita grupal, 6-8 sujetos. Seis meses tras inicio de fase III (Imagen 1).



Imagen 1 - Sesión grupal durante rehabilitación fase III en atención primaria.

Contenidos:

- Sesión recordatoria de plan de actividad física aprendida durante la fase hospitalaria de rehabilitación.
- Los ejercicios se realizarán con ropa adecuada en un lugar suficientemente ventilado y temperatura agradable.
- Cada ejercicio se realizará 10 repeticiones, salvo indicación específica.
- La respiración durante el ejercicio, deberá de ser acompasada, siguiendo el ritmo del ejercicio evitando inspiraciones muy profundas.
- Los ejercicios se realizarán con una intensidad leve a moderada, nunca a intensidad máxima (escala 3-4 de Borg).
- Respetar los horarios de digestión y no realizar los ejercicios ni salir a caminar en ayunas.
- Como mínimo se realizarán 3 sesiones semanales, en días alternos.
- En ejercicios con pesas, no sobrepasar de 3-4 Kg.

- Tomar pulso antes, durante y después del ejercicio.
- No añadir competitividad ni estrés a la actividad física. Relajarse y disfrutar al hacer el ejercicio.
- No dejar de hacer la actividad de forma brusca. Hacerlo suavemente para que el corazón se vaya adaptando a la bajada de la actividad hasta llegar al reposo.
- Se podrá alternar distintas actividades: tabla de ejercicios un día, otro caminar, etc.
- No llegar al cansancio o agotamiento físico.

Ejercicios respiratorios:

1. Respiración diafragmática: Inspiramos inflando el abdomen, expiramos contrayendo abdomen.
2. Respiración torácica:
 - a) Inspiramos elevando los dos brazos por delante del cuerpo, expiramos al bajarlo.
 - b) Inspiramos con elevación lateral del brazo y fijando con la otra mano la parrilla costal del lado contrario, y expiramos al bajar el brazo. (Primero con un brazo y luego con el otro).
 - c) Inspiramos con elevación lateral de los dos brazos a la vez, y expiramos al bajarlos.

Ejercicios de calentamiento y tonificación general:



Imagen 2 - Posición neutra de la cabeza, flexionamos la cabeza y volvemos a posición inicial.



Imagen 3 - Posición neutra de la cabeza, giramos la cabeza hacia un lado, volvemos al centro, giramos al otro lado, y volvemos al centro.



Imagen 4 - Posición neutra de la cabeza, flexionamos la cabeza y realizamos giro hacia un lado y volvemos realizando el mismo recorrido hacia el lado contrario, para terminar volviendo por el mismo recorrido a la posición inicial.



Imagen 5 - Realizamos giros de los dos hombros a la vez desde delante hacia atrás.

Ejercicios fortalecedores de la respiración diafragmática y de otros grupos musculares:

Imagen 6 - Flexión de hombros: Elevamos un brazo en extensión por delante hasta los 90° (a la altura del hombro), bajamos y realizamos el ejercicio con el otro brazo (alternando los brazos).



Imagen 7 - Extensión de hombros: Con los brazos en extensión desde posición neutra llevamos un brazo hacia atrás, bajamos y luego el otro brazo.



Imagen 8 - Abducción de hombros: Partiendo con los brazos extendidos en posición neutra, elevación lateral del brazo hasta los 90° (altura del hombro), bajamos y lo realizamos con el otro brazo alternativamente.



Imagen 9 - Rotación de hombros: brazos pegados al cuerpo con los codos flexionados en 90° y las manos unidas, separamos las manos a la vez sin despegar los codos del cuerpo y volvemos a posición inicial.



Imagen 10 - Flexión de codos (bíceps): brazos extendidos en posición neutra, flexionamos codos alternativamente.

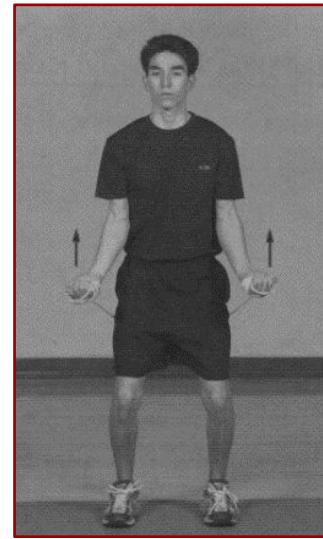


Imagen 11 - Pararse con las rodillas flexionadas alrededor de 45". Coger una cuerda o una toalla enrollada detrás de los muslos y asir cada extremo con las manos separadas por la distancia entre los hombros.



Imagen 12 - Extensión de codos (tríceps): cuerpo ligeramente adelantado, apoyándonos sobre una pica, trabajamos tríceps con el otro brazo, partiendo de flexión del codo y llevándolo hacia atrás en extensión máxima, y volvemos a punto de partida.



Imagen 13 - Con la mano derecha sobre el hombro y la mano izquierda en la espalda, tomar la soga o la toalla detrás de la espalda. Intentar el desplazamiento de la toalla o la soga hacia arriba con la mano derecha. Cambiar la posición de las manos.

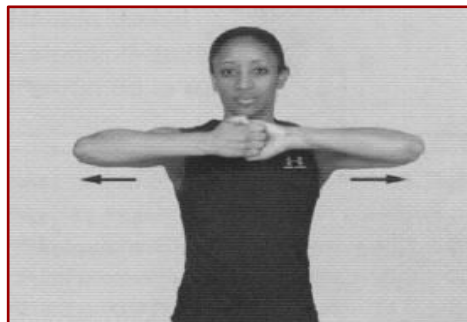


Imagen 14 - Flexores de hombro y codo: Juntar las manos y trabarlas, mantener los antebrazos paralelos al suelo y las manos cerca del tórax, apretar las manos en dirección al centro. Con la misma posición intentar separar las manos.

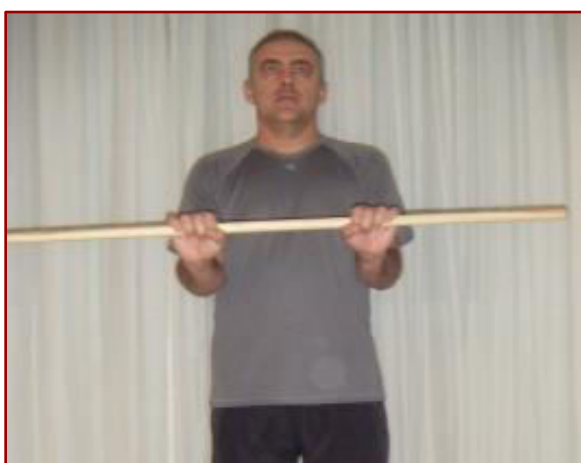


Imagen 15 - Flexión de muñecas: Brazos pegados al cuerpo, codos flexionados en 90°, agarramos “pica” con las dos manos a la vez, elevamos la pica y la descendemos (simula acelerando una moto).

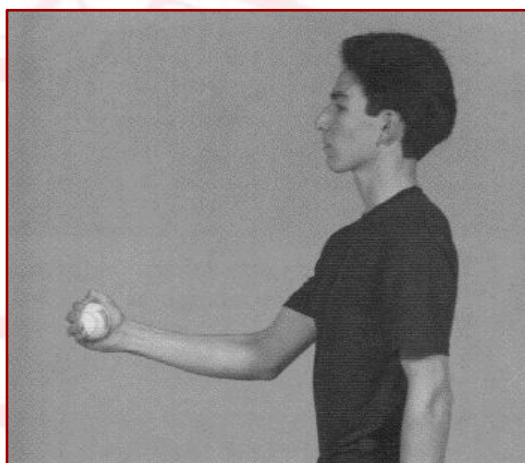


Imagen 16 - Grupos musculares: flexores de la muñeca y los dedos: Con una pelota de tenis sostenerla con firmeza con la mano y comprimirla con fuerza máxima. Con la misma posición que en el empuje de tórax, intentar separar las manos.

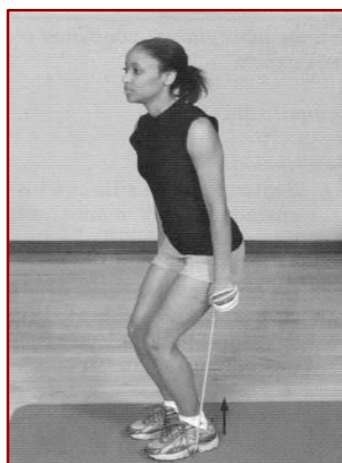


Imagen 17 - Extensores de la cadera y la rodilla: Pararse sobre la cuerda con las rodillas flexionadas. Tomar la cuerda con firmeza con las manos a los costados y los codos totalmente extendidos. Mantener el tronco erecto, intentar extender las piernas.



Imagen 18 - Giros de cadera: Brazos en jarra, realizamos giro de cadera 10 repeticiones hacia un sentido, y otras 10 al otro sentido (giro de hula-hop).



Imagen 19 - Flexión de cadera: En bipedestación y apoyándonos en una pica, elevamos rodilla hacia el pecho alternativamente.



Imagen 20 - Extensión de cadera: En bipedestación y apoyándonos en una pica, llevamos la pierna hacia atrás en extensión.



Imagen 21 - Abducción de cadera: En bipedestación y apoyándonos en una pica con la pierna en extensión la elevamos lateralmente realizando 10 repeticiones y luego la otra pierna.



Imagen 22 - Basculación de pelvis: En bipedestación, piernas ligeramente separadas (ancho de caderas), brazos en “jarra”, realizamos basculación de la pelvis contrayendo abdomen y glúteos a la vez.



Imagen 23 - Tonificación miembros inferiores: En bipedestación, piernas ligeramente separadas (ancho de caderas), una pierna adelantada, apoyados sobre una pica, dejamos caer el cuerpo hacia delante con el tronco erguido flexionando las dos rodillas, y volvemos a posición inicial.



Imagen 24 - Tonificación miembros inferiores: En bipedestación, piernas muy separadas (doble ancho de cadera), pies mirando hacia fuera, flexionamos las dos rodillas a la vez con el tronco erguido contrayendo glúteos y abdomen, volviendo a posición inicial.



Imagen 25 - Tonificación miembros inferiores: En bipedestación, brazos en jarra o apoyado en pica, elevamos los dos antepiés a la vez (apoyados solamente en talones) y volvemos a posición inicial.



Imagen 26 - Abdominales: En bipedestación, manos en la nuca, piernas ligeramente separadas (anchura de caderas), realizamos ligera flexión del tronco, contrayendo el abdomen y glúteos.



Imagen 27 - Abdominales: En bipedestación, manos en la nuca, piernas ligeramente separadas (anchura de caderas), realizamos ligera flexión y rotación a la derecha, contrayendo musculatura oblicua del abdomen y glúteos. Realizamos 10 repeticiones y cambiamos a la izquierda.

Ejercicios de estiramiento - enfriamiento:

Tipo	Simples estiramientos Práctica del Yoga o del Tai-Chi.
Intensidad	Movimientos lentos con estiramientos sostenidos durante 10 a 30 segundos y haciendo ≥ 4 repeticiones para cada grupo muscular. Esta intensidad tiene que ser tal que produzca molestia pero no dolor
Frecuencia	2-3 días/semana como parte de los ejercicios de calentamiento y enfriamiento.
Ritmo de Progresión	Gradual, empezando por estiramientos ligeros y aumentando su intensidad según se tolere

Tabla 6 - Ejercicios de estiramiento – enfriamiento.



Imagen 28 - En bipedestación o sedestación, manos en la nuca, cuerpo erguido, dejamos caer suavemente la cabeza hacia delante, llevando barbilla al esternón, manteniendo la posición durante unos segundos. (notar estiramiento de zona cervical, no dolor).

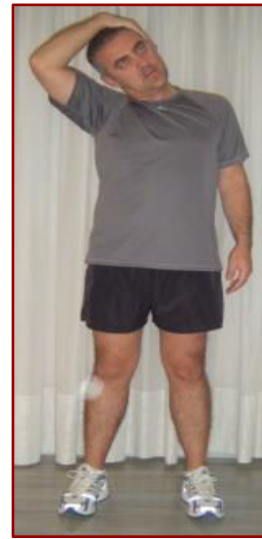


Imagen 29 - En bipedestación o sedestación, cuerpo erguido, mano derecha sobre oreja izquierda, provocando inclinación lateral derecha de la cabeza (notar estiramiento zona lateral izquierda del cuello), mantener unos segundos y realizar el mismo estiramiento en el lado contrario.



Imagen 30 - Estiramiento de musculatura del hombro ayudándonos con el brazo contrario.



