

ASOCIACIÓN ENTRE AGENCIA DE AUTOCUIDADO Y AUTOEFICACIA PERCIBIDA EN PERSONAS QUE ASISTEN A REHABILITACIÓN CARDIACA

REINALDO GUTIÉRREZ BARREIRO

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
BOGOTÁ D.C.
2016**

ASOCIACIÓN ENTRE AGENCIA DE AUTOCUIDADO Y AUTOEFICACIA PERCIBIDA EN PERSONAS QUE ASISTEN A REHABILITACIÓN CARDIACA

REINALDO GUTIÉRREZ BARREIRO

**Tesis de investigación presentada como requisito para optar al título de
Magíster en Enfermería con énfasis en el
Cuidado para la salud cardiovascular**

Directora

**ANA MARITZA GÓMEZ OCHOA
PhD(C) en Educación**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRIA EN ENFERMERÍA
BOGOTÁ D.C.**

2016

Dedicatoria

Deseo dedicar el fruto de este esfuerzo:

A mí amado esposo, quien ha sido el principal promotor para llevar a cabo este proceso académico con su amor y constante apoyo, quien ha sido compañero, amigo y cómplice con su paciencia, consejos y palabras de confianza. A mis padres, que siempre me apoyan y dan todo de sí para hacer de mí una mejor persona; mis hermanas y sobrinos por su cariño y apoyo incondicional.

Agradecimientos

Agradezco a Dios por permitirme realizar este proceso académico en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, donde viví muchas experiencias y adquirí valiosos conocimientos que me fortalecen como enfermero y como persona.

A mi asesora Ana Maritza Gómez Ochoa por su apoyo, orientación, comprensión y creer en mí para realizar este estudio de investigación y a la docente Viviana Marycel Céspedes Cuevas, quien inició guiando este estudio.

Agradezco al profesor Jorge Humberto Mayorga, por su asesoría y apoyo en el análisis estadístico.

Agradezco a los directivos de la Clínica Medilaser S.A. Neiva y en especial a la coordinadora del programa de rehabilitación cardíaca Paola Ariza Perdomo y sus colaboradoras.

A los pacientes del programa les ofrezco mi eterno agradecimiento por obsequiarme parte de su valioso tiempo para culminar esta investigación.

Resumen

El objetivo de este estudio fue describir la relación que existe entre la capacidad de agencia de autocuidado y la autoeficacia percibida en personas con cardiopatía isquémica que asisten a la Fase II del programa de rehabilitación cardiaca en la Clínica Medilaser de la ciudad de Neiva.

El diseño del estudio fue descriptivo, de correlación, con abordaje cuantitativo y de corte transversal; la muestra estuvo constituida por 61 personas, a quienes voluntariamente se les aplicó a escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (segunda versión en español), diseñada por Evers e Isemberg y la escala de Autoeficacia General diseñada por Schwarzer y Baessler. Se encontró una relación débil positiva con el coeficiente de correlación de Rho de Spearman de ($r=0,221$, $p<0,05$) y como resultado del análisis de correlación de las variables que conformaban los respectivos instrumentos, mediante análisis de correlación canónica, se encontró una relación de ($r_c=0.879$, $p<0.05$), confirmando la naturaleza próxima entre la el autocuidado y la autoeficacia. Análisis adicionales del estudio, determinaron que el autocuidado se relaciona de manera significativa con el cumplimiento del tratamiento farmacológico prescrito, en cuanto a la autoeficacia se encontró una relación con el tabaquismo.

Palabras clave: autocuidado, autoeficacia, cardiopatía isquémica, rehabilitación cardiaca.

Abstract

The objective of this study was to demonstrate the relationship between self-care agency capacity and perceived self-efficacy in people with ischemic heart disease who are attending Phase II of the cardiac rehabilitation program in the Clínica Medilaser, city of Neiva.

The study design was descriptive, of the correlation, with the quantitative and cross-sectional approach; the sample consisted of 61 people, who were voluntarily applied to Appraisal of Self-care Agency scale (second version in Spanish), designed by Evers and Isemberg, and the General self-efficacy scale designed by Schwarzer and Baessler. A weak positive relationship was found with Spearman's Rho correlation coefficient of ($r = 0.221$, $p < 0.05$) and as a result of the correlation analysis of the variables that made up the respective instruments, by means of canonical correlation analysis, a relation of ($r_c = 0.879$, $P < 0.05$). Confirming the close nature of self-care and self-efficacy. Additional analysis of the study, determined that self-care is significantly related to compliance with the prescribed pharmacological treatment, in terms of self-efficacy was found to be related with smoking

Keywords: self-care, self-efficacy, ischemic heart disease, cardiac rehabilitation

Contenido

Resumen	V
Lista de figuras	X
Lista de tablas	XI
Lista de abreviaturas	XIII
Introducción	1
1. Marco de referencia	5
1.1 Área problemática	5
1.2 Planteamiento del problema.....	5
1.3 Pregunta de investigación	9
1.4 Justificación	10
1.4.1 Significancia social	10
1.4.2 Significancia disciplinar.....	12
1.4.3 Significancia empírica	15
1.5 Objetivos.....	17
1.5.1 Objetivo general	17
1.5.2 Objetivos específicos.....	17
1.6 Definición de conceptos	17
1.6.1 Agencia de autocuidado	17
1.6.2 Autoeficacia percibida.....	18
1.6.3 Paciente con diagnóstico de cardiopatía isquémica.....	18

1.6.4	Rehabilitación Cardíaca	18
2	Marco teórico	19
2.1	Teoría de déficit de Autocuidado de Dorotea Orem.....	19
2.2	Teoría de mediano rango del auto eficacia de Bárbara Resnick	31
2.3	Cardiopatía Isquémica	39
2.4	Rehabilitación Cardíaca	41
2.4.1	Fase I de rehabilitación cardíaca	41
2.4.2	Fase II de rehabilitación cardíaca	42
2.4.3	Fase III de rehabilitación cardíaca (fase de mantenimiento)	42
2.5	Proposiciones de correlación Teórica de Agencia de Autocuidado y Autoeficacia Percibida	43
3	Marco metodológico.....	46
3.1	Diseño de la investigación.....	46
3.2	Universo, población y muestra del estudio	47
3.2.1	Universo	47
3.2.2	Población.....	47
3.2.3	Tamaño de la muestra	47
3.3	Criterios de inclusión y de exclusión	49
3.3.1	Criterios de inclusión	49
3.3.2	Criterios de exclusión	49
3.4	Selección de los participantes	49
3.5	Definición de variables	50
3.5.1	Agencia de autocuidado	51
3.5.2	Autoeficacia percibida.....	51
•	Variables socio-demográficas	51

3.6	Hipótesis de asociación.....	52
3.7	Instrumentos	52
3.7.1	Instrumento de medición para la agencia de autocuidado	52
3.7.2	Instrumento de medición autoeficacia.....	54
3.8	Prueba piloto.....	55
3.9	Fases de la investigación	56
3.9.1	Primera fase: selección y preparación del sitio de investigación.....	56
3.9.2	Segunda fase: alistamiento, entrenamiento y selección de la muestra	57
3.9.3	Tercera fase: identificación y control de sesgos.....	57
3.9.4	Cuarta fase: aplicación de los instrumentos, recolección y sistematización de la información	59
3.9.5	Quinta fase: análisis de la información e informe final	61
3.10	Aspectos éticos legales	61
4	Resultados	66
4.1	Caracterización de la muestra.....	68
4.2	Descripción de agencia de autocuidado.....	82
4.3	Análisis de autoeficacia.....	92
4.4	Análisis de correlación	101
4.4.1	Autocuidado, autoeficacia y variables socio-demográficas y factores de riesgo	105
5	Conclusiones y recomendaciones	107
5.1	Conclusiones	107
5.2	Recomendaciones y limitaciones	110
	Bibliografía	122

Lista de figuras

Figura 4-1:	Distribución porcentual de la muestra según ocupación.....	73
Figura 4-2:	Distribución porcentual del Índice de Masa Corporal calculado en la muestra.....	75
Figura 4-3	Distribución porcentual de la muestra según Diagnóstico Principal.	79
Figura 4-4:	Distribución porcentual de la muestra según Recidiva	81
Figura 4-5:	Medida de tendencia central (Media) de capacidad de agencia de autocuidado según género y edad en participantes	83
Figura 4-6:	Distribución porcentual de rangos de escala de agencia de autocuidado en participantes	84
Figura 4-7:	Medida de tendencia central (Media) de nivel de autoeficacia según género y edad en participantes.	93
Figura 4-8:	Distribución porcentual de rangos de escala de Autoeficacia general en participantes.....	94
Figura 4-9:	Diagrama de dispersión de la relación Agencia de Autocuidado y Autoeficacia Percibida en participantes	101
Figura 4-10:	Diagrama de cajas de autocuidado según el cumplimiento de tratamiento farmacológico indicado en participantes.....	107
Figura 4-11	Diagrama de cajas de la autoeficacia según el hábito de fumar en participantes.....	109

Lista de tablas

Tabla 2-1. Componentes del sistema Conceptual-Teórico-Empírico: Teoría de Déficit de Autocuidado de Orem (Fawcett & Garity, 2009)	28
Tabla 2-2. Componentes del sistema Conceptual-Teórico-Empírico: Teoría de Autoeficacia Fawcett & Garity,(2009)	37
Tabla 4-1: Caracterización de la muestra según género.....	68
Tabla 4-2: Caracterización de la muestra según edad	69
Tabla 4-3: Caracterización de la muestra según lugar de residencia	70
Tabla 4-4: Descripción de la muestra en frecuencias y porcentaje según grado de escolaridad.....	71
Tabla 4-5: Distribución de la muestra por frecuencia y porcentaje de la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud.....	72
Tabla 4-6: Análisis del peso, talla e Índice de Masa Corporal (IMC) de los participantes.....	74
Tabla 4-7: Distribución de la muestra por frecuencia y porcentaje de factores de riesgos cardiovasculares en participantes.....	76
Tabla 4-8: Medidas de tendencia central y medidas de dispersión de Capacidad de Agencia de Autocuidado en participantes	82
Tabla 4-9: Distribución por frecuencia y porcentaje por ítem de la escala de agencia de autocuidado en participantes	86
Tabla 4-10: Medidas de tendencia central y de medidas de dispersión de nivel de Autoeficacia Percibida en participantes.....	92
Tabla 4-11: Distribución por frecuencia y porcentaje por Items de la escala autoeficacia general en participantes	97
Tabla 4-12: Prueba de coeficiente de correlación entre agencia de autocuidado y autoeficacia en participantes.....	102
Tabla 4-13: Correlación entre principales variables del estudio agencia de autocuidado respecto a variables socio-demográficas y de factores de riesgo en participantes.....	105

Tabla 4-14: Correlación entre agencia de autocuidado y Cumplimiento con el tratamiento farmacológico en participantes	106
Tabla 4-15: Prueba de hipótesis H de Kruskal-Wallis (equivalente a Chi cuadrado) en participantes	106
Tabla 4-16: Correlación entre autoeficacia y principales variables socio-demográficas y factores de riesgo en participantes.....	108
Tabla 4-17: Correlación entra autoeficacia y hábito de fumar en participantes	108
Tabla 4-18: Prueba de hipótesis H de Kruskal-Wallis (equivalente a Chi cuadrado) en participantes.....	109

Lista de abreviaturas

CI: Cardiopatía isquémica

RC: Rehabilitación cardiaca

IPS: Institución prestadora de Servicios de Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

Introducción

Las cardiopatías isquémicas (CI) según datos de la OMS (2014) fueron la principal causa de mortalidad en el mundo para el año 2012. A nivel nacional el comportamiento de la mortalidad es similar a las estadísticas mundiales, para el año 2013 constituyó la primera causa de muerte; en el contexto del departamento del Huila, los índices de mortalidad, además de ser la principal causa, mostraron tasas mayores de mortalidad por (CI) respecto al nivel nacional para ese año, según el Centro de Estudios e Investigaciones en Salud (2015).

Es evidente el impacto que generan estas patologías a nivel de salud, social y económico por ser la principal causa de años de vida perdidos de manera prematura, según refiere la OMS (2014); de igual manera son las principales generadoras de gastos de los servicios sanitarios y de modo individual los pacientes quienes padecen una (CI) deben afrontar la sintomatología, el deterioro de su capacidad física, alteraciones emocionales, así como cambios en su desempeño en su entorno familiar y laboral.

Además de las repercusiones que implica el padecimiento de una (CI), los pacientes se enfrentan a la necesidad de obtener nuevos conocimientos y llevar a cabo acciones para mantener y recuperar su estado de salud, donde según Guzmán, Estrada, Tejada & Crespo (2010) la rehabilitación cardiaca (RC) juega un papel fundamental al responder a las necesidades de los pacientes de adquirir conocimientos y habilidades para restablecer el estado pre-mórbido, así como la conservación de su bienestar físico, emocional y calidad de vida.

La literatura destaca los conceptos de agencia de autocuidado del modelo de déficit de autocuidado descrito por Orem (Taylor, 2008) y la autoeficacia percibida, postulada en la teoría social cognitiva de Bandura y la teoría de mediano rango de autoeficacia de Resnick (2003), como constructos determinantes en la adquisición de conocimientos, habilidades, mantenimiento de las recomendaciones impartidas por el personal sanitario y cambios de vida necesarios que deben adoptar las personas al enfrentar un proceso patológico como una (CI).

Es importante establecer que hasta el momento en la literatura colombiana no se había reportado una asociación entre el autocuidado y la autoeficacia en pacientes con (CI) que asisten al programa de (RC), por cuanto estos constructos se han estudiado como predictores de los comportamientos de salud, que para este caso se orientan a la salud cardiovascular.

La presente investigación se justificó en el propósito de aportar nuevos conocimientos a partir de comprender la naturaleza próxima entre la motivación y juicios sobre las capacidades para llevar a cabo acciones de autocuidado que requieren los pacientes con (CI), con el objetivo de fundamentar y orientar los cuidados de enfermería esenciales para optimizar la relación enfermera-paciente, prevenir complicaciones, reducir los reingresos hospitalarios por esta causa, de tal forma que disminuyan los gastos innecesarios en el sistema de salud y en especial prevenir el deterioro de la calidad de vida de los pacientes con (CI).

Por lo anterior, se realizó un estudio de abordaje cuantitativo, con diseño descriptivo de correlación y de corte transversal; así mismo en el análisis de los resultados se utilizaron medidas de estadística descriptiva, pruebas no paramétricas y pruebas de correlación en concordancia con la metodología adecuada para este tipo de estudio, a fin de determinar una posible asociación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la autoeficacia percibida en pacientes con (CI) que asisten al programa de (RC) de la clínica Medilaser de Neiva en el año 2016.