Imagen 31 - Estiramiento musculatura flexora del brazo – Bíceps.



Imagen 32 - Estiramiento musculatura extensora del brazo – Tríceps.



Imagen 33 - Estiramiento musculatura miembro inferior y cadera – Cuádriceps.



Imagen 34 - Estiramiento miembro inferior – Gemelos.



Imagen 35 - Estiramiento musculatura dorsal del tronco y miembros inferiores en bipedestación.

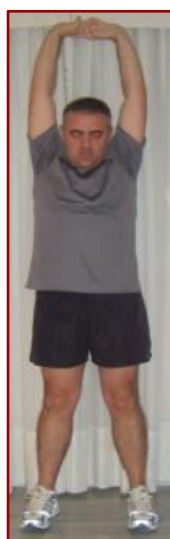


Imagen 36 - Estiramiento musculatura abdominal.

Desde el punto de vista nutricional los contenidos se centran en las ventajas e inconvenientes de los distintos tipos de dietas: Dietas hipocalóricas. Cerradas y por raciones; Dietas disociadas: dieta *Atkins*; Dietas bajas en Hidratos de carbono: dieta *Montignac*; Dietas vegetarianas; Dietas pintorescas: de la alcachofa, de la manzana; Dietas por puntos; dieta *Dukan*...

Visita 4. Centro de salud, médico de familia; visita grupal, 6-8 sujetos. Nueve meses tras inicio de fase III. Contenidos relacionados con concepto de rehabilitación, autocuidado, resiliencia. Metodología cualitativa y participativa:

- Estrategias para reconocer y sugerir mejoras en las resistencias al cambio (argumentar, interrumpir, negar, ignorar).
- Animar al paciente a reconocer sus propios hábitos de conducta para proponerse nuevas oportunidades de mejora. Nutricionalmente se explicarán las distintas formas de cocinado con sus ventajas e inconvenientes: fritos, al vapor, hervidos, en papillote, asado, en microondas, al horno, a la brasa o a la parrilla.
- Estimular al paciente a conseguir la capacidad de controlar la progresión de la enfermedad.

Visita 5. Centro de salud, médico investigador; visita individual. Cómo sacarle partido a la lectura del etiquetado de los alimentos. Mediante lectura comparativa de distintos etiquetados se pretende que los pacientes aprendan a distinguir el producto más saludable, con menor coste/beneficio, a evitar caer en “trampas comerciales” y fijarse en detalles importantes para la realización de un menú.

Determinación de variables dependientes (Escala de autoeficacia, escala de ansiedad de Hamilton, inventario para depresión de Beck).

Grupo control:

Visita 1 y visita final. En ambas visitas, en la primera tras inclusión a estudio como en la última, a los 12 meses tras el alta de unidad de Rehabilitación Cardíaca

Hospitalaria se realiza determinación de variables a estudio. Durante el periodo del mismo, los pacientes asignados aleatoriamente a este grupo son informados de su situación como sujeto a estudio y quedan bajo los cuidados habituales de los equipos sanitarios de referencia, en sus zonas básicas de salud.

4.10 Análisis estadístico

Se incluyen a análisis para resultados relacionados con la variable dependiente principal los sujetos del grupo a intervención que acuden a todas las sesiones del programa -5-, y a aquellos de ambos grupos que cumplimentan la escala de autoeficacia al inicio y al final del estudio. Para la obtención de la diferencia en puntuación media entre grupos, en relación a la variable “autoeficacia general percibida”, así como para las variables relacionadas con puntuación en ansiedad y depresión, se codifican nuevas variable, denominadas “diferencia en puntuación en autoeficacia general percibida”; “diferencia en puntuación de escala de ansiedad de Hamilton” y “diferencia en puntuación de inventario de depresión de Beck” resultante de realizar la resta de las puntuaciones obtenidas por cada sujeto, al cumplimentar la Escala de Autoeficacia General Percibida, la escala de ansiedad de Hamilton y el inventario para la depresión de Beck, tanto al inicio como a la finalización del estudio.

Se realiza estadística descriptiva; distribución de frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas, y medidas de tendencia central y dispersión para las cuantitativas. Se determina homogeneidad para variables entre grupos de intervención y control en visita basal. Se describen datos relacionados con las variables autoeficacia general percibida en visita inicial, así como puntuaciones en escalas de ansiedad de Hamilton e inventario para la depresión de Beck, y se exploran asociaciones con rasgos de personalidades identificados mediante el cuestionario de personalidad Salamanca. Se determina análisis bivariante para variables entre grupos, así como estimación de contraste de hipótesis mediante determinación de t de student para diferencia de medias entre grupos, una vez comprobada una

distribución normal de los datos. Análisis estadístico con el programa SPSS versión 15.0 para Windows licencia para la Universidad de Huelva (Copyright © SPSS Inc., 1989-2006).

4.11 Aspectos éticos

El estudio se llevó a cabo cumpliendo todos los requisitos éticos y legales en vigor.

Aunque la metodología del proyecto no incluya intervenciones farmacológicas sobre seres humanos, ni tratamiento de muestras biológicas de origen humano, se cumplieron los principios de la Declaración de Helsinki, así como los principios fundamentales de la Bioética: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se garantizó específicamente la aplicación de los Títulos II (Principios de la protección de datos) y III (Derechos de las personas). Estos incluyen el Derecho a la información en la recogida de datos, el Consentimiento del afectado, los Datos especialmente protegidos (creencias, religión, afiliación, orientación sexual, etc.), los Datos relativos a la salud, la Confidencialidad y la Protección de datos de carácter personal. Se utilizó el modelo de Consentimiento Informado – Información al Paciente, propuesto para esta convocatoria, aunque adaptado a los objetivos del estudio. Por otra parte, atendiendo a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica, se garantizó específicamente la aplicación de los Capítulos II (Derecho a la Información Sanitaria), III (Derecho a la intimidad) y IV (El respeto de la autonomía del paciente).

El estudio se realizó de acuerdo con el protocolo y con los procedimientos normalizados de trabajo (PNTs) que aseguren el cumplimiento de las normas de Buena Práctica Clínica.

Los medios y recursos disponibles para la realización del ejercicio

metodológico pertenecen al Centro de Salud de La Laguna (Cádiz), contando con las autorizaciones pertinentes por la Dirección del Centro y Dirección del Distrito de Atención Primaria.

El presente estudio fue autorizado para su realización por el Comité de Ética (CEIC) de referencia (Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz) (Anexo VII. Autorización Comité de ética de referencia.).

5. RESULTADOS

La selección de pacientes alcanzó una población de 104 sujetos. De ellos, aceptaron participar 95, finalizando el estudio y siendo incluidos a análisis 89 (ver Figura 5 de elegibilidad, aleatorización y seguimiento). La tasa de respuesta, entendida como sujeto que asiste a todas las visitas del programa de intervención fue del 93'68%, siendo la edad media de 63'01 años (DE 8'75). Por sexo, del total, 80'23% fueron varones y el 19'77 % mujeres. El índice de masa corporal presentó media en 28'59 (DE 3'85). Se realizó una asignación aleatoria siguiendo una ratio 2:1, al grupo intervención, o control, resultando asignados 58 sujetos al grupo de intervención (61'05%), y 37 al grupo control (38'95%). Los datos recogidos en la visita basal permitieron determinar la homogeneidad entre los grupos de intervención y control para las variables edad, diagnóstico, estratificación de riesgo y las puntuaciones en ansiedad, depresión y autoeficacia percibida, una vez realizada la asignación aleatoria a grupos (Tabla 7). Como variable principal, la autoeficacia percibida correlacionó de forma inversa con las puntuaciones obtenidas en el cuestionario de ansiedad de Hamilton (Pearson $r=-0'04009$, $p=0'0018$) y en el índice de depresión de Beck ($r=-0'4152$, $p=0'0012$). De igual forma, la puntuación en autoeficacia percibida correlacionó de forma inversa con la obtenida para rasgos de personalidad dependientes (Pearson $r=-0'3175$, $p=0'0152$), impulsivo, inestables, antisocial o esquizotípica, no siendo relevantes las correlaciones para con otros rasgos de personalidad (Tabla 8).

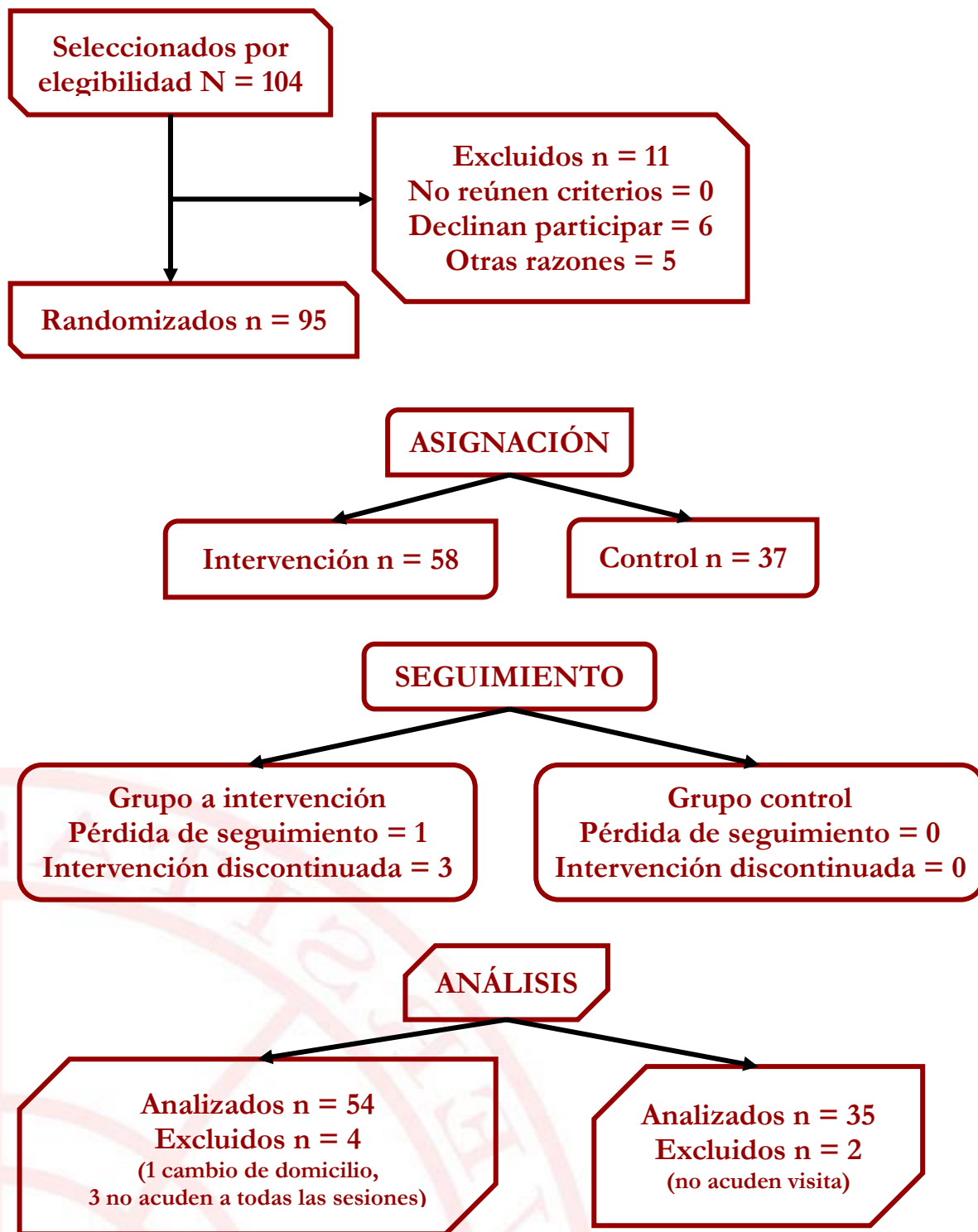


Figura 5 - Selección. Aleatorización. Seguimiento. Análisis

Variable %	Grupo Control	Grupo Intervención	Diferencia
Edad	63'34 (DE 9'2)	62'94 (DE 8'52)	(p 0'83)
Diagnóstico			(p 0'574)
Enfermedad monovaso	11'24	11'24	
Enfermedad multivaso	5'62	12'36	
Síndrome coronario sin elevación ST	5'62	14'61	
Infarto agudo de miocardio	7'87	14'61	
Riesgo			(p 0'307)
Bajo	20'45	35'23	
Moderado	10'23	20'45	
Severo	7'95	5'68	
Puntuación Ansiedad (media)	15'52(DE 11'2)	13'32 (DE 11'56)	(p 0'448)
Puntuación depresión (media)	9'68 (DE 7'07)	9'52 (DE 9'4)	(p 0'936)
Autoeficacia percibida (media)	27'77 (DE 7'03)	27'34 (DE 5'8)	(p 0'7761)

Tabla 7 - Datos basales para variables.

Descriptivamente, las puntuaciones medias identificadas en la escala de ansiedad de Hamilton, tanto en el grupo de control como en el de intervención no expresaron diferencias significativas, lo cual abundaba en la homogeneidad de la muestra. Sin embargo, en ambos grupos se expresaron resultados medios alrededor del valor “14” (15'52 en el grupo control y 13'32 en el grupo a intervención), por tanto, y según se propone en la interpretación de la propia escala, coloca a todos los pacientes en el umbral de la “ansiedad” como síntoma clínicamente relevante. Tal como se menciona en el apartado de limitaciones del estudio, no se determinaron puntuaciones por subescalas.

Del mismo modo, y en relación a las puntuaciones medias obtenidas en el inventario para la depresión de Beck, se obtuvieron 9'68 en el grupo control y 9'52 en el grupo a intervención, lejos en cualquier caso del punto de corte en el valor “17”,

que aconseja valoración por un profesional por la posible existencia de un trastorno depresivo.

La autoeficacia percibida, correlacionó de forma inversa con las puntuaciones obtenidas en el cuestionario de ansiedad de Hamilton (Pearson $r=-0'04009$, $p=0'0018$) y en el índice de depresión de Beck ($r=-0'4152$, $p=0'0012$). De igual forma, la puntuación en autoeficacia percibida correlaciona de forma inversa con la obtenida para rasgos de personalidad dependientes (Pearson $r=-0'3175$, $p=0'0152$), impulsivo, inestables, antisocial o esquizotípica, no siendo relevantes las correlaciones para con otros rasgos de personalidad. (Tabla 8).

Rasgos de personalidad	Puntuación estado afectivo	Autoeficacia
Dependiente		$r=-0'3175$ $p=0'0152$
Impulsivo Inestable		$r=-0'4243$ $p=0'0009$
Bordeline Inestable		$r=-0'2841$ $p=0'0307$
Antisocial		$r=-0'2829$ $p=0'0314$
Esquizotípico		$r=-0'2831$ $p=0'0313$
Paranoide		$r=-0'1321$ $p=0'3185$
	Severidad de ansiedad (Hamilton)	$r=-0'4009$ $p=0'0018$
	Índice de depresión (Beck)	$r=-0'4152$ $p=0'0012$

Tabla 8 - Correlaciones de Pearson entre autoeficacia percibida, rasgos de personalidad y estado afectivo en visita basal

Tras calcular la estimación y el contraste de hipótesis para medias poblacionales entre grupos se apreció diferencia de medias de 6,0972 puntos entre los grupos de intervención y de control ($p<0'0053$, IC 95% -4'1950 a -10'29), resultado de un aumento de 3'3750 puntos de media en el grupo de intervención (desviación estándar 7'01), y un descenso de 2'7222 puntos de media (desviación estándar 7'19), en el grupo de control, siendo la pérdida de puntuación en la escala general de autoeficacia, menor que en el grupo control, y mostrando este resultado

significación estadística.

En relación a los posibles cambios a detectar, en las escalas de ansiedad de Hamilton e inventario de depresión de Beck, tras finalizar la intervención, se realiza estimación y contraste de medias poblacionales entre grupos para la diferencia de puntuaciones en la escala de Hamilton, determinadas en la visita final, no encontrándose diferencias significativas (*t student* 0'1211; $p < 0'943$).

De igual forma, no se encuentran diferencias significativas entre grupos para las medias obtenidas en la variable “diferencia de puntuación en inventario de Beck en depresión” (*t student* -0'1281; $p < 0'8987$).

6. DISCUSIÓN

La rehabilitación cardíaca ha mostrado eficacia en términos de morbimortalidad de los pacientes que la realizan, así como el aumento en la autoeficacia percibida mejora el funcionamiento y bienestar del ser humano. Se ha sugerido que el énfasis en aspectos de motivación dentro de programas de rehabilitación en rehabilitación cardíaca pueda favorecer la adherencia de los pacientes a los mismos. Así mismo la rehabilitación en formato grupal pueda contribuir a estos resultados. La psico educación puede mejorar la salud mental de pacientes que han sufrido eventos cardíacos (63, 66).

El objetivo principal del equipo investigador ha sido comprobar la utilidad de objetivar el cambio en el sentimiento de autoeficacia de un sujeto tras recibir una intervención sistematizada en el ámbito de atención primaria, y poner en valor la importancia de considerar esta variable como útil en la implementación convergente de los modelos de aprendizaje y salutogénico en la atención primaria de salud. No se han encontrado en la búsqueda de evidencias intervenciones relacionadas que permitan realizar comparaciones con idénticas variables en la metodología, lo que hace al equipo entender que se aportan evidencias a considerar dentro de la salud pública.

El presente estudio pone de manifiesto en sus resultados que la presencia de determinados rasgos de personalidad se asocia de forma directa, o inversa, con el nivel de autoeficacia percibida. Interpretando los resultados del presente estudio, se detectan asociaciones entre determinados rasgos de personalidad (dependiente, impulsivo) y un menor sentimiento de autoeficacia, lo que parece coherente con las conocidas asociaciones entre las denominadas personalidad “A” (impulsivo, competitivo), o “C” (dependiente emocional) (69, 70).

Se ha obtenido también tendencia a la mejora en el sentimiento de autoeficacia general percibida para con su salud, en los pacientes que concluyeron el programa de intervención en fase III, en el ámbito de la atención primaria, respecto al grupo

control, siendo coherentes los resultados con la evidencia bibliográfica (60, 142, 143).

De igual forma ocurre con el estado afectivo de la población que ha sufrido un evento cardíaco. De hecho, no se encuentra, tras la participación en el programa de intervención en rehabilitación cardíaca fase III, mejora en las medias de puntuación entre grupos respecto de síntomas de ansiedad o depresión. Se extrae de los resultados la tendencia a la asociación inversa entre la autoeficacia percibida y el estado anímico en la población que sufre evento cardíaco y fue incluida en el estudio. No se encuentra tras la participación en el programa de intervención en rehabilitación cardíaca fase III, mejora en la puntuación respecto de síntomas relacionados con ansiedad o depresión.

Esta aparente contradicción, en opinión del equipo investigador, podría ser explicada, o al menos sometida a debate, por el concepto de “resiliencia”, recientemente incorporado a la psicología de la salud.

Suniya Luthar, entre el 2000 y el 2006, definió resiliencia como una adaptación positiva pese a la adversidad, enfatizando los dos elementos que la constituyen: la adversidad y la adaptación (146).

La actitud resiliente en un paciente podría encontrar plausibilidad y coherencia con un sentimiento de autoeficacia percibida para el cuidado de la propia salud, a pesar de que no se demuestre mejora en puntuaciones relacionadas con síntomas de ansiedad, o tristeza. La capacidad de afrontamiento y adaptación, podrían integrar síntomas no relacionados con estados anímicos de alegría, euforia, o felicidad.

Existen datos contrapuestos acerca de la relación entre la resiliencia y la depresión. Así en determinadas poblaciones no enfermas (adolescentes), la incapacidad para afrontar situaciones adversas se relaciona de forma directa con el afecto negativo, con menos sentimiento de autoestima (147), mientras que en otros estudios, realizados sobre poblaciones con enfermedades crónicas, la resiliencia se asocia de forma directa con el tiempo de diagnóstico transcurrido, la edad y el nivel

de información, aunque de forma independiente a la percepción de calidad de vida relacionada con la salud (148).

La actitud resiliente podría ser compatible con puntuaciones no deseables en cuanto a sintomatología ansiosa o depresiva. Se deduce, atendiendo a la definición propuesta para resiliencia, que la capacidad que se reconoce en el concepto de resiliencia no tiene por qué correlacionar, como demuestran los resultados, con el ánimo (149). Este concepto de resiliencia, podría contraponerse al de “desamparo aprendido” por el cual, cuando el individuo espera resultados deseados, que son independientes de su conducta comienza a desarrollar una actitud o estado de “desamparo aprendido”. Este sería pues el estado psicológico que resulta cuando un individuo espera que los resultados de su vida sean incontrolables, generándose como consecuencia coherente a ese pensamiento la necesidad de depositar los propios cuidados para con la salud en otros agentes externos, como los profesionales sanitarios y otros recursos propios de los sistemas sanitarios.

Podría suponerse que aumentar la capacidad de resiliencia puede coexistir con la distimia, incluso la “infelicidad”. La capacidad de afrontamiento y adaptación, podrían integrar síntomas no relacionados con estados anímicos de alegría, euforia, o felicidad. Podría aceptarse que un sujeto sienta fortaleza en su capacidad de afrontar situaciones, tras haberse adaptado a traumas vitales o estresores agudos, como pueda ser sufrir un evento cardíaco y, sin embargo, mostrar un ánimo triste, o ansioso (150).

La actitud resiliente en un paciente podría encontrar plausibilidad y coherencia con un sentimiento de autoeficacia percibida para el cuidado de la propia salud, a pesar de que no se demuestre mejora en puntuaciones relacionadas con síntomas de ansiedad, o tristeza (150).

Esto podría explicar los resultados encontrados en relación a no mejoría en puntuaciones en escalas representativas del estado afectivo a pesar de obtenerse beneficios en sentimiento de autoeficacia.

Parece pertinente trabajar desde el ámbito de la atención primaria, en propuestas que tiendan, desde la reorganización de servicios sanitarios, a mejorar resultados en el constructo «autoeficacia», a través de intervenciones sistemáticas y sistematizadas, adaptadas a la factibilidad que nuestro sistema sanitario otorga. Las características de esta población de paciente y la evolución de su proceso de enfermedad cardíaca, hacen beneficioso implementar intervenciones de carácter multidimensional. De un lado, cognitivo conductual, que favorezcan la aceptación, el afrontamiento, la supresión de distorsiones cognitivas frecuentes en esta población y, en definitiva, la mayor resiliencia en el paciente tras sufrir un evento cardíaco; de otro, y dada la comprobación de más frecuente presencia de biotipos endomórficos, y su correlación positiva con síntomas de ansiedad, depresión, y mayor índice de masa corporal, de actividad física y nutrición, en cualquier intervención desde atención primaria en fase III de RC, incluyendo información, acuerdos de compromiso y seguimiento para el cumplimiento de recomendaciones.

El presente estudio ha respetado las recomendaciones para la mejora en la realización de los ensayos clínicos de la declaración Consort, en cuanto al algoritmo propuesto para selección, elegibilidad y seguimiento de los sujetos finalmente incluidos al estudio.

6.1 Limitaciones del estudio

Como limitaciones del estudio, se identifica la no determinación de variables independientes relacionadas con los factores de riesgo cardiovascular, como valores de laboratorio (bioquímicos), nutricionales o fisiológicos (constantes como tensión arterial, peso, escala de Borg para control de la frecuencia cardíaca o consumo de oxígeno miocárdico tras esfuerzo), y la medición de las tendencias directa o inversa en las correlaciones entre estas variables y la puntuación en autoeficacia.

Así mismo sólo se ha descrito asociación entre rasgos de personalidad determinados en visita basal en la muestra, sin determinarse asociaciones entre los

citados rasgos y la mayor o menor diferencia en puntuaciones de autoeficacia general como variable dependiente principal.

La determinación de puntuaciones en escala de ansiedad de Hamilton, ha sido la global, no estimándose para incluir en análisis estadístico de correlaciones las sumadas en las subescalas de síntomas somáticos (o físicos) y físicos.

Tampoco se ha utilizado, aunque no se ha propuesto como variable dependiente una escala o cuestionario validada para la población de estudio, que represente objetivamente la capacidad o actitud resiliente del sujeto. En cualquier caso, el equipo investigador ha pretendido resaltar el protagonismo y la oportunidad de la medición de la autoeficacia general percibida en un individuo que ha sufrido un evento cardíaco, como objetivación de su sentimiento de capacidad para mejorar su estado de salud, más allá de los resultados concretos que sobre variables fisiológicas pueda llegarse a obtener.