En cuanto a los resultados estadísticos de esta investigación, se encontró un coeficiente de correlación positiva débil estadísticamente significativa con el coeficiente de correlación de Rho de Spearman de ($r=0.221$, $p < 0.05$) y como resultado del análisis de correlación de las variables que conformaban los respectivos instrumentos, mediante análisis de correlación canónica, se encontró una relación de ($r_c=0.879$, $p < 0.05$), entre la agencia de autocuidado y autoeficacia percibida, se destaca que los pacientes con (CI) que asisten al programa de (RC) de la clínica Medilaser de Neiva reportaron un nivel adecuado de autoeficacia, así como el nivel de capacidad de agencia de autocuidado.

Del análisis de los conceptos mayores de la presente investigación: agencia de autocuidado y autoeficacia percibida según variables socio-demográfica y factores de riesgo, se encontró que estas variables no modifican ni influyen en el nivel de estos dos constructos, excepto los factores de riesgo tabaquismo para autoeficacia y no consumir una dieta balanceada para autocuidado.

En este sentido, los resultados de esta investigación brindan un sustento empírico, conceptual y estadístico para formular futuras investigaciones orientadas principalmente a documentar una correlación más fuerte entre el autocuidado y la autoeficacia, así como también estudios destinados al desarrollo de un nuevo instrumento para el fenómeno de autoeficacia enfocado a la salud, en especial en el contexto de la salud cardiovascular para la población colombiana; lo anterior conforma un valioso aporte a la línea de investigación de cuidado para la salud cardiovascular de la facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

La presente investigación consta de 5 capítulos, el primero corresponde al marco de referencia conformado por el área problemática, en el cual se describen los indicadores epidemiológicos, la situación actual de las enfermedades cardiovasculares relacionada con (CI) y su impacto en la salud de la población, lo

que hace necesario indagar sobre fenómenos que presentan las personas con (CI) y así repensar nuevas formas de cuidado que permitan coadyuvar a este tipo de pacientes en su recuperación, específicamente durante la rehabilitación cardiaca; la justificación se plantea desde la significancia social, disciplinar y empírica, donde se evidencia la importancia de llevar a cabo la presente investigación; los objetivos, las variables, las definiciones conceptuales y operacionales, que permiten delimitar los alcances esperados.

Posteriormente, en el segundo capítulo se presenta el marco teórico, que permite la comprensión del modelo teórico de déficit de autocuidado y la teoría de autoeficacia, teorías que brindan un sustento conceptual para la comprensión de fenómenos que presentan las personas con (CI) y los beneficios de la (RC).

Luego, en el tercer capítulo se expone el diseño metodológico de la investigación, en el que se describe la metodología utilizada para determinar el universo, la población y la muestra, criterios de inclusión y de exclusión de los participantes, las variables, las definiciones operacionales y la hipótesis de asociación; así mismo los instrumentos de medición y las consideraciones éticas.

En el cuarto capítulo se presenta el marco de análisis de la información y descripción de los resultados de la investigación obtenidos por medio del análisis estadístico y la discusión entre los resultados de la investigación y la literatura disponible. Finalmente, el quinto capítulo, presenta las conclusiones, recomendaciones y las limitaciones del estudio.

1. Marco de referencia

1.1 Área problemática

Área Temática: Enfermería Cardiovascular.

Fenómeno de interés: Asociación entre la agencia de autocuidado y la autoeficacia percibida en personas que asisten a un programa de rehabilitación cardiaca.

Línea de Investigación: Autocuidado para la salud cardiovascular del Grupo de investigación cuidado para la Salud Cardiorrespiratoria de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

1.2 Planteamiento del problema

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte a nivel mundial, en el año 2012 ocasionaron la muerte de 17,5 millones de personas, lo cual representa un 31%, según la OMS (2015) de todas las muertes registradas en el mundo. De estas muertes, la principal causa son las cardiopatías isquémicas (CI); según datos del Instituto nacional de salud (2015) además de ser la principal causa de muerte llama la atención el incremento que han presentado los índices epidemiológicos de esta entidad patológica, que según datos de la OMS (2014), en el año 2000 causaron el fallecimiento de 6 millones de personas, presentando un importante incremento para el año 2012, al ocasionar la muerte de 7,4 millones de personas y se espera que para el año 2030, cerca de 23.3 millones de individuos mueran por causas de las cardiopatías isquémicas (CI).

Algo semejante ocurre a nivel nacional; el comportamiento de la mortalidad es similar al panorama mundial, puesto que según el Centro de Estudios e Investigaciones en Salud (2015), las (CI) además de constituir la principal causa de muerte en Colombia desde la década pasada, tienen una tendencia al aumento, pasando de 55,59 muertes por cada 100.000 habitantes en el año 2000 a 68,66 por cada 100.000 habitantes en el año 2013, según este mismo documento. Igualmente se menciona que en el contexto del departamento del Huila, las (CI) también son la principal causa de muerte y llama la atención que la tasa de muertes por esta causa fue mayor a la tasa nacional para el año 2013 con 72,54 por cada 100.000 habitantes, así como en los años anteriores.

Se puede señalar con los anteriores datos epidemiológicos que las (CI) al ser la principal causa de morbimortalidad en el país, representan una problemática importante por las consecuencias que conllevan en el sector salud, económico y social, dado que también se encuentran entre los principales motivos de utilización de los servicios médicos, factor determinante del gasto sanitario, según Navas, Lugo, & Ortiz, (2011); asimismo constituyen una importante causa de pérdida de años de vida de manera prematura, representando el 8,52% para el año 2011 en Colombia según datos del Instituto Nacional de Salud (2013).

Además del impacto epidemiológico que representa las (CI) para la sociedad, esta entidad patológica plantea un reto importante a quienes la padecen debido a las repercusiones que según Navas, Lugo, & Ortiz (2011), se presentan en la persona a corto, mediano y largo plazo, relacionadas con la sintomatología, reducción de su capacidad física, problemas psicológicos o emocionales y modificaciones en su participación laboral, social y familiar.

En relación con el abordaje terapéutico de las personas que padecen (CI), el mismo comprende la aplicación de tratamiento farmacológico o intervenciones quirúrgicas, con el objetivo de restablecer en lo posible su estado de salud de

manera temprana; no obstante el sometimiento a los regímenes terapéuticos y procedimientos invasivos según Rivera (2008), se traduce en situaciones inquietantes y de incertidumbre en el paciente y su familia por el desconocimiento y riesgos que deben afrontar de manera imprevista.

De acuerdo con Hernández (2015), el siguiente paso en el proceso de recuperación de los pacientes comprende la implementación de un adecuado régimen terapéutico como prevención secundaria, en el cual juegan un papel importante las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas; dentro de estos se incluyen los programas de rehabilitación cardiaca (RC), que según Cano, Alguacil, Alonso, Molero & Miangolarra (2012), tienen como objetivos optimizar la calidad de vida, el bienestar psicológico, reducir síntomas como el dolor, mejorar la funcionalidad y retornar, en los casos que sea posible, al estado pre-mórbido de la forma más eficiente de acuerdo con lo descrito por Del Río, Turro, Mesa, & Mesa. (2005).

Vale la pena destacar que se presenta una disminución significativa de hasta el 25% en las tasas de morbilidad y mortalidad en los pacientes con (CI) que asisten a programas de (RC) de acuerdo con Sánchez, Angarita, Jácome, Malaver, Schmalbach, & Díaz, (2016); sin embargo de acuerdo con Corotto et al. Citado por Sánchez et al. (2016), aproximadamente el 50% de los pacientes que ingresa a este servicio deserta de manera prematura, concordando con lo descrito de por Guzmán, Estrada, Tejada, & Crespo (2010).

Lo anterior se presenta por que no todos los pacientes desarrollan las capacidades necesarias para llevar a cabo todas las actividades de estos programas o no mantienen la continuidad de los cambios en estilos de vida después de terminar el programa de (RC), por lo que no obtienen ningún tipo de beneficios para su salud.

Respecto a cómo se presenta el comportamiento de una persona que padece una (CI) durante su proceso de recuperación, en especial en fase II de (RC)¹, el mismo está influenciado de acuerdo con Rivera et al (2008) por profundas implicaciones psíquicas, emocionales, comportamentales, cognitivas, motivacionales y somáticas que se presentan al afrontar esta entidad patológica, que por su naturaleza afecta la perspectiva de la propia vida, el auto-imagen, el auto-concepto y la autoestima de quien la padece, fundamentalmente por creencia a la cercanía con la muerte y a las limitaciones para desarrollar la vida diaria.

Es evidente que las personas con (CI) presentan cambios físicos y emocionales al enfrentarse a un estado de alteración de salud; para ellas es preciso la adquisición de nuevos conocimientos para desarrollar la capacidad de cuidar de su propia salud, así como la motivación necesaria para llevar a cabo dichos comportamientos de autocuidado a fin de restablecer su estado de bienestar.

En cuanto a los constructos que influyen en el adecuado desarrollo de las actividades para recuperar su estado de salud y adhesión a los regímenes terapéuticos, en especial a los programas de (RC) en pacientes con (CI), la disciplina de enfermería, así como otras disciplinas, han desarrollado un importante soporte conceptual y teórico, dentro del cual se destacan los conceptos de agencia de autocuidado del modelo de déficit de autocuidado descrito por Orem (1995) Taylor (2008), y la autoeficacia percibida, postulado en la teoría social cognitiva de Bandura y teoría de mediano rango de autoeficacia de Resnick (2003).

En estos constructos se basó el enfoque de la presente investigación, la cual observó los juicios que cada individuo tiene frente a sus propias capacidades para llevar a cabo una acción determinada en pro del mejoramiento de su salud; por lo

¹ Fase II de rehabilitación cardíaca: Esta fase inicia una vez el paciente es dado de alta y comprende: “actividad física con control de parámetros clínicos; y se aplican medidas de apoyo psicológico, social y sesiones educativas” (Del Rio et al., 2005, p. 3). Según este autor para responder a la necesidad que presentan las personas con (CI) de adquirir nuevos conocimientos para que lleven a cabo acciones necesarias para controlar factores de riesgo cardiovasculares.

anterior se exploró qué tanto se relacionan la capacidad de auto-cuidarse que tienen las personas con una (CI) frente a su nivel de autoeficacia para adaptarse al proceso de recuperación durante la fase II de la (RC); los resultados de este estudio permitirán implementar acciones que orienten el cuidado de enfermería en estos servicios como aporte importante a la disciplina de enfermería.

Cabe aclarar que pocos estudios han medido la asociación entre el autocuidado y la autoeficacia, dentro de los cuales se documentan los realizados en pacientes con enfermedades respiratorias, según lo demuestran Kara & Alberto (2007) y metabólicas, referidos por Bohanny, Shu-Fang, Chieh-Yu, Shu-Hui, & Shiow (2013); si bien estos estudios tienen como resultados grados de correlación entre débil a moderado, queda demostrada asociación y capacidad predictiva de niveles de autoeficacia y comportamientos de autocuidado específicos para las mencionadas enfermedades.

En Colombia, a la fecha, no se había documentado la asociación entre la capacidad de auto-cuidarse que tienen las personas con (CI) frente a los juicios sobre sus capacidades de cumplir las actividades necesarias para restablecer su estado de salud.

Por lo anterior, se justifica la pertinencia y relevancia de comprender la naturaleza próxima entre la motivación humana y la capacidad de realizar acciones de cuidado para restablecer la salud en el contexto de pacientes con (CI) que asisten al programa de (RC) en una IPS de III nivel de complejidad de la ciudad de Neiva.

1.3 Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y el nivel de autoeficacia percibida en pacientes con cardiopatías isquémicas que se encuentran en la fase II de rehabilitación cardíaca en la institución de III nivel Clínica Medilaser S.A. de la ciudad de Neiva?

1.4 Justificación

1.4.1 Significancia social

La significancia social del estudio se sustenta en el impacto que generan los altos índices epidemiológicos de las (CI), que corresponden a la principal causa de muerte en el mundo. Además de representar la principal causa de años de vida perdidos de manera prematura, afecta principalmente a personas mayores de 45 años según datos de la OMS (2014); a nivel nacional la (CI) es la principal causa de muerte, ocasionando 68,66 decesos por cada 100.000 habitantes en el año 2013, según estadística del Centro de Estudios e Investigaciones en Salud (2015).

En el departamento del Huila según datos estadísticos del mismo centro de estudios, se presentó en el año 2013 una tasa de mortalidad por (CI) de 72,54 por cada 100.000 mil habitantes, lo que correspondió a la principal causa de muerte en el departamento, con la connotación que fue superior a la tasa nacional.

En el contexto del municipio de Neiva (Huila), según datos de la Secretaría Municipal de Salud (2014), la principal causa de muerte fueron las enfermedades del sistema circulatorio, así como la principal causa de años de vida perdidos de manera prematura, principalmente en mujeres durante el periodo entre el año 2005 al 2011.

En resumen, las (CI) por ser la principal causa de mortalidad a nivel nacional, así como en el departamento del Huila y la ciudad de Neiva, representan un problema de salud pública no solo por los altos costos que demanda la atención de los pacientes según Navas, Lugo, & Ortiz (2011), además se debe considerar el impacto social de estas patologías, de acuerdo con lo descrito por Loáisiga, Benavides, Bolaños, Ortiz, Vega, & Brenes, (2008) por cuanto se representan en años de vida perdidos de manera prematura, como también se debe tener en cuenta las consecuencias en la calidad de vida de los pacientes.

El aumento en los índices de (CI) según el quinto informe de la Carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia del Instituto nacional de salud (2015), podría ser explicado en cierta medida por el aumento en la esperanza de vida de la población, afectando especialmente a los adultos mayores de 45 años y a la sobrevivencia de estos pacientes, gracias a los avances en el tratamiento precoz de este tipo de patologías.

No obstante, Guerra & Rivero (2010) resaltan que al menos el 30% de los pacientes que sobreviven a un primer infarto de miocardio podrían presentar un nuevo evento coronario en los cinco años siguientes. Lo importante a tener en cuenta son las consecuencias que representaría para los pacientes con (CI) la recidiva de un nuevo episodio coronario, según Clua, Piñol, Gil, Orozco, Panisello, & Lucas, Queralt & Pla (2012), no solo impactaría en el aumento de los costos sanitarios por reingresos hospitalarios, sino que afectaría en la reducción de la capacidad física y la calidad de vida.

Se resalta la necesidad de implementar programas de prevención integrales para evitar las recidivas en los pacientes con (CI); en este aspecto, la (RC) es considerada pilar terapéutico fundamental, según lo refiere Loáisiga et al. (2008) y Guzmán et al. (2010), por cuanto una adherencia adecuada a la terapia de rehabilitación mejora la calidad de vida, el bienestar, la funcionalidad y retorna en los casos que sea posible el estado pre-mórbido del paciente de la forma más eficiente. Es de aclarar que algunos pacientes desarrollan pocas habilidades para llevar a cabo acciones pertinentes para su recuperación, lo que ocasiona discontinuidad en los cambios de estilos de vida después de terminar el programa de (RC), según nos documenta Guzmán et al. (2010) y Herrera (2008).

Lo anterior hizo imperativo comprender los fenómenos que afectan los comportamientos de salud cardiovascular, específicamente los derivados de los juicios sobre sus capacidades para trazar una línea de acción frente a su salud, es

decir, su nivel de autoeficacia y cómo se asocia con la capacidad de cuidar de sí mismos que corresponde a la agencia de autocuidado, a fin de garantizar un adecuado restablecimiento del estado de salud de los pacientes con (CI), involucrando a la familia y a su entorno.

Por tanto, al describir la asociación entre la agencia de autocuidado y el nivel de autoeficacia en pacientes que han presentado una (CI), se aportaría nuevo conocimiento en la comprensión del manejo que dan estas personas a su propio bienestar, a partir de sus juicios sobre sus capacidades para cuidar de sí mismos respecto a su salud cardiovascular; los resultados de esta asociación son una importante herramienta para la enfermería y la sociedad, porque permitirán fundamentar, orientar e implementar intervenciones y cuidados de enfermería eficaces a partir de la perspectiva de los propios pacientes con (CI) sobre sus capacidades en pro de restablecer su estado de salud.

Este nuevo conocimiento fundamentará además nuevos estudios de investigación, y además ofrecerá el sustento para crear estrategias y programas institucionales que promuevan la motivación de llevar a cabo las acciones de autocuidado necesarias para afrontar una enfermedad cardiovascular. Adicionalmente estos conocimientos aportarán beneficios económicos al sistema de salud al prevenir complicaciones o exacerbaciones de la enfermedad, disminuir costos innecesarios, toda vez que se promueve la preservación de una mejor calidad de vida de los pacientes con (CI) que asisten a la fase II de (RC).

1.4.2 Significancia disciplinar

De acuerdo con Baez, Camacho, Abreu, Arenas & Jaimes (2006), la (RC) responde a la necesidad de todo paciente con (CI) de adquirir nuevos conocimientos y el desarrollo de habilidades que prevengan o controlen factores de riesgos cardiovasculares, con el objetivo de conservar su estado físico, prevenir

complicaciones, disminuir el progreso de la enfermedad y conservar su calidad de vida.

La significancia disciplinar del fenómeno abordado se concentra en el desafío que establece para la enfermería la comprensión de los fenómenos que presentan los pacientes con (CI). Según Espitia, citando a De Reales (2011), el comportamiento que los individuos adoptan frente a su propia salud no depende exclusivamente de su razonamiento o libertad para optar por opciones saludables cognitivamente de manera individual, por el contrario el mismo está determinado por múltiples factores que condicionan su propio comportamiento de salud cardiovascular.

Dentro de estos factores Guzmán et al. (2010) incluyen la falta de compromiso y motivación del paciente, la percepción de bienestar, la dificultad para la aceptación de reglas, la poca creencia en la efectividad del tratamiento, la tolerancia al dolor, las alteraciones emocionales, la poca creencia en la capacidad de realizar las actividades prescritas, la depresión y la falta de apoyo familiar y del equipo de salud.

Frente a esta problemática algunos autores tales como Velandia (2009), Achury (2007), Achury D., Rodríguez S., Achury L., Padilla M., Leuro J. & Martínez M. (2013), Bastidas (2007), Alarcón, Rizo, Cortés, Cadena, Leal, & Alonso (2013), Ades, Keteyian, Balady, Houston, Kitzman, Mancini & Rich (2013), Ortiz & Ortiz (2007), han investigado desde la disciplina de enfermería y de otras disciplinas el constructo conductual del autocuidado relacionado con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, así como la efectividad de estrategias educativas, asesoramiento y la efectividad de intervenciones que promueven el autocuidado durante la rehabilitación.

Respecto al constructo cognitivo de la autoeficacia los autores Santibáñez, Pérez, López, Cortés, Araya & Burdiat (2012), Ewart, Taylor, Reese & Debusk (1983), Gohier & Jenkins (1990), Evon & Burns (2004), Izawa, Watanabe, Omiya, Hirano,

Oka, Osada & Lijima (2005), Alharbi, Gallagher, Neubeck, Bauman, Prebill, Kirkness & Randall (2016) demuestran mediante estudios de investigación que una autoeficacia adecuada determina un grado de mayor respuesta a los cambios que deben afrontar los pacientes, la adopción de acciones para recuperar su estado de bienestar y el seguimiento de las recomendaciones impartidas por el personal de salud.

Con lo anterior podemos apreciar que el concepto de autoeficacia determina el comportamiento de los pacientes ante una situación de (CI), potencializa la adopción y mantenimiento de conductas de salud y la voluntad para ejecutar las acciones de autocuidado.

Por considerarse de suma importancia tener en cuenta estos conceptos (autoeficacia y autocuidado) en la recuperación de pacientes con este tipo de patologías y los cambios que deben asumir para disminuir las potenciales complicaciones y controlar los factores de riesgos cardiovasculares para prevenir una recidiva, se hace imperativo para la disciplina de enfermería comprender la relación entre los dos constructos en pacientes con (CI) que asisten a (RC), ya que sería un avance significativo, por cuanto permitiría orientar los cuidados de enfermería enfocados en la adopción de comportamientos protectores para la salud cardiovascular.

Así mismo, serviría de base conceptual para futuros estudios principalmente en intervenciones que propicien la motivación, autoconfianza para la adopción de acciones de autocuidado, con el fin de lograr en las personas proactividad, autorregulación y auto-reflexión de sus cuidados.

1.4.3 Significancia empírica

A continuación se exponen las principales proposiciones o verdades consolidadas y los vacíos identificados en la literatura revisada, así como los conceptos de autocuidado y autoeficacia respecto a los pacientes con (CI) en (RC).

Guzmán et al. (2010) y Herrera (2008) establecen que la adopción y mantenimiento de conductas de salud han sido indagados por enfermería y las disciplinas de la salud, por ejemplo Flórez (2009), Rodríguez & Gómez (2010) Bonilla (2007), desde la descripción de factores de los estados emocionales; así como las características clínicas y socio-demográficas descritas por Carrillo & Díaz (2013), las cuales demuestran el carácter multidimensional y multicausal del fenómeno, en particular en las personas que se encuentran en programas de (RC).

Autores como Ofman, Pereira & Stefani (2013), Achury (2007), Velandia & Rivera (2009), Fernández, López, Comas, García & Cueto (2003), Rivera & Díaz (2007), abordan el concepto de agencia de autocuidado como recurso importante para profundizar en la comprensión del proceso de cuidado de la propia salud. Estos autores han corroborado en sus estudios que la capacidad de agencia de autocuidado depende de las experiencias previas de los pacientes, de acuerdo con Taylor (2008), estas se presentan en diferente medida según factores como es el grado de motivación, el género y la edad de los pacientes.

De esta proposición se derivó el vacío investigativo frente a los procesos de motivación de los pacientes y su relación con la capacidad de autocuidado. A partir de la búsqueda relacionada con a la motivación se encuentra el concepto de autoeficacia descrito por Bandura y Resnick (2003), concepto relacionado con la motivación, convicción y juicios que emiten las personas sobre sus capacidades para lograr las metas propuestas y así obtener el resultado previsto, de acuerdo con Joyce, Molassiotis & Marsh, (2004), constituye el predictor en la adopción, y mantenimiento de conductas de salud, especialmente en los programas de (RC).

Al respecto Ortiz (2004), Fernández et al. (2003), Ewart (1983), Gorchier & Jenkins (1990) y Santibáñez et al. (2012), demuestran que un adecuado nivel de autoeficacia determina un grado de mayor respuesta a los tratamientos, a los cambios y por ende adaptación en los pacientes que se encuentran en manejo de la diabetes, tratamiento antihipertensivo y a la (RC).

Como se mencionó en la descripción del problema, existen investigaciones que han abordado los fenómenos de autoeficacia y de autocuidado, indagando la relación entre estos dos conceptos, las cuales miden la autoeficacia y comportamientos de autocuidado específicos en personas con patologías respiratorias, como la elaborada por Kara & Alberto (2007) y metabólicas según Bohanny et al. (2013) y con resultados de correlación entre débiles a moderados pero estadísticamente significativos.

Si bien tanto la agencia de autocuidado como la autoeficacia son conceptos que han mostrado empíricamente ser influyentes en la conducta que establecen los pacientes con (CI) frente a la adopción de conocimientos y desarrollo de acciones para preservar su estado de bienestar y demostrada la asociación y capacidad predictiva de niveles de autoeficacia y comportamientos de autocuidado específicos para enfermedades respiratorias y metabólicas, se derivó en el presente estudio el objetivo de determinar la asociación entre la agencia de autocuidado y la autoeficacia percibida en pacientes con (CI) que asisten a un programa de (RC), a fin de confirmar la naturaleza próxima entre la motivación y juicios sobre sus capacidades para llevar a cabo acciones de autocuidado que tienen los pacientes con (CI).

Los resultados de la presente investigación podrán orientar nuevas investigaciones y programas institucionales y políticas públicas, que respaldadas en estrategias basadas en la motivación humana impacten positivamente el cuidado de la propia salud y por ende deriven en comportamientos en salud cardiovascular.

Los anteriores postulados hacen de la presente investigación, un estudio novedoso, de aporte significativo para la sociedad, la disciplina y el conocimiento.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Describir la relación existente entre la capacidad de agencia de autocuidado y el nivel de autoeficacia percibida en pacientes que asisten a un programa de rehabilitación cardíaca en la institución de III nivel Clínica Medilaser S.A. en Neiva.

1.5.2 Objetivos específicos

- Describir características socio-demográficas y clínicas del grupo de pacientes que asisten al programa de rehabilitación cardíaca en la Clínica Medilaser.
- Describir la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes que asisten al programa de rehabilitación cardíaca en la Clínica Medilaser.
- Describir la relación que existe entre la capacidad de agencia de autocuidado y el nivel de autoeficacia percibida en pacientes que asisten al programa de rehabilitación cardíaca en la Clínica Medilaser.

1.6 Definición de conceptos

1.6.1 Agencia de autocuidado

“Es la capacidad compleja adquirida que les permite a las personas satisfacer los requerimientos continuos para cuidar de sí mismo, que regula los procesos de mantener la vida, mantener o promover la integridad de la estructura y funcionamiento humanos, el desarrollo y promover el bienestar”. (Orem, 1995, pág. 32).

1.6.2 Autoeficacia percibida

“Juicios que cada individuo hace sobre sus capacidades, con base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado” (Bandura, 1982, pág. 45).

1.6.3 Paciente con diagnóstico de cardiopatía isquémica

En la presente investigación puede entenderse como el paciente con cardiopatía isquémica (CI) todo hombre y mujer que haya experimentado signos y síntomas isquémicos de miocardio, tras haber presentado un episodio (o varios episodios) dé angina estable, inestable o infarto agudo de miocardio.

1.6.4 Rehabilitación Cardíaca

La (RC) es “el conjunto de actividades necesarias para asegurar en las personas con enfermedades cardiovasculares una condición física, mental y social óptima, que les permita ocupar por sus propios medios, un lugar tan normal como le sea posible en la sociedad” (OMS, Expert Committee on Rehabilitation of Patients with Cardiovascular Diseases, 1964, (OMS, Expert Committee on Rehabilitation of Patients with Cardiovascular Diseases, 1964, pag 3).

2 Marco teórico

2.1 Teoría de déficit de Autocuidado de Dorotea Orem

El concepto de autocuidado es el fundamento de este modelo teórico, definido por Orem como “la práctica de actividades realizadas por los individuos por su propia determinación para mantener la vida, la salud, bienestar, mediante la satisfacción de requisitos para regular las funciones y el desarrollo” (Taylor, 2008, p. 268).

Entonces, el autocuidado descrito por Orem (1993), se deduce como una conducta que se convierte en un hecho real, se configura en una meta individual, cuando la persona anhela alcanzar los resultados deseados (satisfacer los requisitos de autocuidado) y ejerce sus capacidades de autocuidado (agencia de autocuidado) al responsabilizarse de su propio cuidado en la búsqueda de mantener y mejorar su estado de bienestar y su calidad de vida.

La agencia de autocuidado es definida por Orem (1995) como aquella capacidad “compleja adquirida que permite a las personas satisfacer los requerimientos continuos para cuidar de sí mismo, que regula los procesos de mantener la vida, mantener o promover la integridad de la estructura y funcionamiento humanos, el desarrollo y promover el bienestar” (p. 82). Por consiguiente, el agente de autocuidado es la persona que tiene el poder para comprometerse en un curso de acción, Taylor, (2008), y tiene la capacidad de realizar actividades para satisfacer los requerimientos continuos para cuidar de sí mismo. De acuerdo con lo propuesto por Orem, (1995).

Para que el individuo desarrolle la capacidad de agencia de autocuidado, requiere de la combinación de tres habilidades: las capacidades fundamentales y disposición de autocuidado, los componentes de poder y las capacidades para operaciones de autocuidado; estas habilidades han sido descritas por Orem y el Grupo de la Conferencia de Desarrollo de Enfermería - NDCG (Nursing Development Conference Group) citado por Rivera(2006).

- Las capacidades fundamentales y disposición de autocuidado: este tipo de capacidades consisten en las habilidades básicas del individuo que según Espitia (2011), se presentan cuando el individuo realiza una determinada acción, independientemente si es una actividad de autocuidado; según Rivera (2006), estas disposiciones y capacidades se basan en la sensación, percepción, memoria y orientación.

- Los componentes de poder (capacidades que facilitan el autocuidado): “son capacidades específicas que se relacionan con la habilidad del individuo para comprometerse con su autocuidado, de realizar la valoración de la salud, energía y conocimiento del autocuidado” (Espitia, 2011, pág. 34). Los componentes de poder fueron descritos por el grupo de la Conferencia de Desarrollo de Enfermería de la Universidad Católica de Washington, son citados por Espitia (2011) y se relacionan a continuación:

1. Habilidad para mantener la atención y ejercitar adecuada vigilancia con respecto: a) hacia uno mismo como agente de autocuidado y b) hacia las condiciones internas y externas y hacia los factores importantes para el autocuidado.
2. Habilidad para controlar la posición del cuerpo y sus partes en la ejecución de los movimientos que se requieren para la iniciación y cumplimiento de las operaciones de autocuidado.

3. Estar motivado. Por ejemplo, orientación de metas para el autocuidado, de acuerdo con sus características y su significado para la vida, la salud y el bienestar.
4. Habilidad para razonar dentro de un marco de referencia de autocuidado.
5. Habilidad para tomar decisiones acerca del cuidado de sí mismo y para operacionalizar estas decisiones.
6. Habilidad para adquirir conocimientos técnicos acerca del autocuidado, de fuentes y recursos autorizados, lo mismo que para retener dicho conocimiento y operacionalizarlo.
7. Habilidad para ordenar acciones de autocuidado o sistemas de acción dentro de sus relaciones, junto con acciones subsecuentes que llevan hacia la realización final de las metas reguladoras de autocuidado.
8. Realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria.
9. Habilidad para llevar a cabo en forma consistente las operaciones de autocuidado, integrándolas con aspectos relevantes de la persona, la familia y la vida de la comunidad.
10. Regular energía física disponible para el autocuidado que sea suficiente para la iniciación y continuación de las operaciones del autocuidado.
11. Un repertorio de habilidades cognoscitivas, preceptuales, manipulativas (maneables), de comunicación e interpersonales, adaptadas a la ejecución de operaciones de autocuidado.