Se considera también potencial limitación del estudio un tamaño de la muestra muy ajustado al cálculo preciso y, aún encontrada significación estadística que acompaña a la relevancia clínica considerada en la diferencia de medias para la variable principal, se entiende como una oportunidad del estudio, un mayor tamaño de la población a incluir. De la misma forma, la oportunidad de encontrar que una intervención que aumente el sentimiento de eficacia percibida en pacientes que han sufrido evento cardíacos agudos, podría también haberse planteado a población que ni siquiera ha realizado programas de RC hospitalarias (Fase II), y que, atendiendo a la descripción en el texto, sigue siendo mayoritaria en nuestro país, y fuera de él.

7. CONCLUSIONES

El reconocimiento de la insuficiencia de los programas de RC basados, exclusivamente en el ejercicio físico para el logro de una rehabilitación global del paciente infartado, condujo a intentos de aplicación de intervenciones específicamente psicológicas, centradas en la modificación de aspectos puntuales relacionados con los problemas de rehabilitación de estos pacientes. En nuestro país, se han propuesto objetivos terapéuticos para la reducción del impacto emocional provocado por el infarto de miocardio, así como para la reducción de la probabilidad de ocurrencia de posteriores eventos miocárdicos. Sin embargo, no se dispone en nuestro medio de datos fiables sobre la autoeficacia percibida por el paciente cardiópata en relación con el cuidado de su salud.

Los resultados del presente estudio muestran mejoras significativas en las puntuaciones relacionadas con el sentimiento de autoeficacia general percibida en la población que finalizó el programa de intervención en el ámbito de la atención primaria de salud, respecto del grupo control.

Existe correlación inversa entre la autoeficacia percibida y las puntuaciones en escalas que miden síntomas de ansiedad o depresión. No parece que la mejora en las puntuaciones en sentimiento de autoeficacia percibida para con la salud, se acompañe de mejoría en puntuaciones que se relacionan con el estado anímico.

El papel de la enfermería, tanto en unidades de rehabilitación cardíaca hospitalaria, como en el ámbito de la atención primaria de salud, se revela esencial, en la consecución de objetivos de mejora en estos pacientes, siendo avalado por teorías, como el modelo Dorothea Orem, donde los cuidados que la enfermería entrega y su proceso constituye la herramienta que permite entregar estos cuidados a través de un método de planificación sistemático y racional.

Parece pertinente realizar posteriores estudios, con mayor tamaño muestral y en diferentes ámbitos, que pongan a prueba la efectividad de intervenciones

sistematizadas, adaptadas a criterios de factibilidad en los sistemas sanitarios, en relación al aumento de la autoeficacia percibida para poblaciones homogéneas con la estudiada.

La revisión de la literatura científica describe una situación de escasa implantación, en el mejor de los escenarios, de la rehabilitación cardíaca en el ámbito hospitalario, de forma general, y particular en el de la atención primaria de salud, lo que se propone como una oportunidad de mejora en la organización de los servicios sanitarios, habida cuenta de la evidencia que sustentan las teorías y modelos de aprendizaje individual, salutogénicos, en relación a la autoeficacia, autocuidado, corresponsabilidad del ciudadano para con los sistemas sanitarios que le amparan, y el valor de la resiliencia como resultado de la adaptación y afrontamiento psicológico ante la enfermedad, y para con la salud.

8. CONCLUSIONS

Having acknowledged the inadequacy of CR programmes exclusively based on physical exercise for the achievement of global rehabilitation of the infarcted patient led to attempts to implement specifically psychological interventions focused on changing certain aspects related to the rehabilitation problems these patients suffer. In our country, therapeutic objectives have been proposed to reduce the emotional impact caused by myocardial infarction, as well as the likelihood of occurrence of subsequent myocardial events. However, there are no reliable data on cardiac patients' perceived self-efficacy in relation to their healthcare.

The results of this study show significant improvements in overall perceived self-efficacy scores in those participants who finished the intervention programme in the field of primary healthcare as compared to the control group.

There is an inverse correlation between perceived self-efficacy and the scores obtained in those scales that measure symptoms of anxiety or depression. An improvement in scores regarding health-related perceived self-efficacy does not seem to be accompanied by an improvement in mood-related scores.

The role of nursing both in hospital cardiac rehabilitation units and in primary healthcare is essential in achieving improvement objectives for these patients. This is certified by theories such as the Dorothea Orem model, where the nursing care and its process is the tool to provide such care through a systematic and rational planning method.

It seems pertinent to carry out subsequent studies with a larger sample size and in different contexts, which test the effectiveness of systematic interventions adapted to feasibility criteria in health systems regarding the increase in perceived self-efficacy in equivalent populations to the studied one.

The review of the scientific literature describes a situation of scarce implementation, at best, of cardiac rehabilitation in the hospital field in general and,

particularly, in primary healthcare. This seems to imply an opportunity for improving the organisation of services in view of the evidence behind healthcare theories and models that deal with individual, salutogenic learning focused on self-efficacy, self-care, citizen's co-responsibility for the involved healthcare systems, and the value of resilience as a result of psychological adaptation and confrontation against illness, and in favour of health.

9. ANEXOS



9.1 Anexo I. Escala de autoeficacia. Ralf Schwarzer & Matthias Jerusalem, 1993

1	Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero, aunque alguien se me oponga.
2	Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.
3	Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.
4	Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.
5	Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.
6	Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.
7	Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.
8	Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.
9	Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.
10	Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.

Response Format:

1 = incorrecto	2 = apenas cierto	3 = más bien cierto	4 = cierto
----------------	-------------------	---------------------	------------

Puntuación posible: 0-40

9.2 Anexo II. Cuestionario de screening de rasgos de personalidad Salamanca



CUESTIONARIO SALAMANCA PARA EL SCREENING DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Antonio Pérez Urdániz, Vicente Rubio Larrosa, M^º Esperanza Gómez Gazol

Este es un cuestionario de screening para la evaluación de los Trastornos de la Personalidad. Conteste según sea su manera de ser habitual y no según se encuentre en un momento dado.
Ponga una cruz en su respuesta: **V** para verdadero y **F** para falso. En el caso de contestar **V** (verdadero) no olvide señalar el grado de intensidad de su respuesta: **1.** A veces, **2.** Con frecuencia y **3.** Siempre

1. Pienso que más vale no confiar en los demás.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

2. Me gustaría dar a la gente su merecido.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

3. Prefiero realizar actividades que pueda hacer yo solo.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

4. Prefiero estar conmigo mismo.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

5. ¿Piensa la gente que es usted raro o excéntrico ?

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

6. Estoy más en contacto con lo paranormal que la mayoría de la gente.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

7. Soy demasiado emocional.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

8. Doy mucha importancia y atención a mi imagen.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

9. Hago cosas que están fuera de la ley.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

10. Tengo poco respeto por los derechos de los demás.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

CUESTIONARIO SALAMANCA PARA EL SCREENING DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD
Antonio Pérez Urdániz, Vicente Rubio Larrosa, M^º Esperanza Gómez Gazol



11. Soy especial y merezco que me lo reconozcan.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

12. Mucha gente me envidia por mi valía.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

13. Mis emociones son como una montaña rusa.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

14. Soy impulsivo.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

15. Me pregunto con frecuencia cuál es mi papel en la vida.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

16. Me siento aburrido y vacío con facilidad.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

17. ¿Le considera la gente demasiado perfeccionista, obstinado o rígido ?.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

18. Soy detallista, minucioso y demasiado trabajador.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

19. Necesito sentirme cuidado y protegido por los demás.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

20. Me cuesta tomar decisiones por mí mismo.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

21. Soy nervioso.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

22. Tengo mucho miedo a hacer el ridículo.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

CUESTIONARIO SALAMANCA PARA EL SCREENING DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD
Antonio Pérez Urdániz, Vicente Rubio Larrosa, M^a Esperanza Gómez Gazol



CUESTIONARIO SALAMANCA PARA EL SCREENING DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Antonio Pérez Urdániz, Vicente Rubio Larrosa, M^a Esperanza Gómez Gazol

Nombre y apellidos:			
Fecha:	Sexo:	Edad:	Diagnóstico:
Estado Civil:			
Profesión:			
Tratamiento:			

CORRECCIÓN DEL CUESTIONARIO

Suma el total de los puntos obtenidos en las respuestas verdaderas para cada trastorno y refléjelas en la gráfica. Los ítems correspondientes a cada subescala son:

GRUPO A	PAR	PARANOIDE (ítems 1 y 2)
	ESQ	ESQUIZOIDE (ítems 3 y 4)
EQT	ESQUIZOTÍPICO (ítems 5 y 6)	
GRUPO B	HIST	HISTRIÓNICO (ítems 7 y 8)
	ANT	ANTISOCIAL (ítem 9 y 10)
	NAR	NARCISISTA (ítem 11 y 12)
	IE IMP	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad: SUBTIPO IMPULSIVO (ítems 13 y 14)
	IE LIM	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad: SUBTIPO LÍMITE (ítems 15 y 16)
GRUPO C	ANAN	ANANCÁSTICO (ítems 17 y 18)
	DEP	DEPENDIENTE (ítem 19 y 20)
	ANS	ANSIOSO (ítems 21 y 22)

Según la nomenclatura del DSM-IV TR: Paranoide, Esquizoide, Esquizotípico, Histriónico, Antisocial, Narcisista y Dependiente

Según la nomenclatura del CIE-10: Trastorno de inestabilidad emocional subtipo impulsivo, Trastorno de inestabilidad emocional subtipo límite, Anancástico y Ansioso.

Refleje la puntuación en el siguiente gráfico:

PUNT	GRUPO A			GRUPO B					GRUPO C		
	PAR	ESQ	EQT	HIST	ANT	NAR	IE IMP	IE LIM	ANAN	DEP	ANS
6											
5											
4											
3											
2											
1											
0											

CUESTIONARIO SALAMANCA PARA EL SCREENING DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD
Antonio Pérez Urdániz, Vicente Rubio Larrosa, M^a Esperanza Gómez Gazol

9.3 Anexo III. Escala para la ansiedad de Hamilton

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas energéticas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Puntuación, interpretación y aplicabilidad. Se trata de uno de los instrumentos más utilizados en estudios farmacológicos sobre ansiedad. Puede ser usada para valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento. No existen puntos de corte para distinguir población con y sin ansiedad y el resultado debe interpretarse como una cuantificación de la intensidad.

El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13) (8).

Cuando no existen ataques de pánico se ha propuesto por Bech, de forma orientativa: 0 - 5 puntos (no ansiedad), 6 - 14 (ansiedad menor), 15 o más (ansiedad mayor).

9.4 Anexo IV. Inventario para la depresión de Beck.

- 1) No me siento triste
Me siento triste
Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
- 2) No me siento especialmente desanimado respecto al futuro
Me siento desanimado respecto al futuro
Siento que no tengo que esperar nada
Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán
- 3) No me siento fracasado
Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso
Me siento una persona totalmente fracasada
- 4) Las cosas me satisfacen tanto como antes
No disfruto de las cosas tanto como antes
Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas
Estoy insatisfecho o aburrido de todo
- 5) No me siento especialmente culpable
Me siento culpable en bastantes ocasiones
Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
Me siento culpable constantemente
- 6) No creo que esté siendo castigado
Me siento como si fuese a ser castigado
Espero ser castigado.
Siento que estoy siendo castigado.
- 7) No estoy decepcionado de mí mismo
Estoy decepcionado de mí mismo
Me da vergüenza de mí mismo
Me detesto

- 8) No me considero peor que cualquier otro
Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores
Continuamente me culpo por mis faltas
Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9) No tengo ningún pensamiento de suicidio
A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería
Desearía suicidarme
Me suicidaría si tuviese la oportunidad
- 10) No lloro más de lo que solía llorar
Ahora lloro más que antes
Lloro continuamente
Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
- 11) No estoy más irritado de lo normal en mí
Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
Me siento irritado continuamente
No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme
- 12) No he perdido el interés por los demás
Estoy menos interesado en los demás que antes
He perdido la mayor parte de mi interés por los demás
He perdido todo el interés por los demás
- 13) Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho
Evito tomar decisiones más que antes
Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
Ya me es imposible tomar decisiones
- 14) No creo tener peor aspecto que antes.
Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo
Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
Creo que tengo un aspecto horrible

- 15) Trabajo igual que antes.
Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo
Tengo que obligarme mucho para hacer algo
No puedo hacer nada en absoluto.
- 16) Duermo tan bien como siempre
No duermo tan bien como antes
Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir
Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir
- 17) No me siento más cansado de lo normal
Me canso más fácilmente que antes
Me canso en cuanto hago cualquier cosa
Estoy demasiado cansado para hacer nada
- 18) Mi apetito no ha disminuido
No tengo tan buen apetito como antes
Ahora tengo mucho menos apetito
He perdido completamente el apetito
- 19) Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada
He perdido más de 2 kilos y medio
He perdido más de 4 kilos
He perdido más de 7 kilos
Estoy a dieta para adelgazar SI/NO
- 20) No estoy preocupado por mi salud más de lo normal
Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento
Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más
Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa

- 21) No he observado ningún cambio reciente en mi interés
Estoy menos interesado por el sexo que antes
Estoy mucho menos interesado por el sexo
He perdido totalmente mi interés por el sexo

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación	Nivel de depresión*
1-10	Estos altibajos son considerados normales
11-16	Leve perturbación del estado de ánimo
17-20	Estados de depresión intermitentes
21-30	Depresión moderada
31-40	Depresión grave
+ 40	Depresión extrema

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

9.5 Anexo V. Hoja de información al paciente.

El paciente recibirá información adecuada y se obtendrá su consentimiento por escrito antes de ser incluido en el estudio. El modelo de consentimiento deberá hacer constar la fecha y firmas del médico investigador y del paciente. El paciente participante en el estudio podrá revocar en cualquier momento su consentimiento para la utilización de sus datos en el análisis, sin justificar su decisión, y sin que por ello se derive para él responsabilidad ni perjuicio alguno.

Los datos del estudio serán tratados conforme la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de “Protección de Datos de Carácter Personal”, y utilizados exclusivamente para el desarrollo y buen fin del estudio.

Los datos de carácter personal del estudio serán disociados. En el formulario de recogida de datos el paciente será identificado sólo mediante un código. El médico investigador mantendrá un registro confidencial que relacione los códigos de identificación con la identidad de cada paciente.

El presente estudio se desarrolla dentro de la práctica clínica habitual y, dado que se trata de un estudio no relacionado con fármacos, no impone restricciones al médico participante ni influye en la práctica clínica normal.

El médico y psicólogo, Dr. Antonio José Madueño Caro, coordinador del proyecto “Autoeficacia en pacientes con infarto de miocardio. Efectividad de intervención multidimensional sobre el estado emocional, la adherencia al tratamiento y el riesgo cardiovascular”, le ha propuesto participar en un estudio que se está llevando a cabo en el área hospitalaria de Cádiz- San Fernando. Antes de que decida participar y proceder a la firma de este consentimiento informado, es importante que comprenda por qué se realiza el estudio y qué es lo que supone para usted. Lea detenidamente la información, coméntela si así lo desea con su médico y hágale las preguntas que considere oportunas.

Naturaleza:

El propósito del estudio es comprobar si participar en una intervención multidimensional, que atención psicológica, programa de actividad física y nutrición, así como control de posibles factores de riesgo coronario presentes, a lo largo de un año, pueden mejorar el grado de autoeficacia en el control de su enfermedad (post-infarto de miocardio), su estado emocional, su grado de conocimiento de la enfermedad y disminución de recurrencias de eventos cardiovasculares. Se le realizarán varios test, controles de constantes y determinaciones analíticas, además de recogida de otras variables. Puede que sea seleccionado para participar en el grupo de intervención. En dicho caso, será incluido en seguimiento individualizado, atendido por un psicólogo, y dos médicos de familia, uno de ellos experto en nutrición y actividad física. En la visita de inicio se le ofrecerán los contenidos y el cronograma de visitas a lo largo de un año. Al firmar su consentimiento, usted se compromete a acudir a las visitas propuestas. En el caso que fuera asignado al grupo “control”, seguirá con los cuidados de su médico y enfermero/a en su centro de salud de referencia. No obstante, en ambos casos, a todos se les citará anualmente para entrevistarle y registrar ciertos parámetros clínicos. Asimismo, con el consentimiento, usted autoriza a recopilar datos de su historial clínico, de forma totalmente anónima.

Implicaciones para el paciente:

Su médico y enfermero de familia seguirán prestándole la misma atención y este estudio no implica ninguna modificación de tratamiento farmacológico específico a no ser que su médico lo estime oportuno según la práctica clínica habitual, con el objetivo de conseguir un mejor control de su enfermedad. La participación es totalmente voluntaria y puede retirarse del estudio cuando así lo manifieste, sin dar explicaciones y sin que esto repercuta en sus cuidados médicos.

La información que recogemos como parte de este estudio se hará de forma de que a usted no se le pueda identificar. Los materiales del estudio se mantendrán

en condiciones seguras de almacenamiento. Algún representante del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) que ha supervisado este estudio o de las autoridades sanitarias podría revisar sus documentos médicos para comprobar que el estudio se está llevando a cabo correctamente. Esto forma parte del proceso de control de calidad. En cualquier caso, siempre se seguirá lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, BOE núm 298 de 14 de diciembre de 1999 y en el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, BOE núm 17 de 19 de enero de 2008 sobre protección de datos de carácter personal.

Riesgos de la investigación para el paciente:

Los contenidos y actividades relacionadas con la intervención psicológica y control de factores de riesgo coronario (nutrición, deshabituación tabáquica) no suponen ningún riesgo adicional para usted.

El programa de ejercicio físico se hará de forma progresiva y con un test y prueba de ejercicio previa para minimizar al máximo los riesgos. La prueba de ejercicio previa se realiza en un ciclo ergómetro (“bicicleta estática con monitorización cardio-pulmonar”) antes de su alta clínica de la fase II de la rehabilitación cardíaca que ha realizado en el hospital.

Si requiere información adicional se puede poner en contacto con el coordinador del proyecto, el doctor Antonio José Madueño Caro, con DNI 31242108, en el centro de salud de La Laguna, consulta nº 3 (Cádiz, Plaza Reina Sofía s/n) o en la dirección de correo electrónico madu64@gmail.com

9.6 Anexo VI. Modelo de consentimiento informado

AUTOEFICACIA EN PACIENTES TRAS PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Yo (Nombre y Apellidos)

He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento (Información al Paciente).

He podido hacer preguntas sobre el estudio "*Autoeficacia en pacientes en fase III de rehabilitación cardíaca. Efectividad de intervención multidimensional sobre el estado emocional, la adherencia al tratamiento y el riesgo cardiovascular*".

He recibido suficiente información sobre el estudio:

Autoeficacia en pacientes en fase III de rehabilitación cardíaca. Efectividad de intervención multidimensional sobre el estado emocional, la adherencia al tratamiento y el riesgo cardiovascular

- He hablado con el profesional sanitario informador:
- Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.
- Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- Se me ha informado de que la donación/información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.
- **Deseo** ser informado/a de mis datos genéticos y otros de carácter personal que se obtengan en el curso de la investigación, incluidos los descubrimientos inesperados que se puedan producir, siempre que esta información sea necesaria para evitar un grave perjuicio para mi salud o la de mis familiares biológicos.

Sí No

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera.
- Sin tener que dar explicaciones.
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el proyecto: *Autoeficacia en pacientes en fase III de rehabilitación cardíaca. Efectividad de intervención multidimensional sobre el estado emocional, la adherencia al tratamiento y el riesgo cardiovascular*.

Firma del/de la paciente
(O representante legal en su caso)

Firma del profesional
Sanitario informador

Nombre y apellidos

Nombre y apellidos

Fecha:

Fecha:

9.7 Anexo VII. Autorización Comité de ética de referencia.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

D. ^a MONICA SALDAÑA VALDERAS COMO SECRETARIA DEL COMITÉ DE ETICA DE LA INVESTIGACION DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR Y DISTRITO BAHIA DE CADIZ LA JANDA.

HACE CONSTAR

Que en su reunión de fecha 25 de marzo de 2013 se ha revisado el estudio de investigación del cual es Promotor e Investigador Principal el Dr. Antonio José Madueño Caro titulado:

"Autoeficacia en pacientes en fase III de rehabilitación cardíaca. Efectividad de intervención multidimensional sobre el estado emocional, la adherencia al tratamiento y el riesgo cardiovascular"

Y hace constar que el citado proyecto es viable,

Que presenta suficiente rigor metodológico,

Que la evaluación de costes económicos es correcta,

Que con respecto a su vertiente ética el proyecto cumple los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio.

Y para que así conste, firmo la presente en Cádiz a 26 de marzo de 2013



C.S.7

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR
Avda. Ana de Viya, 21 - 11009 - CADIZ
Teléfono, 956 00 21 00
www.hupm.com

10. INDICIOS DE CALIDAD

1. Madueño Caro A y cols. “A comprehensive phases I and II cardiac rehabilitation program produces functional and biochemical but not biotypes improvements. A pilot study.”, exhibited at the 19th WONCA Europe Conference, held at the Lisbon Congress Center, July 2-5, 2014.
2. Madueño Caro y cols. “Personality traits as a risk factor on cardiac events: new opportunity on cognitive-behavioral therapy in cardiac rehabilitation.”, exhibited at the 19th WONCA Europe Conference, held at the Lisbon Congress Center, July 2-5, 2014.
3. Madueño Caro AJ, Mellado Fernandez ML., Pardos Lafarga M., Muñoz Ayllon M., Saez García L., Gómez Salgado J. **“Perceived self-efficacy in patients after a cardiac rehabilitation program in primary care”**. La Laguna Health Center. Andalusian Health Service Exhibited at the 34th WONCA Europe Conference. Krakow. May 18. 2018.
4. Madueño Caro AJ, Mellado Fernandez ML., Delgado Pacheco J., Muñoz Ayllon M., Pardos Lafarga M., Saez Garcia L. “Autoeficacia percibida, rasgos de personalidad y biotipos previos a un programa de rehabilitación cardíaca en atención primaria de salud”. *Enfermería Clínica* 2017, 27 (6): 346-351.
5. Madueño Caro AJ, Mellado-Fernández ML., Pardos Lafarga M., Muñoz Ayllón M., Martín-López C., Gómez Salgado J. “Autoeficacia percibida en pacientes tras programa de rehabilitación cardíaca en atención primaria: un nuevo modelo de atención”. *Rev Esp Salud Pública*. 2019; Vol. 93: 19 de julio e1-e11.

INDICIOS DE CALIDAD

El artículo “Autoeficacia percibida, rasgos de personalidad y biotipos previos a un programa de rehabilitación cardíaca en atención primaria de salud” que forma parte de la sección “Indicios de calidad” ha sido retirado de la tesis debido a restricciones relativas a derechos de autor. Dicho artículo ha sido sustituido por su referencia bibliográfica, enlace al artículo y resumen.

- Madueño Caro AJ, Mellado Fernandez ML., Delgado Pacheco J., Muñoz Ayllon M., Pardos Lafarga M., Saez Garcia L. “Autoeficacia percibida, rasgos de personalidad y biotipos previos a un programa de rehabilitación cardíaca en atención primaria de salud”. Enfermería Clínica 2017, 27 (6): 346-351. DOI: 10.1016/j.enfcli.2017.04.004

Enlace al artículo: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.04.004>

RESUMEN:

Objetivos

Existe evidencia del beneficio de la rehabilitación cardíaca tras evento cardiovascular sobre el estado de ánimo y la autoeficacia percibida por el paciente para con el cuidado de su salud. Se quiere conocer la correlación entre variables relacionadas con el estado anímico, biotipo y autoeficacia de esta población.

Diseño

Estudio descriptivo.

Emplazamiento, participantes

Sobre toda la población de pacientes dados de alta en unidad de rehabilitación cardíaca hospitalaria a lo largo de 12 meses.

Mediciones principales

Se determinan variables universales, psicométricas (escala general de autoeficacia, cuestionario de personalidad Salamanca, Hamilton ansiedad e índice de depresión de Beck) y antropométricas. Se realiza estadística descriptiva y correlaciones de Pearson entre la variable dependiente principal y variables asociadas.

Resultados

Se incluyó a 88 pacientes, tasa de respuesta 92%. La edad media fue 53 años, con el 80,23% varones. De forma significativa, la autoeficacia correlacionó negativamente con la ansiedad ($r = -0,4009$) y la depresión ($r = -0,4152$), así como con el rasgo dependiente de la personalidad ($r = -0,3175$) e impulsivo ($r = -0,4243$). El biotipo endomorfo

correlaciona de forma positiva con niveles más altos de ansiedad ($r= 0,3304$) y síntomas relacionados con depresión ($r= 0,2563$). No hay diferencias según edad y sexo con la autoeficacia percibida.

Conclusiones

Existe correlación entre rasgos de personalidad, estado anímico y biotipo corporal con la autoeficacia percibida en la población a estudio.

10.1 Madueño Caro A y cols. “A comprehensive phases I and II cardiac rehabilitation program produces functional and biochemical but not biotypes improvements. A pilot study.”, exhibited at the 19th WONCA Europe Conference, held at the Lisbon Congress Center, July 2-5, 2014.