• Las capacidades para realizar operaciones de autocuidado, según Rivera (2006) son las habilidades del ser humano más inmediatas; estas comprenden “la capacidad para realizar operaciones de autocuidado estimativas, transicionales y productivas” (Espitia, 2011, pág. 35).

1. Operaciones estimativas: el individuo tiene la capacidad de investigar condiciones y factores en sí mismo y en el ambiente que son significativas para el autocuidado.

2. Operaciones transicionales: corresponde a las capacidades del individuo de hacer juicios y tomar decisiones sobre lo que uno puede, debe y hará, para satisfacer los requisitos de autocuidado,
3. Operaciones productivas: Implican la capacidad del individuo de ejecutar medidas para satisfacer los requisitos de autocuidado.

Teniendo en cuenta lo anterior, la agencia de autocuidado es una acción deliberada, donde el individuo tiene la capacidad de trazar un curso de acción al adoptar prácticas de autocuidado necesarias para superar la situación a la que se enfrenta dependiendo de su grado de motivación y conocimiento previo de dicha situación, buscando un resultado esperado al realizar actividades de autocuidado para superar una desviación de su estado de salud, en el contexto de la presente investigación de las personas con (CI) que asisten al programa de (RC).

La agencia de autocuidado está presente en los individuos y se relaciona de acuerdo con Fernández & Manrique-abril (2011) citando a Orem (2001) con la intención de llevar a cabo una conducta dada, por ejemplo el desarrollo de habilidades como la adquisición de información y conocimientos sobre su enfermedad, tratamientos farmacológicos y no farmacológicos y la pertinencia de cumplir con estos de acuerdo con Gast, Denyes, Campbell, Hartweg, Schott-Baer, e Isenberg (1989), con el objetivo de prevenir recaídas de su enfermedad, prevenir complicaciones y así recuperar su estado de salud.

No obstante, de acuerdo con Fernández & Manrique-abril (2011), en ocasiones, a pesar de que la agencia de autocuidado está desarrollada, no puede hacerse operativa totalmente, es decir, la persona tiene la capacidad de cuidar de su salud, pero no lleva a la práctica acciones de autocuidado. A este respecto Orem (1993), Gast et al. (1989) explican que el desarrollo, la calidad y el nivel de agencia de autocuidado están afectados por elementos internos y externos al individuo,

descritos como factores básicos condicionantes (FBC); de acuerdo con Fernández & Manrique-abril, (2011), son propios de la persona o del ambiente en que vive, tales como: la edad, el estado de desarrollo, sexo, sistema familiar, factores del sistema de salud, educación formal, orientación sociocultural, ambiente, patrones de vida, la disponibilidad y adecuación de recursos y el estado de salud.

La teoría general de Orem, también conocida en la disciplina de enfermería como la teoría de déficit de autocuidado según Gast et al. (1989), se establece como un modelo general compuesto por tres sub-teorías relacionadas, de acuerdo con Prado, González, Gómez & Romero (2014), López & Guerrero (2006) se incluyen la teoría de autocuidado, la teoría del déficit del autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería.

La teoría del Autocuidado como lo deduce López & Guerrero (2006), expresa la práctica de actividades que los individuos realizan por sí y para sí mismos, para mantener la vida, la salud y alcanzar el nivel adecuado de bienestar, supliendo la demanda de autocuidado definida como la cantidad y el tipo de acciones o actividades que la persona debería realizar para alcanzar los requisitos de autocuidado, que pueden ser universales, requisitos de desarrollo y los requisitos ante alteraciones o desvíos en el estado de salud.

Los requisitos universales de autocuidado corresponden a los objetivos que deben alcanzarse mediante el autocuidado, tienen sus orígenes en el proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional del individuo según las etapas del ciclo vital; Orem, propone ocho requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños, de la siguiente manera citados por (Taylor, 2008, p. 270):

- El mantenimiento de un aporte suficiente de aire
- El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos
- El mantenimiento de un aporte suficiente de agua

- La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación
- El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso
- El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad
- La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano
- La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

Los requisitos de autocuidado referentes al desarrollo están separados de los requisitos de autocuidado universales en la segunda edición de Nursing, Concepts of practice Orem (1980). Hay tres conjuntos de requisitos de autocuidado de desarrollo los cuales son citados por Espitia (2011):

- Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo
- Implicación en el autodesarrollo
- Prevenir o vencer los efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa al desarrollo humano

Por último se describen los requisitos ante alteraciones o desvíos en el estado de salud, de acuerdo con López & Guerrero, (2006); Taylor, (2008), los cuales llevan a la persona a buscar asistencia médica segura, a seguir una terapia y medicamentos, a aceptar una nueva imagen corporal y los cuidados necesarios para fortalecer el auto-concepto o aprender a vivir con la patología. Si la demanda es superior a la capacidad para auto-cuidarse de la persona surge la teoría de déficit de autocuidado.

De acuerdo con Gast et al. (1989), Prado, González Gómez & Romero (2014), citando a Orem, la idea central de la teoría del déficit de autocuidado se enfoca principalmente en las limitaciones de las acciones relacionadas con autocuidado al enfrentar alteraciones del estado de salud; estas limitaciones vuelven a los

individuos completamente o parcialmente incapaces de conocer las actividades necesarias para su autocuidado; de igual manera se ve limitada la capacidad de comprometerse en la ejecución de las medidas que hay que controlar o en la dirección de las acciones que se deben implementar para satisfacer los requisitos de autocuidado.

La teoría de los sistemas de enfermería se complementa con las teorías de autocuidado y déficit de autocuidado, porque describe cómo la enfermera ayudará a superar el déficit y a lograr que el individuo recupere el nivel de autocuidado según Taylor (2008), López & Guerrero (2006). La enfermera promoverá en el individuo la capacidad de ser un agente capaz de cuidar de sí mismo, especialmente en la toma de decisiones para los cambios necesarios en su autocuidado, así como para la búsqueda de nuevos conocimientos y aprendizajes ineludibles que implementen acciones para enfrentar las alteraciones de su estado de salud.

La teoría de déficit de Autocuidado cuenta con una importante capacidad de comprobación empírica según el texto de Fawcet & Garity (2009). Dicho modelo soporta teóricamente de manera adecuada las diferentes investigaciones que indagan diversos aspectos abordados por los estudios de las enfermeras, así como el desarrollo de un número de instrumentos de investigación a partir de los conceptos del Modelo de déficit de Autocuidado.

A continuación, se relacionan investigaciones en las que se ha utilizado la teoría y las cuales proporcionan comprobación empírica de la misma:

Achury (2007) demuestra la efectividad de un programa educativo enfocado en el autocuidado en la dieta, actividad física, tratamiento farmacológico, restricción hídrica, control de peso, sistemas de ayuda para la toma oportuna y adecuada de medicamentos, signos de alarma, apoyo emocional y social respecto al apego al tratamiento en pacientes adultos con diagnóstico de falla cardiaca; la autora

comprueba que utilizar la educación enfocada en el autocuidado permite un cambio en los comportamientos de los pacientes, en sus estilos de vida.

Resultados similares obtuvo Alarcón et al. (2013), Al implementar una intervención educativa dirigida a realizar recomendaciones de autocuidado en pacientes con diabetes; los autores concluyeron que se presentó un cambio en los pacientes frente a su actitud para conservar el bienestar, referido al aumento en la responsabilidad de su propia salud, adquisición de nuevos conocimientos en nutrición y cambio de actitud en la toma de los medicamentos.

Carrillo & Díaz (2013), midieron la capacidad de autocuidado y su relación con las características socio-demográficas y clínicas en pacientes del programa de diálisis peritoneal; de acuerdo con su capacidad de autocuidado, las autoras concluyeron que las personas que clasificaron en un nivel suficiente de agencia de autocuidado reportaban mayor cumplimiento del tratamiento farmacológico, hacían ejercicio, cumplían con la dieta establecida y percibían su estado de salud como regular o malo, respuestas que sugieren el grado de conciencia que tenían de la enfermedad y la importancia de cuidarse.

En la investigación realizada por Velandia & Rivera (2009) se determinó la relación existente entre la Agencia de autocuidado con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con algún factor de riesgo cardiovascular. Las autoras concluyen que la agencia de autocuidado es un proceso de participación dinámico e implícito del individuo que le permite discernir, tomar decisiones y realizar acciones de autocuidado para el mantenimiento y mejora de su salud.

Bastidas (2007) obtuvo resultados similares al comprobar una relación moderada positiva entre el nivel de capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con enfermedad coronaria; la autora comprueba la hipótesis al encontrar una correlación de

($r=0.515$), demostrando que son fenómenos que se presentan en los pacientes que enfrentan desviaciones de su estado de salud.

Ades et al. (2013), Mediante una revisión bibliográfica concluyen que hay suficiente evidencia de la efectividad del asesoramiento de autocuidado durante la rehabilitación cardiaca; según estos autores este asesoramiento confiere beneficios clínicos significativos para las personas con insuficiencia cardiaca congestiva estable: la capacidad de ejercicio se incrementa, los síntomas clínicos se mejoran notablemente, se mejora la calidad de vida, y se disminuye el riesgo de eventos clínicos futuros.

Achury et al. (2013), demuestran la efectividad de un plan educativo sobre la capacidad de agencia de autocuidado en 83 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. Las autoras demuestran la efectividad de brindar educación y suplir las necesidades de nuevos conocimientos mediante un plan educativo estructurado, lo que generó cambios estadísticamente significativos en la capacidad de agencia de autocuidado global de los sujetos del estudio; además afirman que este tipo de estrategias con acciones que promuevan el autoestudio, la motivación y el empoderamiento del paciente, permiten obtener un mejoramiento en la capacidad de agencia de autocuidado.

Srisuk, Cameron, Ski & Thompson (2016), mediante un ensayo clínico aleatorizado comprueba la efectividad de un programa educativo de insuficiencia cardíaca para pacientes y sus cuidadores que residen en zonas rurales de Tailandia. La intervención consistió en una combinación de estrategias: educación directa con un manual de insuficiencia cardiaca, ayudas audiovisuales un disco versátil digital (DVD) y soporte telefónico; como resultado se obtuvo que los pacientes y los cuidadores que recibieron el programa de educación tuvieron mejores resultados en conocimientos, en comparación con los que recibieron la atención habitual, los

sujetos del grupo de intervención tenían un mejor autocuidado, mantenimiento de las recomendaciones, mayor confianza y una mejor calidad de vida relacionada con la salud.

Con los estudios anteriormente relacionados se demuestra la importancia de los conceptos que conforman la teoría de déficit de autocuidado en la búsqueda de la comprensión de fenómenos y comportamientos que intervienen en la adquisición de conocimientos y acciones necesarias para enfrentar una alteración del estado de salud (cuidar de sí mismo), así como la continuidad de dichas acciones para promover su salud, controlar factores de riesgos cardiovasculares, y prevenir la aparición de complicaciones o recidivas de las (CI).

La evaluación del nivel capacidad de agencia de autocuidado además permite implementar estrategias de cuidado basadas en la teoría de autocuidado a través de intervenciones educativas, convirtiéndose en una herramienta valiosa para el profesional de enfermería en pro de fomentar en los individuos el cuidado de su propio bienestar y estado de salud, orientando la adquisición de conocimientos y habilidades para realizar acciones de autocuidado necesarias para afrontar las diferentes alteraciones del estado de salud.

Tabla 2-1. Componentes del sistema Conceptual-Teórico-Empírico según Fawcett & Garity (2009): Teoría de Déficit de Autocuidados de Orem

Aspecto	Visión Interactiva/Integrativa/Reciprocidad
Origen	Orem no reconoce la influencia directa de ningún líder en enfermería; no obstante cita a varios autores de enfermería según Barroso & Torres (2001), especialmente Henderson, Levine, Nightingale, Peplau, Rogers, Roy, Travelbee; y la disciplina de psicología por dos teorías: la de la personalidad, de Maslow y Erich Fromm, y la teoría general de sistemas, de Karl Ludwig Von Bertalanffy, citados por Pereda (2011).

Tabla 2-1: (Continuación)

Aspecto	Visión Interactiva/Integrativa/Reciprocidad
Escuela Filosófica	Corresponde a la influencia filosófica del Post positivismo con abordaje holístico de las ciencias biológicas y sociales, mencionada por Salazar & Martínez (2008).
Visión del mundo de enfermería	Orem plantea su teoría en la visión Interactiva-Integrativa; considera que las personas interactúan con el ambiente, en donde las relaciones son recíprocas entre la persona-ambiente y el comportamiento.
Concepto del Meta paradigma	<p>-Persona: determina al individuo de manera holística, interactuante y no reductible a partes discretas de acuerdo con Salazar & Martínez (2008), para Orem la persona es un ser apto de aprender y desarrollar la capacidad de cuidar de sí mismo “agente de autocuidado para satisfacer los requisitos de autocuidado para cumplir sus funciones biológicas, simbólicas y sociales” (Cisneros, 2005, pág. 7).</p> <p>-Entorno: es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales que pueden influir e interactuar en la persona, según Arredondo (2009), proporcionan una convergencia de aspectos emocionales, creativos, y recursos como el apoyo familiar y social.</p> <p>-Salud: es definida como “el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental” (Cisneros, 2005, pág.7), según este autor la salud es un concepto inherente a los factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Por lo anterior cada persona puede tener una idea respecto a su salud y la enfermera de acuerdo con Arredondo (2009), debe tener la capacidad de interpretar el significado que cada persona da su propia salud, para motivar al autocuidado.</p> <p>-Enfermería: el objetivo de la disciplina, es “ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico o a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros” (Cisneros, 2005, pág. 7). La enfermería promueve en las personas acciones de autocuidado para mantener procesos vitales, el crecimiento y desarrollo, a prevenir enfermedades y suplir las necesidades de cuidado cuando el individuo no puede suplirlas por su propia cuenta durante una alteración de su estado de bienestar, al padecer una enfermedad, complicaciones o la invalidez de acuerdo con lo descrito por Gast et al. (1989).</p>
Conceptos de la teoría	La Teoría de Enfermería General de Orem citada por López & Guerrero, (2006), consiste en tres teorías inter-relacionadas: Teoría del autocuidado, la Teoría de Déficit de autocuidado y la teoría de Sistemas de Enfermería, y está sustentada en seis ejes conceptuales “autocuidado, demanda terapéutica de autocuidado, agencia de autocuidado, déficit de autocuidado, agencia de enfermería y sistemas de enfermería y en un concepto periférico: actores condicionantes básicos”. (López & Guerrero, 2006, pág. 92.