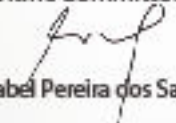


Certificate

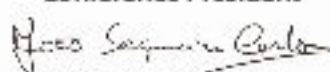
Antonio José Madueño Caro, was a co-author of the scientific poster "A comprehensive phases I and II cardiac rehabilitation program produces functional and biochemical but not biotypes improvements. A pilot study.", exhibited at the 19th WONCA Europe Conference, held at the Lisbon Congress Center, July 2-5, 2014.

Lisbon, July 5, 2014

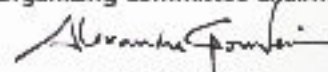
Scientific Committee Chair


Isabel Pereira dos Santos

Conference President


João Sequeira Carlos

Organizing Committee Chairman


Alexandre Gouveia

10.2 Madueño Caro y cols. “Personality traits as a risk factor on cardiac events: new opportunity on cognitive-behavioral therapy in cardiac rehabilitation.”, exhibited at the 19th WONCA Europe Conference, held at the Lisbon Congress Center, July 2-5, 2014.

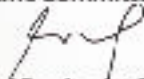


Certificate

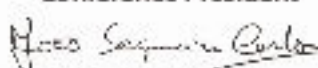
Antonio José Madueño Caro, was a co-author of the scientific poster "Personality traits as a risk factor on cardiac events: new opportunity on cognitive-behavioral therapy in cardiac rehabilitation.", exhibited at the 19th WONCA Europe Conference, held at the Lisbon Congress Center, July 2-5, 2014.

Lisbon, July 5, 2014

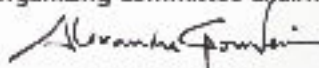
Scientific Committee Chair


Isabel Pereira dos Santos

Conference President


João Sequeira Carlos

Organizing Committee Chairman


Alexandre Gouveia

10.3 Madueño Caro AJ., Mellado Fernandez ML., Pardos Lafarga M., Muñoz Ayllon M., Saez García L., Gómez Salgado J. Perceived self-efficacy in patients after a cardiac rehabilitation program in primary care. La Laguna Health Center. Andalusian Health Service Exhibited at the 34th WONCA Europe Conference. Krakow. May 18. 2018.

Perceived self-efficacy in patients after a cardiac rehabilitation program in primary care

Madueño Caro AJ; Mellado Fernandez ML; Purlos Lafarga M; Muñoz Ayllon M; Saez García L; Gómez Salgado J.
La Laguna Health Center, Andalusian Health Service

The World Health Organization (WHO) defined Cardiac Rehabilitation (CR) as the sum of all the necessary measures to give the post-myocardial infarction (post-MI) patient the best physical, psychological, and social conditions to recover a normal position in society and a life as productive and active as possible (WHO, 1993). CR is cost-effective and should be considered a part of the care system provided to patients who have suffered a myocardial infarction or another heart disease.

The **Objective** of this study is to get to know the level of perceived self-efficacy among patients who have suffered a cardiac event and performed a hospital phase of cardiac rehabilitation, as well as to verify if the inclusion in a cardiac rehabilitation program in primary care allows to increase the level of perceived self-efficacy

Results: total of 95 patients, 89 agreed to participate (93.68% response rate), with a mean age of 63.01 years (SD 8.75). As for sex, of the total, 80.23% were male and 19.77% were female participants. The body mass index (BMI) showed an average of 28.59 (SD 3.85).

After the random assignment following a 2:1 ratio to the intervention or control group, 54 subjects were assigned to the intervention group (61.36%) and 35 to the control group (38.64%).

After the end of the study and as the main outcome, it was detected after estimation and contrast of hypotheses for population means between groups a difference of -6.0972 ($p = 0.0053$, 9.5% -4.1950 to -10.29), being the group exposed to intervention the one which showed a higher score improvement.

After the estimation and contrast of population means between groups for score difference in the Hamilton scale, in the final visit there were no significant differences (t student 0.1211; $p = 0.943$).

Similarly, there were no significant differences between groups for the means obtained in the variable "score difference in Beck Depression Inventory" (t student -0.1281; $p = 0.8987$).

Methods

Design: Community clinical trial; open; controlled and randomized study.

Field of study: Urban Centre of Primary Care.

All participants, adults, of both sexes, who concluded phase II in the CR unit of the reference hospital were offered to participate over 12 months, so it was not necessary to establish a sample size.

Variables

Dependent primary efficacy variable: Prior score and post-intervention scores in the Baessler & Schwarzer General Perceived Self-Efficacy Scale (Sanjuan-Suárez, Pérez-García & Bermúdez-Moreno, 2000).

Universal and sociodemographic variables were determined: age, sex, body mass index (BMI), stratification of cardiac risk at discharge from the hospital CR phase, and reference health centre by location.

Psychometric variables: Salamanca screening questionnaire, Hamilton anxiety rating scale and Beck depression inventory.

The intervention was constituted by a succession of visits performed by the family doctor on a scheduled basis.

- 10.4 Madueño Caro AJ, Mellado Fernandez ML., Delgado Pacheco J., Muñoz Ayllon M., Pardos Lafarga M., Saez Garcia L. Autoeficacia percibida, rasgos de personalidad y biotipos previos a un programa de rehabilitación cardíaca en atención primaria de salud. *Enfermería Clínica* 2017, 27 (6): 346-351.

- 10.5 Madueño Caro AJ., Mellado-Fernández ML., Pardos Lafarga M., Muñoz Ayllón M., Martín-López C., Gómez Salgado J. Autoeficacia percibida en pacientes tras programa de rehabilitación cardíaca en atención primaria: un nuevo modelo de atención. *Rev Esp Salud Pública*. 2019; Vol. 93: 19 de julio e1-e11.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Bandura A. Autoeficacia: Cómo afrontamos los cambios en la sociedad actual. Ed. Desclee de Brouwer, S.A. 1999.
2. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Washington DC: OPS; 1996.
3. Cabrera G. Transteoría e análise estratégica no controle local do tabagismo. Tese Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1999.
4. Nutbeam D, Harris E. Theory in a nutshell: a practitioner's guide to community used theories and models in health promotion. Sydney: National Centre for Health Promotion; 1998.
5. Seedhouse D. Health promotion: philosophy, prejudice and practice. New York: Wiley; 1997.
6. Vanryn M, Heany C. What's the use of theory. Health Educ Quart 1992; 19: 315- 330.
7. Marx M, Hillix M (eds.). Sistemas e teorías em psicologia. 2nd ed. São Paulo: Cultrix; 1995.
8. Garrido E. Autoeficacia. El origen de una idea. En "Nuevos horizontes en la investigación sobre autoeficacia". Salanova M. y cols. Castelló de Plana: Publicaciones de la Universitat Jaime I. D.L. 2004.
9. Green, L., Kreuter, M. Health program planning: An educational and ecological approach. 4th edition. New York, NY: McGraw-Hill 2005.
10. Bandura a. Self efficacy mechanism in human agency. American Psychologist 1982, 37, 122-147.
11. Biram M; Wilson G.T. Treatment of phobic disorders using cognitive and exposure methods.: A self-efficacy analysis. Journal of Counselling and Clinical Psychology 1981. 49, 886-89.
12. Bandura a. Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. Educational Psychologist 1993, 28, 117-148.
13. Edwin A. Self-Regulation through Goal Setting & Task performance. University of Toronto. Available from:
https://www.researchgate.net/publication/232501090_A_Theory_of_Goal_Setting_Task_Performance [accessed Jan 03 2018].
14. Kavanagh, D. J., Self-efficacy and depression. In R. Schwarzer (Ed.), Self-efficacy: Thought control of action (pp. 177–194). 1992. Washington, DC: Hemisphere.
15. Kavanagh, D. J., Wilson, P. H. (1989). Prediction of outcome with group cognitive therapy for depression. Behavior Research and Therapy, 27, 333–34).
16. Bandura A. Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning. In R. Schwarzer (ED), Self efficacy: Thought control of action. 1992 (pp 355-394). Washintong, DC: Hemisphere.
17. Olivari C. Urra e. Autoeficacia y conductas de salud. Ciencia y enfermería XIII (1): 9-15, 2007. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532007000100002>.
18. Rivera de los Santos F, Ramos Valverde P, Hernán García M. Análisis del modelo salutogénico en España: Aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. Rev esp Salud Pública 2011; 85: 129-139.

19. Bertalanffy Von, L. "The Theory of Open Systems in Physics and Biology". En: Science. N°3. 1959. 23-29.
20. Arnold, M. "Teoría de Sistemas, Nuevos Paradigmas: Enfoque de Niklas Luhmann". Revista Paraguaya de Sociología. Año 26. N°75. Mayo-agosto. 1989. Páginas 51-72.
21. Rivera de los Santos F, Ramos P, Moreno C., Hernán M., Garcia Moya I. Análisis del modelo salutogénico y del sentido de coherencia: retos y expansión de un enfoque práctico para la Salud y el desarrollo. En: Formación en salutogénesis y activos para la Salud. Series Monografías EASP n° 51. Hernan M., Morgan A., Mena A.L. editore.
22. Schwarzer R. and Jerusalem Generalized Self-Efficacy Scale. In: Weinman, J, S Wright, and M Johnson (eds.) Measures in health psychology: A user's portfolio, Causal and control beliefs. pp. 35-37, Windsor England: NFER-NELSON.
23. Antonovsky, A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International, 1996. 11(1), 11-1818.
24. Arnold, M. "Teoría de Sistemas, Nuevos Paradigmas: Enfoque de Niklas Luhmann". Revista Paraguaya de Sociología. Año 26. N°75. Mayo-Agosto. 1989. Páginas 51-72.
25. Lindstrom B, Eriksson M. Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. Health Promot Int. 2006; 21: 238-44.
26. Antonovsky, A. The Structure and Properties of the Sense of Coherence Scale. Social Science & Medicine, 1993. 36, 725-733.
27. Antonovsky A. Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
28. Morgan A., Promoting health and wellbeing through the asset model. Herán. Rev. esp. sanid. penit. vol.15 no.3 Barcelona 2013.
29. Bandura, A. , & Bussey, K.. Social Cognitive Theory of Gender Development and Differentiation. Psychological Review, (1999) 106, 676-713.
30. Azjen I. The Theory of Planned Behavior Organizational behaviour and human decisión processes. 1991. 50, 179-21.
31. Bandura, A. Social foundations of thought and action: A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. 1986.
32. Bandura A. Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. Educational Psychologist, 1993. 28, 117-148.
33. Grembowski D, Patrick D, Diehr P, Durham M, Beresford S, Kay E, Hecht J. J. Self-efficacy and health behavior among older adults. Health Soc. Behav. 1993; 34(2): 89-104.
34. Balaguer I, castillo I, Pastor Y. Los estilos de vida relacionados con la salud en la adolescencia temprana. En Balaguer I. : Estilos de vida en la adolescencia,2002 Valencia: Promolibro.
35. Bandura, A. (1992). Exercise of personal agency throught the self-efficacy mechanism. En R. Schwarzer (Ed.), Self-Efficacy: thought control of action (pp. 3-38). Washington, DC: Hemisphere.

36. Villamarín F, Antoni A., Autoeficacia y salud. Investigación Básica y aplicaciones. En: Nuevos horizontes en la investigación sobre autoeficacia. Salanova M, Grau R, Martínez I, Cifre E, Llorens S, Garcia-Renedo M. (Eds). Colección Psique num 8. Universidad Jaime I. Barcelona. 2004.
37. Maciá, D.; Méndez, F.X. y Olivares, J. Intervención conductual en contextos comunitarios. Programas aplicados de prevención. Madrid: Pirámide. 1993.
38. Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca, 1986.
39. Crockett, L. J., & Petersen, A. C. (1993). Adolescent development: Health risks and opportunities for health promotion. In S. G. Millstein, A. C. Petersen, & E. O. Nightingale (Eds.), Promoting the health of adolescents: New directions for the twenty-first century (pp. 13-37). New York: Oxford University Press.
40. Bennet P. Psychological care of cardiac patients. Cardiac rehabilitation manual. Ed. Niebauer J. Springer. London 2011.
41. Olivari C. Urra e. Autoeficacia y conductas de salud. Ciencia y enfermería XIII (1): 9-15, 2007. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532007000100002> (Bandura, A. . Social foundations of thought and action: A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. 1986.
42. Maroto JM et al. Rehabilitación cardíaca. Olalla Ed., Barcelona, 1999.
43. Wiendenfeld, S.; O'Leary, A.; Bandura, A.; Brown, S.; Levine, S. & Raska, K. (1990). Impact of perceived self-efficacy in coping with stressors on components of the immune system. Journal of Personality and Social Psychology, 59, 1082-1094.
44. Kiecolt-Glaser, J.K., Garner, W., Speicher, C.E., Penn, G.M., Holliday, J., and Glaser, R. (1984). Psychosocial modifiers of immunocompetence in medical students. *Psychosomatic Medicine*, 46, 7-14.
45. Shelley, M. & Pakenham, K. (2004). External health locus of control and general self-efficacy: Moderators of emotional distress among university students. Australian Journal of Psychology, 56 (3), 191-199.
46. Wu, A. M. S.; Tang, C.S.K. & Kwok, T.C.Y. (2004). Self-efficacy, health locus of control, and psychological distress in elderly Chinese women with chronic illnesses. Aging & Mental Health, 8(1), 21-28.
47. Marcus, B.; Eaton, C; Rossi, J. & Harlow, L. (1994). Self-efficacy, decision making, and stages of change: An integrative model of physical exercise. Journal of Applied Social Psychology, 24, 489-508.
48. Sniehotta FF, Scholz U, Schwarzer R, Fuhrmann B, Kiwus U, Völler H. Long-term effects of two psychological interventions on physical exercise and self-regulation following coronary rehabilitation. *Int J Behav Med*. 2005; 12(4):244-55.
49. Rimal, R. (2001). Longitudinal influences of knowledge and self-efficacy on exercise behavior: Test of a mutual reinforcement model. Journal of Health Psychology, 6(1) 31-46.
50. Litt MD. Self-efficacy and perceived control: cognitive mediators of pain tolerance. *J Pers Soc Psychol* 1988 Jan; 54(1):149-60.
51. Rokke, P.; Fleming-Ficek, S.; Siemens, N. & H. Hegstad (2004). Self-efficacy and choice of coping strategies for tolerating acute pain. Journal of Behavioral Medicine, 27 (4) 343-360.
52. Baker S. & Kirsch I. (1991). Cognitive Mediators of pain perception and tolerance. Journal of Personality and Social Psychology, 61 (3), 504-510.

53. Woby, S.; Watson, P.; Roach, N. & Urmston, M. Coping strategy use: Does it predict adjustment to chronic back pain after controlling for catastrophic thinking and self-efficacy for pain control. *Journal of Rehabilitation Medicine* 37, 100-107.2005.
54. Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P., & Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49–74.
55. Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
56. Herran A, Rodriguez Cabo B Vazquez Barquero JL. Trastornos depresivos. En *Psiquiatría en atención primaria*. Aula Médica 2007.
57. Alloy, L. B., Albright, J. S., Clements, C. M. (1987). Depression, nondepression, and social comparison biases. In J. E. Maddux, C. D. Stoltenberg, R. Rosenwein (Eds.), *Social processes in clinical and counseling psychology* (pp. 94–112). New York: Springer-Verlag.
58. *Self-Efficacy, Adaptation, and Adjustment: Theory, Research, and Application*, edited by James E. Maddux. Plenum Press, New York, 1995.
59. Galve E., Alegria E., Cordero A. y cols.: “Temas de actualidad en cardiología: riesgo vascular y rehabilitación cardíaca”.- *Rev. Esp. Cardiol.*, 2014; 67 (3): 203-210.
60. World Health Organization WHO (1981). *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*. Genova: World Health.
61. Maroto J, Artigao R, Morales MD, Pablo C, Abaira V. Rehabilitación cardíaca en pacientes con infarto de miocardio. Resultados tras 10 años de seguimiento. *Rev Esp Cardiol*. 2005; 58:1181-7.
62. León Latre M, Mazón Ramos P, Marcos E, García Porrero E. Temas de actualidad en prevención cardiovascular y rehabilitación cardíaca. *Rev Esp Cardiol*. 2009; 62 Supl 1:4- 13.
63. Márquez-Calderón S, Villegas Portero R, Briones Pérez de la Blanca E, Sarmiento González-Nieto V, Reina Sánchez M, Sainz Hidalgo I. Implantación y características de los programas de rehabilitación cardíaca en el Sistema Nacional de Salud español. *Rev Esp Cardiol*. 2003; 56:775–82.
64. World Health Organisation: Technical Report Seier 270. *Rehabilitation of patients with cardiovascular diseases. Report of a WHO expert committee*. Geneve. 1964.
65. Rose, G., and H. Blackburn. 1968. *Cardiovascular survey methods*. WHO technical report series no. 56. Geneva: World Health Organization.
66. Burdial G.: “Seguridad y eficacia de un programa de rehabilitación cardíaca con pacientes de alto riesgo en un medio hospitalario”. *Rev Urug Cardiol* 2008; 23: 150-156.
67. *Estrategia en cardiopatía isquémica del Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006.
68. Vazquez García R. “IAM con elevación del ST: proceso asistencial. 2ª ed. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2007.
69. Bueno, A.M. y Buceta, J.M. (1997). *Tratamiento Psicológico después del infarto de Miocardio: Estudios de Caso*. Madrid: Dykinson-Psicología.
70. Buceta JM., Bueno AM. *Intervención psicológica en los trastornos de salud*. Dykinson. Madrid. 2000.

71. Taylor CB, Bandura A, Ewart CK, Miller NH, DeBusk RF- Exercise testing to enhance wives' confidence in their husbands' cardiac capability soon after clinically uncomplicated acute myocardial infarction. *Am J Cardiol.* 1985 Mar 1; 55(6):635-8.
72. Pesah E, Supervia M, Turk-Adawi K, Grace SL. A Review of Cardiac Rehabilitation Delivery Around the World *Prog Cardiovasc Dis.* 2017 Sep - Oct; 60(2):267-280. doi:10.1016/j.pcad.2017.08.007. Epub 2017 Aug 24.
73. Ruano-Ravina AO, Pena-Gil C, Abu-Assi E, Raposeiras S, van 't Hof A, Meindersma E, Bossano Prescott EI, González-Juanatey JR. Participation and adherence to cardiac rehabilitation programs. A systematic review *Int J Cardiol.* 2016 Nov 15; 223:436-443. doi: 10.1016/j.ijcard.2016.08.120. Epub 2016 Aug 13.
74. Resurrección DM, Motrico E, Rigabert A, Rubio-Valera M, Conejo-Cerón S, Pastor L, Moreno-Peral P. Barriers for Nonparticipation and Dropout of Women in Cardiac Rehabilitation Programs: A Systematic Review. *J Womens Health (Larchmt).* 2017 Aug; 26(8):849-859. doi: 10.1089/jwh.2016.6249. Epub 2017 Apr.
75. Kotseva K., Wood D., De Baker G. et al."EUROASPIRE Study Group. Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II and III surveys in 8 European countries. EUROASPIRE study group" *Lancet* 2009; 373:929-940.
76. Medrano MJ., Boix R., Cerrato E y cols.: "Incidencia y prevalencia de cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular en España: revisión sistemática de literatura". *Rev. Esp Salud Pública* 2006;80; 5-15) (Bertomeu V., Castillo- Castillo J,," Situación de la enfermedad cardiovascular en España. Del riesgo a la enfermedad". *Rev. Esp. Cardiol.* 2008;8(suppl E):2-9.
77. Olbridge N.B.: "Cardiac rehabilitation exercise programme: Compliance and compliance enhancing strategies" *Sports Medicine* 1988-6: 42- 55.
78. Plan Integral de Atención a las Cardiopatías de Andalucía 2005-2009. Sevilla 2005. Junta de Andalucía. Consejería de Salud.
79. Wood DA, Kotseva K, Connolly S, Jennings C, Mead A, Jones J, et al; on behalf of EUROACTION Study Group. Nurse-coordinated multidisciplinary, familybased cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. *Lancet.* 2008; 371:1999-2012.
80. Niebauer J. (Ed). *Cardiac Rehabilitation Manual.* Ed. Springer. 2011.
81. Micklewright D, Northeast L., Parker P., Jermy M., Hardcastle J., Davison R., Sandercock G., Shearman J. The Cardiac Rehabilitation Inventory: A New Method of Tailoring Patient Support. *J Cardiovasc Nurs.* 2016 Mar-Apr; 31(2):175-85. doi: 10.1097/JCN.0000000000000220.
82. Fors A., Ekman I., Taft C., Björkelund C., Frid K., Larsson ME., Thorn J., Ulin K., Wolf. Swedberg K. Person-centred care after acute coronary syndrome, from hospital to primary care .A randomised controlled trial. *Int J Cardiol.* 2015; 187:693-9. doi: 10.1016/j.ijcard.2015.03.336. Epub 2015.
83. Estudio D.R.E.C.A sobre dieta y factores de riesgo cardiovascular en Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria Consejería de Salud, 1999.

84. American Association for cardiovascular and pulmonary rehabilitation. Guidelines for cardiac rehabilitation and secondary prevention programs. 4th ed. Champaign: Human kinetics; 2004.
85. Bjarnason-Wehrens B. and Halle M. exercise training in cardiac rehabilitation. Cardiac rehabilitation manual. Ed Niebauer. Springer 2011.
86. Aranceta-batrtrina J, Serra-Majem L, Foz-sala M, Moreno-Esteban B. Medicina Clínica 2005;125(12): 460-466.
87. Maratos-Flier, Flier Jeffrey. La obesidad. En Joslin's Diabetes Mellitus. Boston 2005.
88. Garcia-Aranda V., Calvo Jambriña R., Cabrera Calero, R., Cersso Mendoza G, Cruz Fernandez J.M. y cols. El tabaco como factor de riesgo cardiovascular. Importancia de la actuación desde atención primaria. En Rehabilitación cardíaca y atención primaria. Espinosa Caliani S, Bravo Navas JC. Ed. Panamericana. 2000.
89. Beare P. y Myers J. Principios y práctica de la Enfermería Médicoquirúrgica 2ª Edición, Mosby/Doyma Libros S.A. ISBN: 84-8086-190-8. 1995 Barcelona :67-69.
90. Gordon M. Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. 3 Ed. Madrid. Mosby. 1996: 71-72.
91. NANDA International Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. Edición hispanoamericana. Edited by T. Heather Herdman and Shigemi Kamitsuru. 2015.
92. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) . 6th Edition. Gloria Bulechek Howard Butcher Joanne M. Dochterman Cheryl Wagner. Elsevier. 213.
93. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud, 5 edition. Moorhead, Johnson, Maas & Swanson. 2013.
94. García Calvente MM, Mateo I et al.: Sistema Informal de cuidados en Andalucía. EASP. 1999.
95. Duarte Climens, G.; Izquierdo Mora, MD.: Análisis de la situación y líneas de desarrollo en enfermería de Atención Primaria. Servicio Canario de Salud, 1999.
96. Case Management Society of America: Standards of Practice for Case Management. 2002
97. Cartera de Servicios de Atención Primaria 2003. Dirección General de Asistencia Sanitaria, subdirección de Programas y Desarrollo. Servicio de Cartera de Servicios. Enero 2003 Decreto 137/2002 de 30 de abril de Apoyo a las familias andaluzas. BOJA N°52 de 4 de mayo de 2002.
98. Manual de la gestión de casos en Andalucía. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados. 2007.
99. López Romero LA, Romero Guevara SL, Parra DI, Rojas Sánchez LZ. Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. Hacia promoc. salud. 2016; 21(1): 117-137. DOI: 10.17151/hpsal.2016.21.1.10.
100. Fors A, Gyllensten H, Swedberg K, Ekman I. Effectiveness of person-centred care after acute coronary syndrome in relation to educational level: Subgroup analysis of a two-armed randomised controlled trial. Int J Cardiol. 2016 Oct 15; 221:957-62. doi: 10.1016/j.ijcard.2016.07.060. Epub 2016 Jul 5.
101. Fors A, Gyllensten H, Swedberg K, Ekman I. Effectiveness of person-centred care after acute coronary syndrome in relation to educational level: Subgroup analysis of a two-armed randomised controlled trial. Int J Cardiol. 2016 Oct 15; 221:957-62. doi: 10.1016/j.ijcard.2016.07.060. Epub 2016 Jul 5.