Tabla 2-1: (Continuación)

Aspecto	Visión Interactiva/Integrativa/Reciprocidad
Descripción de supuestos	<p>-El propósito de la teoría es fomentar en el individuo la capacidad de desarrollar las habilidades para cuidar de sí mismo.</p> <p>El individuo es estimulado por el entorno e idéntica las necesidades de autocuidado Orem (1993), que se configura en un comportamiento aprendido no innato de acuerdo a las creencias, experiencias previas y prácticas de cada individuo; debe además estar motivado para aprender nuevos conocimientos Rivera (2006) para mantener la vida, la salud y alcanzar el nivel adecuado de bienestar López & Guerrero (2006).</p> <p>La agencia de autocuidado es “la capacidad compleja adquirida que le permite a las personas satisfacer los requerimientos continuos para cuidar de sí mismo, que regula los procesos de mantener la vida, mantener o promover la integridad de la estructura y funcionamiento humanos, el desarrollo y promover el bienestar” (Orem, 1995, pág. 32). Por consiguiente, el agente de autocuidado es la persona que tiene el poder para comprometerse en un curso de acción, de acuerdo con Taylor (2008) tiene la capacidad de realizar actividades para satisfacer los requerimientos continuos para cuidar de sí mismo.</p> <p>La demanda de autocuidado según lo descrito por Taylor (2008) se refiere a las acciones o actividades que la persona debería realizar para satisfacer los requisitos de autocuidado; según López & Guerrero (2006), surge el déficit de autocuidado cuando la demanda es superior a la capacidad para auto cuidarse.</p> <p>El déficit de autocuidado según Prado, González, Gómez, & Romero, (2014), se presenta cuando las personas tienen limitaciones para llevar a cabo acciones relacionadas con su cuidado, al enfrentar alteraciones de su estado de salud; de esta forma se ve comprometida la capacidad de realizar las acciones necesarias para satisfacer sus requisitos de autocuidado. De acuerdo con los autores, la enfermería se articula con las dos anteriores teorías porque señala la manera como contribuirá para superar el déficit y que el individuo recupere el nivel de autocuidado</p>
Indicador empírico	Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) fue desarrollada por Evers e Isemberg (1993)

Elaborado por: Reinaldo Gutiérrez Barreiro. Universidad Nacional de Colombia, Magíster en Enfermería. 2016

2.2 Teoría de mediano rango de Autoeficacia de Bárbara Resnick

El concepto de autoeficacia fue descrito por Bandura (1977). El núcleo de la teoría de la autoeficacia tiene su origen en la teoría cognitivo-social de Bandura. La autoeficacia como concepto se define con “el supuesto de que las personas pueden tener influencia sobre lo que hacen, a través del pensamiento reflexivo, el uso generativo de conocimientos y habilidades para llevar a cabo un comportamiento específico” (Resnick, 2003, pág. 119) Es decir, una persona puede disponer de un control percibido sobre una determinada conducta a seguir o las creencias de las personas en sus propias capacidades para llevar a cabo una conducta con éxito para alcanzar un resultado deseado.

La autoeficacia percibida es definida como: “los juicios que cada persona hace sobre sus capacidades, permitiendo al paciente organizar y ejecutar sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado” (Bandura 1977 pág. 74). Este autor describió que las personas creen y desarrollan sus auto-percepciones acerca de su capacidad, entonces la autoeficacia influye en cómo la persona piensa, siente, se motiva y se comporta, a través de cuatro procesos principales: cognitivo, afectivo, motivacional y de selección; esto permite a los pacientes alcanzar las metas propuestas, a través de la capacidad de adquirir nuevos conocimientos y de controlar factores en el ambiente.

La teoría de autoeficacia se conceptualiza en la interacción de tres componentes: persona-conducta-ambiente, definidos por Bandura (1977), como reciprocidad trídica; la interrelación entre los tres componentes: la persona determinada por sus cogniciones, emociones y factores biológicos, junto con el comportamiento o conducta y ambiente, conforman el determinismo recíproco traducido según Resnick (2003), en la creencia de que la conducta, el conocimiento y otros factores personales, así como las influencias ambientales operan de forma interactiva como determinantes uno del otro.

Respecto al desarrollo de la reciprocidad entre los componentes: persona-conducta-ambiente, Resnick (2003) advierte que las influencias del comportamiento, factores personales y ambientales no son iguales en todas las situaciones, la influencia de uno de estos factores puede ser más fuerte que otro y estas influencias varían en el tiempo y en diferentes situaciones.

El pensamiento cognitivo es una dimensión crítica de la interacción entre la persona-comportamiento-ambiente. Bandura (1977) sugiere que los individuos desarrollan pensamientos sobre sí mismos o auto-percepciones, o emiten juicios sobre su capacidad de autoeficacia y se verifican a través de cuatro fuentes de acuerdo con Resnick (2003) son los siguientes:

1. La capacidad de identificar el rendimiento real de una conducta, corresponde a las experiencias de éxito o dominio o logros de ejecución; proporciona a la persona evidencia auténtica acerca de su capacidad para desarrollar con éxito tareas similares en el futuro, descrito por Bandura, (1977), como la fuente más influyente de información para desarrollar un adecuado nivel de autoeficacia.
2. La experiencia vicaria: las expectativas de autoeficacia también son influenciadas por las experiencias vicarias o ver a otras personas en condiciones similares desarrolla la capacidad de realizar con éxito la misma actividad según Bandura (1977) y Recio G. (2015), esto puede infundirles confianza en su propia capacidad, observando a otros desarrollar eficazmente determinadas tareas
3. La persuasión verbal o exhortación, corresponde a los juicios expresados por los demás; Bandura (1977), describe que esta fuente de información implica decirle a una persona que él o ella tiene la capacidad suficiente para llevar a cabo un comportamiento dado para alcanzar un resultado esperado. Especialmente según Recio (2015) se aprecia en aquellas personas que

poseen un nivel adecuado de autoeficacia y necesitan solamente de un poco más de confianza para realizar un esfuerzo extra y lograr el éxito.

4. El estado fisiológico o retroalimentación fisiológica, son estados y sensaciones que influyen durante un comportamiento, como el dolor o la fatiga; de acuerdo con Resnick (2003), los individuos dependen en parte de la información de su estado fisiológico para juzgar sus habilidades; estos indicadores fisiológicos son especialmente importantes para enfrentar factores de estrés, logros en el estado físico y en la recuperación del estado de salud.

Según Bandura (1977) la motivación humana y la conducta están reguladas por el pensamiento y se involucran dos componentes centrales de la teoría: expectativas de autoeficacia y expectativas de resultados.

Las expectativas de autoeficacia o autoeficacia percibida son juicios acerca de la capacidad personal para realizar acciones necesarias que le permitan obtener un resultado deseado. Para determinar el nivel de autoeficacia el individuo debe tener la posibilidad de realizar una autoevaluación para comparar los resultados de un comportamiento específico; este proceso comparativo según Resnick (2003) le permite al individuo juzgar su capacidad de rendimiento y así establecer expectativas de autoeficacia. Las expectativas de resultados según la misma autora, son los juicios sobre lo que sucederá si se lleva a cabo con éxito una tarea determinada, si producirá determinados resultados.

La importancia de las expectativas de auto-eficacia como las de resultado radican en que los individuos pueden creer que una conducta producirá un resultado específico, no obstante, puede creer que son capaces de realizar el comportamiento requerido para que el resultado se produzca. De igual manera Resnick (2003) citando a Jones, Harris, Waller, & Coggins (2005), advierte que presentar una expectativa da alta autoeficacia en realidad puede llegar a ser

contraproducente, ya que puede llevar a la persona a desarrollar una falsa sensación de confianza en sí mismo y no esforzarse lo suficiente para un rendimiento óptimo para obtener el resultado esperado.

La teoría de autoeficacia, de acuerdo con Olivari (2007), soporta de manera adecuada las diferentes investigaciones que indagan diversos aspectos abordados por los estudios de las enfermeras para motivar a la adopción de conductas que promuevan la salud o detener conductas nocivas; lo anterior resulta fundamental para comprender los aspectos que determinan el rendimiento deseado de la persona, en el caso de la presente investigación la adopción, y mantenimiento de conductas de salud impartidas en la (RC) en personas con (CI), según Oldndge & Rogowski (1990), Everett, Salmonson & Davidson (2009).

A continuación se relacionan algunas investigaciones en las que se ha utilizado la teoría de la autoeficacia, las cuales proporcionan aplicabilidad a la práctica de la enfermería:

Ewart et al. (1983) concluyen que la percepción de la autoeficacia y confianza en sí mismo son unos elementos importantes para predecir la adición y mantenimiento de las actividades físicas después de concluir la (RC) en los pacientes con infarto de miocardio sin complicaciones. Estos datos demuestran que las intervenciones sobre la conducta cuyo objetivo es mejorar la confianza y la sensación de bienestar son herramientas importantes en la motivación para mantener la actividad física, en las cuales son determinantes la información que se suministra en el programas de (RC) y en el refuerzo social por parte de los miembros de la familia, amigos y los profesionales sanitarios

Gorhier & Jenkins (1990), en un estudio experimental, comprueban la efectividad de un programa de educación del paciente y seguimiento telefónico destinado a fomentar la autoeficacia percibida durante la recuperación de cirugía cardíaca, para determinar si mejoraba la actividad física. El autor reporta que se encontraron

diferencias significativas para los pacientes experimentales en las expectativas de autoeficacia para caminar de manera más temprana respecto a los pacientes del grupo control; las expectativas de autoeficacia resultaron ser un predictor significativo del inicio de actividad física en la rehabilitación cardíaca.

Evon & Burns (2004) por su parte, en un estudio longitudinal, determinaron que el incentivar la auto eficacia en pacientes que se encuentran en rehabilitación cardíaca representó un importante mecanismo terapéutico mediante el cual se obtuvieron aportes importantes de rehabilitación respecto a las habilidades para cambiar de dieta, control de peso, hábitos de ejercicio y mejora de la relación entre el paciente y el personal de salud.

Izawa et al. (2005) mediante un ensayo clínico aleatorizado comprobaron la efectividad de la auto-eficacia en la actividad física mediante la estrategia de auto-monitoreo en pacientes con infarto agudo de miocardio, evaluando la continuidad del ejercicio, y nivel de actividad física objetiva durante un período de 6 meses después de terminar un programa supervisado de 6 meses de (RC); esta estrategia mostró una correlación positiva significativa con la actividad física objetiva ($r = 0,642$; $p < 0,001$), demostrando que los sujetos intervenidos en el estudio tuvieron una continuidad en el desarrollo de actividad física 12 meses después de presentar el infarto agudo de miocardio.

Alharbi et al. (2016) Describieron las barreras del ejercicio físico que experimentaron las personas que tenían enfermedad coronaria y/o diabetes mellitus para participar en un programa de estilo de vida basado en alimentación saludable y ejercicio, con el objetivo de determinar si estas barreras influyeron en la auto-eficacia, documentando que las barreras que influenciaron negativamente la auto-eficacia para hacer ejercicio fueron la falta de motivación, síntomas depresivos, ser mujer, tener sobrepeso.

Boroumand & Moeini (2016) en Irán estudiaron la efectividad del uso de tecnologías de la información y comunicaciones, que denominan “Tele-enfermería”, valorando el efecto de mensajes de texto y un programa de seguimiento de teléfono sobre la autoeficacia cardíaca de los pacientes con enfermedad coronaria. La recolección de datos se realizó en tres momentos, antes de la intervención, a los tres meses y cuatro meses después del inicio de la intervención cardíaca utilizando la Escala de Autoeficacia diseñada por Sullivan, LaCroix, Russo, & Katon (1998). Antes de la intervención, no hubo diferencia significativa entre las puntuaciones medias de la auto-eficacia cardíaca de los dos grupos; sin embargo, 3 meses y 4 meses después del inicio de la intervención, la puntuación media de la autoeficacia cardíaca en el grupo experimental fue significativamente mayor que en el grupo control ($p < 0,001$). El programa de seguimiento de mensajes de texto y teléfono demostró ser eficaz en la promoción de la auto-eficacia cardíaca de los pacientes con enfermedad coronaria.

Del anterior sustento investigativo, se deduce que la teoría de autoeficacia brinda el soporte teórico-práctico necesario para implementar investigaciones, especialmente de intervención que impacte en el comportamiento, que promuevan la toma de decisiones y el desarrollo de competencias necesarias para llevar a cabo con éxito acciones que propendan por su cuidado; además para enfermería representa una valiosa herramienta para promover las creencias y juicios sobre las propias capacidades para lograr sus objetivos a través de la competencia para controlar el ambiente, en el caso de la presente investigación potenciar la confianza y motivación para llevar a cabo acciones de autocuidado para afrontar la alteración del estado de salud en los pacientes de (CI) que se encuentran en (RC).

Tabla 2-2. Componentes del sistema Conceptual-Teórico-Empírico según Fawcet & Garity (2009): Teoría de Autoeficacia.

Aspecto	Visión Interactiva/Integrativa/Reciprocidad
Origen	El término de autoeficacia aparece en la publicación de la obra "Self-Efficacy Mechanism in Human Agency" de Bandura (1977) y deriva de la teoría del aprendizaje social o teoría social cognitiva, creada por Bandura (1982).
Escuela Filosófica	Post positivismo
Visión del mundo de enfermería	La visión es Interactiva-Integrativa-Reciprocidad; esta teoría está basada según Resnick (2003), en una triada de determinismo recíproca, lo que significa que los tres componentes operan en interacción unos con otros. Conformada por aspectos los personales, la conducta y las influencias ambientales.
Concepto del Meta paradigma	<p>Se deducen las siguientes apreciaciones pues la teoría no describe los conceptos paradigmáticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Persona: sujeto holístico íntegro, con dimensiones física, psicológica, social que interacciona con su entorno, con habilidades cognitivas para formular percepciones sobre sus propias capacidades, lo que le conduce a elegir y a mantener determinadas líneas de acción para transformar el ambiente, realizando cambios en su conducta. (Olaz, 2001). -Salud: aunque nace de una teoría social cognitiva, el concepto de autoeficacia, expectativas de autoeficacia y de resultado representa una valiosa herramienta para el área de la salud respecto al cumplimiento de los objetivos y medidas terapéuticas. -Ambiente: esta teoría toma el ambiente como determinantes e influencias interactivas, regulando la conducta mediante estímulos externos actuales y pasados; según Olaz (2001), el entorno en esta teoría aparece como una fuerza autónoma que determina, organiza y controla la conducta de forma automática. -Conducta: el ser humano modifica su conducta a través de un auto-sistema de criterios internos y reacciones auto-evaluadoras que de acuerdo con Olaz (2001), permiten percibir, regular y evaluar la conducta, dotando a los individuos de una capacidad auto-regulatoria sobre sus propios pensamientos, sentimientos y acciones.