102. Oldrige N.B.: "Cardiac rehabilitation exercise programme: Compliance and compliance enhancing strategies" *Sports Medicine* 1988-6: 42- 55.
103. Fors A, Swedberg K, Ulin K, Wolf A, Ekman. Effects of person-centred care after an event of acute coronary syndrome: Two-year follow-up of a randomised controlled trial. *Int J Cardiol.* 2017 Dec 15; 249:42-47. doi: 10.1016/j.ijcard.2017.08.069. Epub 2017 Sep 6.
104. Fors A, Taft C, Ulin K, Ekman I. Person-centred care improves self-efficacy to control symptoms after acute coronary syndrome: a randomized controlled trial. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2016 Apr; 15(2):186-94. doi: 10.1177/1474515115623437. Epub 2015 Dec 23.
105. Vibulchai N, Thanasilp S, Preechawong S. Randomized controlled trial of a self-efficacy enhancement program for the cardiac rehabilitation of Thai patients with myocardial infarction. *Nurs Health Sci.* 2016 Jun; 18(2):188-95. doi: 10.1111/nhs.12243. Epub 2015 Sep 29.
106. Borg S, Öberg B, Nilsson L, Söderlund A, Bäck M. The role of a behavioural medicine intervention in physiotherapy for the effects of rehabilitation outcomes in exercise-based cardiac rehabilitation (ECRA) - the study protocol of a randomised, controlled trial. *BMC Cardiovasc Disord.* 2017 May 25; 17(1):134. doi: 10.1186/s12872-017-0557-7.
107. McDowell K, O'Neill B, Blackwood B, Clarke C, Gardner E, Johnston P, Kelly M, McCaffrey J, Mullan B, Murphy S, Trinder TJ, Lavery G, McAuley DF, Bradley JM. Effectiveness of an exercise programme on physical function in patients discharged from hospital following critical illness: a randomised controlled trial (the REVIVE trial); *Thorax.* 2017 Jul; 72(7):594-595. doi: 10.1136/thoraxjnl-2016-208723. Epub 2016 Nov.
108. Antypas K, Wangberg SC. An Internet- and mobile-based tailored intervention to enhance maintenance of physical activity after cardiac rehabilitation: short-term results of a randomized controlled trial. *J Med Internet Res.* 2014 Mar 11; 16(3):e77. doi: 10.2196/jmir.3132.
109. Alsaleh E, Windle R, Blake H. Behavioural intervention to increase physical activity in adults with coronary heart disease in Jordan. *BMC Public Health.* 2016 Jul 26; 16:643. doi: 10.1186/s12889-016-3313-5.
110. Lau-Walker M, Landy A, Murrells. Personalised discharge care planning for postmyocardial infarction patients through the use of the Personalised Patient Education Protocol implementing theory into practice. *J Clin Nurs.* 2016 May; 25(9-10):1292-300. doi: 10.1111/jocn.13177. Epub 2016 Mar.
111. Meng K, Musekamp G, Schuler M, Seekatz B, Glatz J, Karger G, Kiwus U, Knoglinger E, Schubmann R, Westphal R, Faller H. The impact of a self-management patient education program for patients with chronic heart failure undergoing inpatient cardiac rehabilitation. *Patient Educ Couns.* 2016 Jul; 99(7):1190-1197. doi: 10.1016/j.pec.2016.02.010. Epub 2016 Feb.
112. Poortaghi S, Baghernia A, Golzari SE, Safayian A, Atri SB. The effect of home-based cardiac rehabilitation program on self efficacy of patients referred to cardiac rehabilitation center. *BMC Res Notes.* 2013 Jul 23; 6:287. doi: 10.1186/1756-0500-6-287.

113. Freedland KE, Carney RM, Rich MW, Steinmeyer BC, Rubin EH. Cognitive Behavior Therapy for Depression and Self-Care in Heart Failure Patients: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2015 Nov; 175(11):1773-82. doi: 10.1001/jamainternmed.2015.5220.
114. Spatola CA, Manzoni GM, Castelnuovo G, Malfatto G, Facchini M, Goodwin CL, Baruffi M, Molinari E. The ACTonHEART study: rationale and design of a randomized controlled clinical trial comparing a brief intervention based on Acceptance and Commitment Therapy to usual secondary prevention care of coronary heart disease. *Health Qual Life Outcomes.* 2014 Feb 19; 12:22. doi: 10.1186/1477-7525-12-22.
115. Rajati F, Sadeghi M, Feizi A, Sharifirad G, Hasandokht T, Mostafavi F. Self-efficacy strategies to improve exercise in patients with heart failure: A systematic review *ARYA Atheroscler.* 2014 Nov; 10(6):319-33
116. Gomez J. Estrategias para la mejora del conocimiento y la prevención de los errores en la fase preanalítica. Tesis Doctoral. Universidad de Huelva. 2014.
117. Cramm JM, Strating MM, Roebroek ME, Nieboer AP The Importance of General Self-Efficacy for the Quality of Life of Adolescents with Chronic Conditions. *Soc Indic Res.* 2013 Aug; 113(1):551-561. Epub 2012 Jun 29.
118. Lorig, Kate R.; Ritter, Philip L.; González, Virginia M. Hispanic Chronic Disease Self-Management: A Randomized Community-Based Outcome Trial *Nursing Research: November-December 2003 - Volume 52 - Issue 6 - p 361-369*
119. Luszczynska, A.; Scholz, U. & Schwarzer, R. (2005). The general self-efficacy scale: Multicultural validation studies. *The Journal of Psychology*, 139 (5), 439-457
120. Pastorelli, C; Caprara, G.; Barbaranelli, C; Rola, J; Rozsa, S. & Bandura, A. (2001). The structure of children's perceived self-efficacy: A cross national study. *European Journal of Psychological Assessment*, 17 (2) 87-97.
121. Baessler, J. & Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*, 2, 1-8.
122. Bosscher, Rudolf J; Smit, Johannes H. Confirmatory factor analysis of the General Self-Efficacy Scale. *Behaviour Research and Therapy.* Vol 36(3) Mar 1998, 339-343).
123. Leganger, Anette; Kraft, Pal; Røysamb, Espen. Perceived self-efficacy in health behavior research: Conceptualisation, measurement and correlates. *Psychology & Health.* Vol 15(1) Feb 2000, 51-69.
124. Rimm, Halliki; Jerusalem, Matthias. Adaptation and validation of an Estonian version of the General Self-Efficacy Scale (ESES). *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal.* Vol 12(3) Nov 1999, 329-345.
125. Schwarzer, Mueller, & Greenglass (1999) Assessment of perceived general self efficacy on the Internet: Data collection in cyberspace. *Anxiety, Stress, and Coping*, 12, 145-161.
126. Schwarzer, Ralf; Bassler, Judith; Kwiatek, Patricia; Schroder, Kerstin; et al. The assessment of optimistic self-beliefs: Comparison of the German, Spanish, and Chinese versions of the General Self-efficacy Scale. *Applied Psychology: An International Review.* Vol 46(1) Jan 1997, 69-88.

127. Schwarzer, Ralf; Born, Arísti; Iwawaki, Saburo; Lee, Young-Min; et al. The assessment of optimistic self-beliefs: Comparison of the Chinese, Indonesian, Japanese, and Korean versions of the General Self-Efficacy scale. *Psychologia: An International Journal of Psychology in the Orient*. Vol 40(1) Mar 1997, 1-13.
128. Schwarzer, R and M Jerusalem (1995) Generalized Self-Efficacy Scale. In: Weinman, J, S Wright, and M Johnson (eds.) *Measures in health psychology: A user's portfolio, Causal and control beliefs*. pp. 35-37, Windsor England: NFER-NELSON.
129. Scholz, Urte; Dona, Benicio Gutierrez; Sud, Shonali; Schwarzer, Ralf. Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment*. Vol 18(3) 2002, 242-251.
130. Zhang, Jian Xin; Schwarzer, Ralf. Measuring optimistic self-beliefs: A Chinese adaptation of the General Self-Efficacy Scale. *Psychologia: An International Journal of Psychology in the Orient*. Vol 38(3) Sep 1995, 174-181).
131. Bijl JV, Poelgeest-Eeltink AV, Shortridge-Baggett L. The psychometric properties of the diabetes management self-efficacy scale for patients with type 2 diabetes mellitus. *J Adv Nurs*. 1999 Aug; 30(2):352-9.
132. Sangruangake M, Jirapornkul C, Hurst C. Psychometric Properties of Diabetes Management Self-Efficacy in Thai Type 2 Diabetes Mellitus Patients: A Multicenter Study. *Int J Endocrinol*. 2017; 2017:2503156. doi: 10.1155/2017/2503156. Epub 2017 Oct 22.
133. Pace AE, Gomes LC, Bertolin DC, Loureiro HMAM, Bijl JV, Shortridge-Baggett LM. Adaptation and validation of the Diabetes Management Self-Efficacy Scale to Brazilian Portuguese. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017 May 22; 25:e2861. doi: 10.1590/1518-8345.1543.2861.
134. McDowell J, Courtney M, Edwards H, Shortridge-Baggett L. Validation of the Australian/English version of the Diabetes Management Self-Efficacy Scale. *Int J Nurs Pract*. 2005 Aug; 11(4):177-84
135. Rapley P, Passmore A, Phillips M. Review of the psychometric properties of the Diabetes Self-Efficacy Scale: Australian longitudinal study. *Nurs Health Sci*. 2003 Dec; 5(4):289-97.
136. Lee EH, van der Bijl J, Shortridge-Baggett LM, Han SJ, Moon SH. Psychometric Properties of the Diabetes Management Self-Efficacy Scale in Korean Patients with Type 2 Diabetes. *Int J Endocrinol*. 2015; 2015:780701. doi: 10.1155/2015/780701. Epub 2015 May 18
137. Wichit N, Mnatzaganian G, Courtney M, Schulz P, Johnson M. Psychometric testing of the Family-Carer Diabetes Management Self-Efficacy Scale. *Health Soc Care Community*. 2017 Nov 6. doi: 10.1111/hsc.12511.
138. Mcewen MM, Pasvogel A, Murdaugh CL Family Self-Efficacy for Diabetes Management: Psychometric Testing *J Nurs Meas*. 2016; 24(1):E32-43. doi: 10.1891/1061-3749.24.1.E32.
139. Sullivan MD, Andrea Z, Russo J, Katon WJ (1998) Self-Efficacy and Self-Reported Functional Status in Coronary Heart Disease: A Six-Month Prospective Study. *Psychosomatic Med* 60(4) 473-478.

140. Gardner JK, McConnell TR, Klinger TA, Herman CP, Hauck CA, Laubach CA Jr (2003) Quality of Life and Self-efficacy: gender and diagnoses considerations for management during cardiac rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*. 23(4):299-306.
141. Fors A, Ulin K, Cliffordson C, Ekman I, Brink E. The Cardiac Self-Efficacy Scale, a useful tool with potential to evaluate person-centred care. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2015 Dec; 14(6):536-43. doi: 10.1177/1474515114548622. Epub 2014 Aug 22.
142. Berkhuisen MA, Nieuwland W, Buunk BP. Change in self-efficacy during cardiac rehabilitation and the role of perceived overprotectiveness. *Patients Educ Couns*. 1999; 38:21---32.7.
143. Denollet J, Stanislas U, Brutsaert DL. Personality and mortality after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*. 1995; 57:582---91.23.
144. Dusseldorp E, Van Elderen T, Maes S. A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. *Health Psychol*. 1999; 18:506---19.25.
145. Brown N, Melville M, Gray D, Young T, Munro J, Skene AM, et al. Quality of life four years after acute myocardial infarction: short form 36 scores compared with a normal population. *Heart*. 1999; 81:352-8.
146. Suniya S, Luthar, Dante Cicchetti. The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Dev Psychopathol*. 2000; 12(4): 857–885.
147. Restrepo Restrepo C., Vinaccia Alpi S., Quiceno JM. Resiliencia y depresión. Un estudio exploratorio desde la calidad de vida en la adolescencia. *Suma Psicológica*, Vol. 18 No 2. Diciembre 2011, 41-48. ISSN 0121-4381 ISSN-E 2145-9797.
148. Vinaccia S., Quiceno JM., Remor E., Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación de la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. *Anales de psicología*, 2012. Vol 28, 2, 366-377.
149. Arce E, Simmons AN, Stein MB, Winkielman P, Hitchcock C, Paulus MP. Association between individual differences in self-reported emotional resilience and the affective perception of neutral faces. *J Affect Disord*. 2009 Apr; 114(1-3):286-93. doi: 10.1016/j.jad.2008.08.015. Epub 2008 Oct 28.
150. Murphy LK1, Bettis AH, Gruhn MA, Gerhardt CA, Vannatta K, Compas BE. Resilience in Adolescents with Cancer: Association of Coping with Positive and Negative Affect. *J Dev Behav Pediatr*. 2017 Oct; 38(8):646-653. doi: 10.1097/DBP.0000000000000484.