Tabla 2-2. (Continuación)

Aspecto	Visión Interactiva/Integrativa/Reciprocidad
Descripción de supuestos	<p>-Con el concepto de autoeficacia de Bandura explica cómo el ser humano transforma el ambiente mediante el cambio de su conducta.</p> <p>-La autoeficacia se presenta como la capacidad cognitiva de juzgar las capacidades de trazar un rumbo de acción y llevarlas a cabo para producir un cambio en su conducta y por ende en su entorno.</p> <p>La expectativa de autoeficacia se refiere a juicios acerca de la capacidad personal para realizar acciones necesarias que le permitan obtener un resultado deseado Resnick (2003).</p> <p>Las expectativas de resultados son los juicios sobre lo que sucederá si se lleva a cabo con éxito una tarea determinada y que producirá determinados resultados Resnick (2003).</p> <p>El nivel de autoeficacia se puede alterar por un número de factores que afecten la ejecución. Bandura (1982).</p> <p>-La autoeficacia percibida según Bandura (1982) depende de la naturaleza y seguridad de las creencias previas.</p>
Indicador empírico	Escala de autoeficacia general desarrollada por Schwarzer y Jerusalén.

Elaborado por: Reinaldo Gutiérrez Barreiro. Universidad Nacional de Colombia, Magíster en Enfermería. 2016.

Existen investigaciones que han abordado los fenómenos de autoeficacia y de autocuidado, indagando la relación entre estos dos conceptos, midiendo la autoeficacia específica para determinadas entidades patológicas y los comportamientos de autocuidado; es así como Kara & Alberto (2007) comprueban una relación débil pero estadísticamente significativa entre el nivel de autoeficacia para EPOC y los comportamientos de autocuidado para esta misma enfermedad en pacientes que asisten a un programa de enfermedades crónicas en manejo de EPOC en Turquía.

De igual manera, Bohanny et al. (2013) demuestran una relación moderada pero estadísticamente significativa entre el nivel de autoeficacia y conductas de

autocuidados en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en las islas Marshall y Taiwán.

En un estudio de intervención Reisi, Mostafavi, Javadzade, Mahaki, Tavassoli, , & Sharifirad (2016), demuestran el efecto positivo de un programa que promueve el nivel de autoeficacia sobre las conductas de autocuidado en pacientes con EPOC; en Irán, mediante un estudio cuasi experimental se demostró el efecto predictor que tiene la autoeficacia sobre los comportamientos de autocuidado para esta patología.

2.3 Cardiopatía Isquémica

La cardiopatía isquémica según la OMS (2014) se refiere a un conjunto de trastornos ocasionados por la arteriosclerosis de las arterias coronarias que son las encargadas de proporcionar sangre al músculo cardíaco (miocardio). Dicho proceso patológico (arterioesclerosis), “se presenta de forma lenta por formación de colágeno y acumulación de lípidos y células inflamatorias (linfocitos); estos tres procesos provocan el estrechamiento (estenosis) de las arterias coronarias” (Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, 2008, pág. 151).

Dentro de las presentaciones clínicas, de acuerdo con (Cisneros & Carrazana, 2013, pág. 370) se incluyen “la isquemia silente, la angina de pecho estable, la angina inestable, el infarto agudo de miocardio, la insuficiencia cardíaca y la muerte súbita”; estos procesos empiezan en las primeras décadas de la vida, pero no presentan síntomas hasta que la estenosis de la arteria coronaria se hace tan grave que causa un desequilibrio entre el aporte de oxígeno al miocardio y sus necesidades; en este caso se produce una “isquemia miocárdica (angina de pecho estable) o una oclusión súbita por trombosis de la arteria, lo que provoca una falta de oxigenación del miocardio que da lugar al síndrome coronario agudo (angina inestable) e (infarto agudo de miocardio)”, que corresponde a la forma más seria de (CI) (Gutiérrez, Druyet & Oramas, 2010, pág. 1639).

Las personas que padecen este tipo de enfermedades presentan síntomas y signos clínicos compatibles de la isquemia miocárdica descritos así por la (Sociedad Colombiana de cardiología y cirugía cardiovascular, 2010, pág. 153). “dolor en el tórax con o sin irradiación a brazos, dorso, mandíbula o epigastrio; disnea, debilidad, diaforesis, náuseas, mareo o síncope” confirmados con cambios electrocardiográficos o evidencia en imágenes diagnósticas de la reducción de la permeabilidad coronaria.

La cardiopatía isquémica está relacionada con “determinados hábitos de vida y ciertas características personales denominados factores de riesgo y su presencia se asocia a una mayor probabilidad de padecer una (CI) y sus complicaciones” (Cisneros & Carrazana, 2013, pág. 370); dentro de los factores de riesgo se encuentran los no modificables (herencia genética, edad y sexo) y los modificables (hipercolesterolemia, hipertensión arterial, diabetes mellitus, tabaquismo, obesidad, sedentarismo y alcoholismo).

La importancia de los hábitos de vida saludables y el control de los factores de riesgo modificables, según los mismos autores, se asocia a una reducción en el número de eventos isquémicos, tanto si se inicia antes de la aparición de las primeras manifestaciones clínicas (prevención primaria), como después, por lo que se resalta la importancia de llevar a cabo acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (prevención secundaria).

Una vez se instaura la (CI) de acuerdo con Rivera (2008) se deben iniciar acciones que pretendan mitigar el alto impacto que produce a nivel individual por su sintomatología, complicaciones y deterioro de la calidad de vida referidas anteriormente. A nivel del sector social y económico, según Dickson, Nocella, Yoon, Hammer, Melkus, & Chyun (2013), se den implementar acciones que impacten el costo de los servicios de atención médica, medicamentos, intervenciones y pérdida de productividad por años de vida potencialmente perdidos.

2.4 Rehabilitación Cardíaca

De acuerdo con lo definido por un comité de expertos de la OMS, la (RC) es “el conjunto de actividades necesarias para asegurar a las personas con enfermedades cardiovasculares una condición física, mental y social óptima que les permita ocupar por sus propios medios, un lugar tan normal como le sea posible en la sociedad” (OMS, 1964, pág. 3).

La (RC) comprende un programa multifactorial, de acuerdo con Consenso de Rehabilitación Cardiovascular y Prevención Secundaria de la Sociedad Interamericana de Cardiología (2013); el objetivo de este programa es devolver a los pacientes cardiopatas la condición física y estado de salud pre-mórbido en la medida de lo posible, para que puedan desempeñar las actividades que tenían antes de la aparición de su enfermedad en su medio familiar, social y laboral.

Se resaltan los importantes resultados para los pacientes; de acuerdo con este consenso un adecuado seguimiento de las recordaciones del programa de (RC) disminuye la mortalidad total y de origen cardíaco, el número de eventos cardiovasculares y disminuye los ingresos hospitalarios, mejora los síntomas y la calidad de vida.

2.4.1 Fase I de rehabilitación cardíaca

De acuerdo con Del Rio et al. (2005) corresponde a la fase hospitalaria y se inicia desde el primer día en los pacientes con infarto agudo de miocardio no complicado, pacientes en recuperación de intervención invasiva, y cuando las condiciones clínicas y hemodinámicas lo permitan. Según estos autores esta fase tiene como propósito disminuir los efectos del reposo prolongado (falta de acondicionamiento físico, hipotensión ortostática, trombo-embolismo pulmonar y otros) y establece las bases para iniciar las actividades educativas respondiendo a la necesidad de conocimientos que tiene el paciente respecto su enfermedad, la dieta, los factores

de riesgo y su modificación, medicamentos, la actividad física permitida y los signos de alarma para solicitar ayuda.

2.4.2 Fase II de rehabilitación cardiaca

Esta fase inicia una vez el paciente es dado de alta y comprende: “frecuencias de actividad física tres veces por semana con control de parámetros clínicos; se recomienda monitorización para los pacientes estratificados como de alto riesgo durante un período de 18 a 24 sesiones” (Del Rio et al., 2005, p. 3). En cada clase según este autor, se lleva un control de la actividad desarrollada a través del registro en una planilla del trabajo y las variaciones de la frecuencia cardíaca.

En esta fase II, según este autor, además de la actividad física, “se aplican medidas de apoyo psicológico, social y sesiones educativas para responder a la necesidad que presentan las personas con (CI) de adquirir nuevos conocimientos, para que lleven a cabo acciones necesarias para controlar factores de riesgo cardiovasculares como mal hábito de fumar, dislipidemia, diabetes mellitus, obesidad e hipertensión arterial” (Del Rio et al., 2005, pág. 4).

Esta fase resulta fundamental para la adquisición de conocimientos y habilidades de autocuidado, por lo que la presente investigación la tomó como referente para llevar a cabo el estudio, dadas las condiciones de los pacientes, su receptividad y control de la sintomatología.

2.4.3 Fase III de rehabilitación cardiaca (fase de mantenimiento)

Del Rio et al. (2005) describen que el fundamento de esta fase se relaciona con la actividad física que pueda realizar el paciente de manera independiente y autónoma según lo aprendido en el plan de entrenamiento de la fase II.

2.5 Proposiciones de correlación Teórica de Agencia de Autocuidado y Autoeficacia Percibida

A partir de la anterior revisión teórica y conceptual se puede argumentar que el presente estudio se sustenta desde el modelo conceptual del autocuidado y de la teoría de mediano rango de la autoeficacia basados en los constructos de capacidad de agencia de autocuidado y autoeficacia percibida, como conceptos mayores de la presente investigación, que pretendió determinar la posible asociación entre estas dos variables en personas con cardiopatía isquémica que asisten al programa de rehabilitación cardíaca.

El objetivo de determinar la posible asociación entre estos dos conceptos desde el modelo conceptual del autocuidado y de la teoría de mediano rango de la autoeficacia se justificó en las siguientes proposiciones:

- La utilidad del Modelo de Autocuidado, así como la teoría de autoeficacia para la investigación en enfermería, está documentada por un importante número de estudios realizados para dar respuesta a diferentes preguntas surgidas en la práctica diaria de enfermería; dichos modelos soportan teóricamente de manera adecuada las diferentes investigaciones que indagan diversos aspectos abordados por los estudios de las enfermeras realizados en distintos contextos por Galdino, Lima, Dias, & Guimarães, 2009; Fawcett & Garity. (2009).
- Los conceptos capacidad de agencia de autocuidado y autoeficacia percibida se han descrito dentro de sus teorías respectivas de manera precisa, lo que favorece la comprensión de sus atributos, así como aplicación a nivel empírico de sus conceptos.
- El concepto de capacidad de agencia de autocuidado se ubica en una visión de mundo interactiva-integrativa, lo cual concuerda con la visión en la cual se ubica el concepto de autoeficacia percibida.

- Tanto el concepto de agencia de autocuidado como el de autoeficacia percibida están fuertemente influenciados por la motivación. La agencia de autocuidado se configura según Rivera (2006), en un comportamiento aprendido no innato de condicionado por las creencias, experiencias previas y prácticas de cada individuo; debe además estar motivado para aprender nuevos conocimientos para mantener la vida, la salud, además el individuo debe hacer juicios y tomar decisiones sobre qué acciones debe implementar para satisfacer los requisitos de autocuidado Espitia (2011), y de esta manera alcanzar el nivel adecuado de bienestar.
- La autoeficacia percibida según Bandura (1982) y Resnick (2003), paralelamente por Joyce, Molassiotis & Marsh (2004), está relacionada con la motivación, convicción y juicios que emiten las personas sobre sus capacidades para lograr las metas propuestas, a través de la capacidad de adquirir nuevos conocimientos y de controlar factores en el ambiente y así obtener el resultado previsto, lo que constituye el predictor en la adopción y mantenimiento de conductas de salud, en este caso acciones de autocuidado.
- La rehabilitación cardíaca mejora la calidad de vida, el bienestar, la funcionalidad y retorna en los casos que sea posible el estado pre-mórbido del paciente de la forma más eficiente según Guzmán et al. (2010). No obstante, se presentan fenómenos que influyen en algunos pacientes, de acuerdo con Herrera (2008), condicionan negativamente el desarrollo de las habilidades necesarias para llevar a cabo las acciones de autocuidado después de terminar el programa de (RC).
- El concepto de autocuidado se ha relacionado con la autoeficacia en otros contextos diferentes a pacientes con cardiopatía isquémica que asiste a rehabilitación cardíaca, razón por la cual es necesario esclarecer esta

relación, a fin de confirmar la naturaleza próxima entre la motivación y los juicios sobre sus capacidades para llevar a cabo acciones de autocuidado que tienen los pacientes con (CI) en rehabilitación cardíaca.

- Los resultados de la presente investigación podrán orientar nuevas investigaciones y programas institucionales y políticas públicas que respaldadas en estrategias basadas en la motivación humana, impacten positivamente en el cuidado de la propia salud.

3 Marco metodológico

3.1 Diseño de la investigación

El diseño determinado para la presente investigación fue de tipo descriptivo, de correlación, con abordaje cuantitativo y de corte transversal.

Los estudios descriptivos como enuncia Polit & Hungler (2000), tienen como objetivo describir aspectos relevantes de una variable que ocurre de manera natural, permitir la generación de hipótesis y ser un punto de partida para el desarrollo de la teoría.

Las investigaciones correlacionales, según estos mismos autores, permiten comprender la relación entre dos o más variables en un único grupo tal como suceden en la naturaleza, sin la intervención ni manipulación de variables por parte del investigador y por lo tanto sin la intención de inferir en relaciones causales.

Se justifica el abordaje del enfoque cuantitativo en tanto que es el más adecuado, porque permite medir con precisión la realidad objetiva de los fenómenos, según Polit & Hungler (2000); y al ser de corte implica la obtención de datos en un único momento. Para el caso de este estudio el momento específico fue entre los meses de julio y agosto del año 2016; este tipo de estudio resulta conveniente para describir el estado de un fenómeno determinado o la relación entre ellos.

3.2 Universo, población y muestra del estudio

3.2.1 Universo

El universo estuvo conformado por todas las personas hombres y mujeres que presentaron una cardiopatía isquémica (CI) y que se participaron en programas de rehabilitación cardiaca en la ciudad de Neiva, en el año 2016.

3.2.2 Población

Para la presente investigación, la población estuvo conformada por personas que padecían (CI) y se encontraron en fase II del programa de (RC) en la Clínica Medilaser, Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de III nivel de complejidad en la ciudad de Neiva entre julio y agosto del año 2016.

3.2.3 Tamaño de la muestra

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó la siguiente fórmula estadística (ver formula (3.1)), la cual permite determinar el número adecuado de participantes para la comprobación de la asociación entre agencia de autocuidado y auto eficacia percibida, según Celis & Labrada (2008).

(3.1)

$$n = \left(\frac{Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta}}{\frac{1}{2} \ln \frac{(1+r)}{(1-r)}} \right)^2 + 3 \approx$$

- Donde, el sistema de hipótesis es: **H0** cuando $r = 0$ Frente a **H1** cuando $r \neq 0$.
- α : determina el nivel de significancia o de seguridad frente al riesgo de cometer un error de tipo I al juzgar la hipótesis nula (Rechazar H0 cuando en realidad es verdadera).
- β : determina la precisión o el poder estadístico de la prueba ante la probabilidad de incurrir en el error tipo II en el juzgamiento de la hipótesis

nula, (Aceptar H0 cuando en realidad es falsa). Es el valor previsto de la desviación estándar de la población.

- r: es el valor de coeficiente de correlación en una muestra preliminar o también se obtiene de investigaciones anteriores entre las dos variables en estudio.

Aplicando la fórmula se obtiene el siguiente resultado: (formula 3.2)

(3.2)

$$n = \left(\frac{Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta}}{\frac{1}{2} \ln \frac{(1+r)}{(1-r)}} \right)^2 + 3 \approx n = \left(\frac{2.326 + 1.982}{\frac{1}{2} \ln \frac{(1+0.512)}{(1-0.512)}} \right)^2 + 3 = 55$$

El valor de $Z_{1-\alpha}$ y $Z_{1-\beta}$ se obtiene de la distribución normal estándar en función de la seguridad y el poder elegidos para el estudio; para el cálculo del tamaño de la muestra de la presente investigación se aplicó una seguridad de 99 % ($\alpha = 0,01$) y un valor de $z_{1-\alpha} = 2.326$; y se empleó un poder estadístico del 96% ($\beta = 0,04$) con un valor de $z_{1-\beta} = 1.982$; el valor de r: coeficiente de correlación fue de 0.512, de un estudio anterior que asoció los fenómenos de autocuidados y autoeficacia en un contexto diferente, según Reisi et al. (2016).

Como resultado de la anterior formula se incluyó a 55 personas para llevar a cabo la investigación, adicionalmente se tuvo en cuenta un 10% de posibles pérdidas de información durante la ejecución del estudio, por consiguiente el tamaño de la muestra se recalculó con la siguiente fórmula: (formula 3.3)

(3.3)

$$n' = \frac{n}{1-L} = \frac{55}{1-0.1} = 61$$

Considerando 10% de pérdidas se obtuvo un tamaño de muestra de 61 pacientes.

3.3 Criterios de inclusión y de exclusión

3.3.1 Criterios de inclusión

- Hombres y mujeres mayores de 18 años.
- Personas que hayan presentado una cardiopatía isquémica.
- Pacientes que se encuentren en fase II de rehabilitación cardiaca.
- Personas que voluntariamente acepten participar en el estudio.

3.3.2 Criterios de exclusión

- Pacientes con deterioro neurológico y cognitivo que les impida responder el consentimiento informado y los instrumentos.
- Pacientes que no acepten participar aunque cumplan con los criterios de inclusión.
- Personas con cardiopatías diferentes a cardiopatías isquémicas, que representan su diagnóstico principal.

Los anteriores criterios se justificaron en el respeto por la autonomía que tienen los pacientes de participar o no en estudios de investigación; respecto a la exclusión de pacientes con cardiopatías diferentes a la isquémica, se realizó con el fin de tener una muestra más homogénea y evitar sesgos en relación a la sintomatología y abordaje terapéutico diferentes en cada patología cardiovascular.

3.4 Selección de los participantes

La selección de los participantes se realizó al disponer de manera anticipada de los datos de los pacientes inscritos (110 personas en promedio) y la programación a las sesiones de la fase II del programa de rehabilitación cardiaca de la clínica Medilaser S.A. de Neiva.

Se utilizó un muestreo de tipo probabilístico con selección aleatoria simple a través de Excel, hasta conseguir los participantes necesarios para conformar la muestra de 61, total de tamaño de muestra (explicado en apartado 3.2.3) para describir la capacidad de agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en estos pacientes y la posible relación de estos fenómenos en el contexto del paciente con (CI).

Con el fin de prevenir sesgos de selección y que la muestra fuera probabilística, la elección de los pacientes a participar en el estudio se realizó de manera aleatoria de acuerdo con Polit & Hungler (2000), para obtener validez externa, con el objetivo de poder realizar generalizaciones de los resultados en poblaciones con características similares.

La elección de los pacientes a participar en el estudio, como se enunció anteriormente, se llevó a cabo de manera aleatoria con el número de identificación de la base de datos del programa de rehabilitación cardiaca; es decir, el paciente escogido correspondió al número de identificación elegido aleatoriamente mediante la función de aleatorización de bases de datos (ALEATORIO.ENTRE) de Excel.

3.5 Definición de variables

En el presente estudio los conceptos principales corresponden a la capacidad de agencia de autocuidado y la autoeficacia percibida; sus variables se operacionalizaron mediante instrumentos que se relacionan más adelante, además se describen las variables socio-demográficas y clínicas, para caracterizar la población objeto del presente estudio.

3.5.1 Agencia de autocuidado

- **Variable:** capacidad de agencia de autocuidado.
- **Definición operacional:** capacidad de agencia de autocuidado; escala de apreciación de la agencia de autocuidado A.S.A Evers e Isemberg (1993) (Ver Anexo A)
- Las variables que conforman esta escala son numéricas ordinales. Los valores de puntajes de 1 a 4 en Escala Likert (Nunca 1, Casi Nunca 2, Casi Siempre 3 y Siempre 4); las posibles puntuaciones de la escala tienen un rango entre 24 y 96 puntos; a mayor puntaje, mayor capacidad de agencia de autocuidado. Hay que considerar que los ítems 6, 11 y 20 son negativos, por lo que se invirtió su puntuación para estandarizar los resultados

3.5.2 Autoeficacia percibida

- **Variable:** autoeficacia percibida.
- **Definición operacional:** autoeficacia percibida; escala de autoeficacia general de Schwarzer & Baessler (1996). (Ver Anexo B).
- Las variables que conforman la prueba son numéricas. Los valores de puntajes de 1 a 4 en Escala Likert (1= incorrecto, 2 = apenas correcto, 3 = más bien correcto, 4= cierto), por lo tanto los resultados de la escala oscilan entre 10 y 40. A mayor valor de resultado mayor será el nivel de autoeficacia percibida, según Schwarzer & Baessler (1996).
- **Variables socio-demográficas**
 - Edad: variable nominal categórica.
 - Género: variable nominal dicotómica.

- Lugar de residencia (si reside en la misma ciudad donde se ubica el programa de (RC)): variable nominal categórica.
- Escolaridad: variable nominal categórica.
- Ocupación: variable nominal categórica.
- Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud: variable nominal categórica.

▪ **Variables clínicas**

- Factores de riesgo cardiovasculares: variable nominal categórica.
- Diagnóstico: variable nominal categórica.
- Recidiva: variable nominal dicotómica.

3.6 Hipótesis de asociación

Hi: existe una relación significativa entre la capacidad de agencia del autocuidado y el nivel de autoeficacia percibida en los pacientes con cardiopatía isquémica que asisten a un programa de rehabilitación cardiaca.

Ho: no existe una relación significativa entre el nivel de capacidad de agencia del autocuidado y el nivel de autoeficacia percibida en los pacientes con cardiopatía isquémica que asisten a un programa de rehabilitación cardiaca.

3.7 Instrumentos

3.7.1 Instrumento de medición para la agencia de autocuidado

El presente estudio utilizó, previa autorización de la autora, la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA), la cual fue desarrollada por Evers e Isemberg en (1993), para valorar la agencia de autocuidado reportada por el paciente; Manrique-abril, Fernández, & Velandia (2010) y Velandia & Rivera (2009) demostraron que las propiedades psicométricas son válidas y adecuadas para su aplicación en los diferentes ámbitos de la práctica de enfermería; en Colombia se han aplicado de manera especial en personas con enfermedades cardiovasculares.

Según Velandia & Rivera (2009), en Colombia la profesora Edilma Gutiérrez de Reales, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, elaboró una segunda versión en español de la Escala ASA modificando la redacción de los ítems, de tal manera que fueran más claros y comprensibles para la población colombiana, sin cambiar el sentido de cada uno de ellos. También modificó la Escala Likert a solo 4 apreciaciones (Nunca 1, Casi Nunca 2, Casi Siempre 3 y Siempre 4), las posibles puntuaciones de la escala tienen un rango entre 24 y 96 puntos; hay que considerar que los ítems 6, 11 y 20 son negativos.

La capacidad de agencia de autocuidado en la escala ASA se evalúa según las siguientes categorías:

- Rango de 24-43, se categorizó como Muy baja agencia de autocuidado.
- Rango de 44-62, se categorizó como Baja agencia de autocuidado.
- Rango de 63-81, se categorizó como Regular agencia de autocuidado.
- Rango de 82-96, se categorizó como alta agencia de autocuidado.

En el año 2009, Velandia & Rivera (2009) realizaron la medición de la confiabilidad de la escala ASA segunda versión en español; aplicaron la escala a 201 personas con factor de riesgo cardiovascular y obtuvieron una media de 79.12, una desviación estándar de 6.69 y una varianza de 44.78. El alfa de Cronbach total fue de 0.689 sin corrección y el estandarizado fue de 0.744.

Resultados similares obtuvieron Manrique-abril, Fernández, & Velandia (2010) al realizar análisis factorial a pacientes del programa de crónicos, donde, el alfa de Cronbach total fue de 0.688 sin corrección y el estandarizado fue de 0.744.

Los resultados anteriores determinan que los 24 ítems de la escala miden un mismo concepto y por tanto el instrumento tiene consistencia interna. Es preciso

mencionar que para la presente investigación se utiliza la segunda versión en español de la Escala ASA adaptada para la población colombiana, (ver Anexo A).

3.7.2 Instrumento de medición autoeficacia

El Instrumento escala de autoeficacia general desarrollado en 1979 por Schwarzer y Jerusalén en Alemania, como lo describe CID, Orellana, & Barriga (2010) citando a Schwarzer (1995), mide la percepción que tiene la persona respecto a sus capacidades para manejar en su vida diaria diferentes situaciones estresantes. Su versión original era en alemán y constaba de 20 ítems; más tarde, Schwarzer, Bäßler, Kwiatek, Schröder, & Zhang (1997) reducen la versión alemana de 20 a 10 ítems, y la traducen a 28 idiomas; este Instrumento por disposición de los autores está disponible para uso público.

Esta prueba está compuesta por 10 ítems, la forma de respuesta de cada ítem se realiza en una escala de cuatro puntos (1= incorrecto, 2 = apenas correcto, 3 = más bien correcto, 4= cierto), por lo tanto los resultados de la escala oscilan entre 10 y 40.

Según Cid, et al. (2010), la versión al español se tradujo por expertos en 1993 desde la escala original, con adaptaciones culturales necesarias de acuerdo con Scholz, Gutiérrez, Sud, & Schwarzer (2002) para medir de manera contextualizada el constructo autoeficacia percibida en población costarricense, española y peruana. En los distintos estudios realizados con muestras de distintas nacionalidades (alemanes, costarricenses, etc.), la escala ha mostrado una consistencia interna considerable (entre 0.79 y 0.93).

Cid, et al. (2010), describen que los estudios de las características psicométricas de la Escala General de la Autoeficacia (EAG) en español han demostrado empíricamente su confiabilidad y validez convergente y discriminante, Sanjuán, Pérez, & Bermúdez, (2000), resaltan que el constructo de autoeficacia percibida se ha correlacionado positivamente con variables como el optimismo, autoestima,

autorregulación, calidad de vida, salud mental, afectos positivos, competencia percibida, personalidad resistente, afrontamiento centrado en la tarea y satisfacción en el trabajo/colegio.

Además se resalta que este constructo ha sido estudiado ampliamente en el contexto conductas de salud y ha sido aplicado de acuerdo con Olivari & Urra (2007), a conductas diversas en distintos dominios de salud, según Forsyth & Carey (1998); como se citó en Olivari & Urra (2007) algunos de estos son a saber: el manejo de enfermedades crónicas, uso de drogas, actividad sexual, fumar, realizar ejercicio, bajar de peso y también la habilidad para recuperarse de los problemas de salud o para evitar potenciales riesgos para la salud. En la presente investigación se reportó una alfa de Cronbach de 0.728 (ver Anexo B).

3.8 Prueba piloto

Se realizó una prueba piloto con el fin de aplicar los dos instrumentos elegidos para esta investigación, los cuales fueron desarrollados con 10 pacientes seleccionados aleatoriamente y que cumplieron con los criterios de inclusión; los objetivos principales fueron: afianzar la comprensión y claridad de los ítems por parte del investigador y los participantes para brindar una mejor explicación y abordaje en su diligenciamiento; refinar el procedimiento de recolección de información, digitación, análisis de los datos por parte del investigador y para mejorar aspectos logísticos y comunicativos a los que hubo lugar.

Durante la prueba piloto el tiempo que gastaron los participantes en responder los instrumentos fue de 30 minutos aproximadamente, dos participantes manifestaron la necesidad de acompañamiento por problemas de visión que afectaban la lectura de los instrumentos, por consiguiente se determinó que el investigador permaneciera cerca de los participantes en caso de requerir algún tipo de ayuda en el diligenciamiento, con la precaución de no inducir respuestas.

3.9 Fases de la investigación

3.9.1 Primera fase: selección y preparación del sitio de investigación

- Para la recolección de la información se seleccionó una Institución Prestadora de Salud IPS de III nivel de complejidad (Clínica Medilaser) en la ciudad de Neiva, la cual contó con un programa de rehabilitación cardiaca.
- Se solicitó la autorización de ejecución de la investigación, enviando una carta de presentación del proyecto con la respectiva solicitud para la recolección de la información a las directivas de la IPS.
- Posterior a la autorización de la institución se realizó una sesión de presentación del proyecto al equipo de salud que labora en el programa de rehabilitación cardíaca, con el fin de dar a conocer el objetivo del estudio y que pudieran informar a los pacientes que hicieran preguntas al respecto, sin interferir en las posibles respuestas de los cuestionarios, evitando así el sesgo de información.
- La recolección de información de esta investigación no interfirió con las actividades de los profesionales de la salud del área de (RC).
- Se dispuso de un espacio adecuado dentro de las instalaciones de la clínica Medilaser Neiva en el área de rehabilitación cardiaca, para que los pacientes respondieran los cuestionarios de manera cómoda, privada y sin límite de tiempo.

3.9.2 Segunda fase: alistamiento, entrenamiento y selección de la muestra

- El investigador se responsabilizó de la recolección de la información y registro de la misma.
- Para la selección de la muestra se utilizó un muestreo de tipo probabilístico con selección aleatoria simple, con el fin de prevenir sesgos de selección de la muestra en una población de pacientes con (CI). El muestreo se realizó a través de Excel, tomando preliminarmente el 80% de los usuarios del programa de (RC), verificando que cumplieran con los criterios de inclusión y decidieran libremente participar en el estudio.
- Una vez seleccionado aleatoriamente el paciente mediante programación a sesiones de RC (tres por semana) y después de haber terminado la sesión de (RC), se le informó el objetivo del estudio y se solicitó participar en el estudio de manera voluntaria, previa firma de consentimiento informado.
- El investigador siempre tuvo presente el objetivo de este estudio, el control de los sesgos y la finalidad de los cuestionarios, así como la eficiencia en el diligenciamiento de los datos recogidos en una base de datos creada específicamente para cada cuestionario en el programa de Excel, garantizando la calidad de los datos registrados.

3.9.3 Tercera fase: identificación y control de sesgos

- Riesgo de maduración y sesgo de historia: el enfrentar una patología de alto impacto emocional como una (CI) puede interferir en el paciente, lo que ocasionaría que sus respuestas estén orientadas a ese aspecto y no a la pregunta que se le realiza.

Control: para controlar esos dos aspectos se realizó previamente un acercamiento con el paciente para determinar si la fase aguda de la (CI) había sido superada, cumpliendo de esta manera con los criterios de inclusión; además el investigador orientó la sesión para aclaraciones o dudas (sin que este indujera la respuesta).

- Sesgo de confusión o ignorancia: cuando las preguntas no son claras esto puede llevar a confusiones y por ende a respuestas erróneas.

Control: para prevenir este sesgo se hizo acompañamiento en el diligenciamiento de cada cuestionario en caso de que el paciente lo necesitara, para así aclarar términos que resultaran confusos.

- Sesgo de olvido: el paciente puede olvidarse de responder a algunos enunciados de los cuestionarios.

Control: el investigador verificó que los cuestionarios estuvieran completamente diligenciados con la precaución de no inducir respuestas.

- Sesgo de análisis e interpretación: implica errores que se pueden cometer al momento de digitar los datos.

Control: el investigador ingresó los datos a una base y luego en esta se comparó lo digitado con el registro físico. Se dispuso de la información en medio físico y en medio magnético, con lo que se pudo confrontar los casos que fueron necesarios.

- Sesgo de subjetividad: el investigador puede inducir las respuestas deseadas al tratar de explicar las afirmaciones de los instrumentos.

Control: el investigador brindó respuestas a dudas de los cuestionarios al leer la afirmación de forma pausada y replanteó la pregunta según el léxico del participante, sin dar ejemplos.

3.9.4 Cuarta fase: aplicación de los instrumentos, recolección y sistematización de la información

- Para la aplicación de los instrumentos se dispuso de un espacio adecuado dentro de las instalaciones de la Clínica Medilaser S.A., específicamente en la unidad de (RC), donde los pacientes diligenciaron los cuestionarios de manera cómoda, privada y sin límite de tiempo; el tiempo que tardaron en responder los instrumentos fue de 30 minutos aproximadamente.
- Previa firma de consentimiento informado de los pacientes que fueron seleccionados, el investigador inicialmente registró los datos socio-demográficos que incluyeron: edad, género, lugar de residencia, tipo de afiliación al Sistema General de Salud, diagnóstico principal, procedimiento al que fue sometido, presentación de recidiva de (CI), factores de riesgo de cardiovascular como tabaquismo y consumo de alcohol, IMC, asistencia al programa de rehabilitación cardíaca y medicación, y tratamiento médico actual.
- El investigador estuvo presente durante el diligenciamiento de los cuestionarios; se le aclararon las dudas a los pacientes y se verificó que las hojas entregadas estuvieran totalmente llenas. Asimismo se brindó ayuda a aquellas personas que no sabían leer o no tenían una buena visión para completar el proceso.
- Pese a que el presente estudio se califica como una investigación sin riesgo según el Artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993, no obstante, se consideraron las características propias de las personas que asistieron a la

fase II del programa de (RC), quienes se encontraban en el proceso de recuperación de una enfermedad cardiovascular; de igual manera se tuvo en cuenta la naturaleza de los cuestionarios que indagaron sobre el comportamiento, capacidades y actitudes frente a los cuidados de su propia salud. Los anteriores aspectos se consideraron factores de riesgo que propiciarían cualquier tipo de descompensación física y/o emocional durante la respuesta de los cuestionarios.

- Los datos recolectados se mantendrán custodiados en formato físico y electrónico, dentro de los archivos personales del investigador hasta por dos años luego de finalizada la investigación. Estos fueron sistematizados en una base de Excel.
- Posterior a la creación de las bases de datos, se procedió a transferir al programa estadístico Statistical Package for Social Science (SPSS versión 22.0) facilitado por la Universidad Nacional de Colombia, con el propósito de realizar su análisis.

Se resalta que se brindó atención y acompañamiento a una participante de 41 años, quien presentó una alteración emocional al responder una pregunta del cuestionario relacionado con la capacidad de desarrollar sus actividades diarias; la paciente se descompensó al reconocer las limitaciones para desarrollar sus actividades cotidianas dada la severidad de su patología; al respecto manifestó: “no pude seguir trabajando” “yo quisiera jugar y acompañar a mi hija de cinco añitos”, “no puedo ni hacer oficio, solo con barrer ya me siento agitada”; además expresó sentimientos de minusvalía al considerarse una carga para su familia.

Según la situación presentada, la intervención de enfermería se enfocó a la escucha activa permitiendo que la paciente expresara todas sus preocupaciones, resaltando la importancia de estar realizando actividades necesarias de autocuidado, demostrada con la asistencia regular a la (RC) donde obtendría

conocimientos y habilidades para restablecer en lo posible su estado de salud, y su desempeño en el rol familiar y laboral. A la paciente se le pidió que no siguiera respondiendo los instrumentos.

3.9.5 Quinta fase: análisis de la información e informe final

- Para el análisis de los datos socio-demográficos y clínicos se aplicó estadística descriptiva, con el fin de caracterizar la población objeto de esta investigación.
- Posteriormente se describieron las variables principales del estudio: la autoeficacia percibida y la agencia de autocuidados; se realizó un análisis según las variables: edad y género, así como la presentación de una recidiva de (CI).
- Para realizar el análisis estadístico de esta investigación se aplicó estadística no paramétrica, con el objetivo de describir la prueba de correlación entre la capacidad de agencia de autocuidados y el nivel de autoeficacia percibida.
- Finalmente se realizó el análisis de los resultados, la discusión, las conclusiones, recomendaciones y limitaciones del estudio.

3.10 Aspectos éticos legales

De acuerdo con el Artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 la presente investigación se encuentra clasificada como una investigación sin riesgo, dado que al corresponder a un estudio descriptivo correlacional, se emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de variables biológicas, fisiológicas,

sicológicas o sociales de los participantes del estudio, entre los que se consideran revisión de historias clínicas, entrevistas y cuestionarios.

Cabe destacar que la presente investigación no inició hasta obtener la aprobación por parte del comité de ética de la Facultad de Enfermería de La Universidad Nacional de Colombia, además de la autorización del Comité de Ética de la Institución Prestadora de Salud en la que se desarrolló el estudio: Clínica Medilaser S.A. Neiva.

Al ser una investigación realizada desde la disciplina de enfermería se tiene en cuenta la dimensión ética de la Ley 911 de 2004, la cual exhorta al enfermero a participar en procesos de investigación, y a salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos humanos como principio ético fundamental. Además de tener en cuenta las anteriores consideraciones, la presente investigación se basó en los siguientes principios y aspectos éticos:

- Nivel de seguridad: basado en el Artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993; este es un proyecto clasificado en “investigación sin riesgo”, al ser un estudio correlacional donde se buscó describir y encontrar una asociación entre los fenómenos por medio de datos obtenidos a través de cuestionarios, que en ningún momento cambiaron la conducta de las personas. Se propendió por el reconocimiento del nivel de riesgo; en el caso de que se presentara alguno, se hubiera suspendido el estudio.
- Principio de beneficencia y no maleficencia: los participantes del estudio fueron informados del propósito, procedimiento y en especial los beneficios que obtendrían al participar en el mismo. A corto plazo los beneficios se reflejaron en la posibilidad de expresar sus expectativas y la importancia para su salud del hecho de contribuir en un proceso investigativo. Asimismo, a largo plazo los beneficios corresponden a la contribución en la producción de nuevo conocimiento, que será socializado en la Institución Prestadora de

Salud seleccionada; es preciso mencionar que los beneficios para esta consisten en el reconocimiento que se genera al permitir el desarrollo de investigaciones allí, además del proceso de retroalimentación de los resultados que recibirá la institución.

- Principio de autonomía: para garantizar este principio, a los pacientes seleccionados y que cumplan los criterios de inclusión se les informó de manera clara la posibilidad de participar o no en el estudio; se respetó su capacidad de decisión, para eso se aplicó el consentimiento informado, donde se aclaró que su participación era voluntaria y que podían retirarse en el momento que desearan sin represalia alguna.
- Principio de privacidad y confidencialidad: los datos obtenidos a través de la aplicación de los instrumentos y la ficha socio-demográfica se limitaron a los objetivos del estudio, se manejó confidencialmente, se mantuvo siempre la intimidad. Se utilizó un sistema de codificación numérico para reemplazar nombres, manteniendo así el anonimato. La aplicación de los instrumentos fue de manera individual, las discusiones alrededor del proyecto conservaron la confidencialidad. Se les comunicó a los participantes que solo tendrían acceso a esta información el investigador, la directora de tesis y el asesor en estadística.
- Principio de veracidad: la información respecto al propósito del estudio que se brindó a los participantes fue verídica y comprobable; además, los datos obtenidos se conservan y divulgan con exactitud de los resultados, para esto se mantienen en un lugar seguro los datos físicos además de la creación de una base de datos en Excel, donde se pueden contrastar ambos si es necesario. Frente a la publicación de resultados esta se hace tanto para los resultados negativos como para los positivos.

- Consentimiento informado: es una herramienta que además de ser la autorización escrita en un documento, es una concertación donde el paciente recibió información verídica sobre objetivos, justificación, riesgos y beneficios del estudio; además de dejar claro la confidencialidad de su información, permitió al investigador responder a cualquier pregunta o aclaración de dudas acerca de su participación o del proyecto. Por medio de este, el paciente decidió de manera autónoma la participación en el estudio.
- Principio de justicia: este principio ético fue aplicado, pues al ser la muestra probabilística aleatoria simple todas las personas que cumplieron los criterios de inclusión tuvieron la misma probabilidad de participar en la investigación.
- Derechos de autor: para garantizar los derechos de autor se aplicaron las normas respectivas para citas y bibliografía, dándole a cada autor citado la protección de su obra. Por otra parte, los cuestionarios están autorizados por sus autores para ser utilizados en esta investigación, asegurando el cumplimiento de la Ley 23 de 1982 y el Acuerdo 035 de 2003.
- Consideraciones ambientales: el impacto ambiental de esta investigación es clasificado como mínimo, es decir, que no generó contaminación. De otra parte se acogen las políticas internacionales de compromiso con el uso responsable del papel.

Respecto a la información obtenida en este estudio será custodiada, se reservarán los datos y estos solo serán utilizados para fines académicos; los resultados obtenidos se socializarán en una reunión donde se presentarán los principales conocimientos aportados por la presente investigación a los usuarios que asisten al programa de rehabilitación cardiaca de la clínica Medilaser S.A. y en especial a los participantes en el estudio, quienes son los principales beneficiarios del mismo.

La información obtenida, así como el análisis de los resultados se divulgarán a la comunidad educativa en eventos académicos, científicos, y posteriormente será publicado un artículo en revistas científicas, manteniendo la confidencialidad de los participantes.

4 Resultados

Los participantes del estudio fueron seleccionados según los criterios de inclusión y de exclusión; a estos se le explicaron los objetivos, propósito, beneficios esperados y posibles riesgos de la investigación. Además se disiparon dudas mediante respuestas a inquietudes y preguntas que surgían antes, durante y después del diligenciamiento de los dos cuestionarios; seguidamente se confirmó su deseo de participar de manera voluntaria mediante la firma del consentimiento informado, así como la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier cuando así lo deseara.

Antes de iniciar la sesión de (RC) se aplicó de manera individual a cada participante los instrumentos: Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) y Escala de Autoeficacia General, junto con una ficha de datos socio-demográficos, clínicos y de factores de riesgo cardiovasculares.

El investigador estuvo presente durante el diligenciamiento de los instrumentos con el fin de brindar la ayuda necesaria a los participantes con dificultad para leer o entender, así como verificar que los instrumentos se encontraran completamente diligenciados.

Los datos recolectados se organizaron en una matriz creada en Microsoft Excel que permitió dar coherencia en el procesamiento; luego fueron exportados, procesados y analizados en el programa estadístico SPSS versión 22 de la Universidad Nacional de Colombia, a partir de estadísticas descriptivas

(frecuencias y proporciones) para las variables cualitativas, y medidas de tendencia central y medidas de dispersión para las variables cuantitativas.

Para estudiar la correlación entre variables numéricas se utilizó la correlación de Rho Spearman². y para la relación entre las distintas variables se utilizó el test de Kruskal Wallis³ en función de las categorías de las variables analizadas; en todos los casos se tuvo en cuenta un nivel de significación estadística cuando el valor ($p < 0,05$).

Teniendo en cuenta lo anterior, se presenta a continuación el análisis estadístico de los datos obtenidos en el siguiente orden:

El primer análisis corresponde a la caracterización de la muestra, donde se describen los datos socio-demográficos y los datos clínicos, en especial los factores de riesgos cardiovasculares de los sujetos del estudio.

En segundo lugar se describen las variables principales del estudio: la agencia de autocuidado y la autoeficacia percibida, analizadas según edad y género; así como también, la presentación de una recidiva de (CI).

En tercer lugar se realiza un análisis de la prueba de correlación entre agencia de autocuidados y autoeficacia percibida; además se realiza un análisis de correlación entre las anteriores variables con las variables de: edad, género y factores de riesgo cardiovasculares.

² Rho Spearman que corresponde a una medida de la correlación estadística no paramétrica para determinar la asociación entre dos variables aleatorias continuas según Polit & Hungler (2000).

³ Kruskal Wallis: prueba no para métrica que se usa para probar la diferencia entre tres o más grupos independientes con base en valores jerarquizados según Polit & Hungler (2000).

Durante el análisis de los datos recolectados en el presente estudio se presentan nuevas hipótesis propias del análisis estadístico, que no se habían relacionado en la formulación de la investigación.

4.1 Caracterización de la muestra

Tabla 4-1: Caracterización de la muestra según género.

Genero	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	43	70,5%
Femenino	18	29,5%
Total	61	100%

Fuente: bases de datos de la investigación asociación entre agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas que asisten a rehabilitación cardiaca Neiva 2016

La muestra objeto de estudio estuvo constituida por 61 personas, dentro de las cuales el (29,5%) perteneció al género femenino y el (70,5%) al género masculino, con una relación mujer/hombre de 1: 2,3; los datos anteriores concuerdan con las tasas de incidencias de (CI) en Colombia según género, que en mayor proporción están representadas en los hombres y son estos los que mantienen un mayor riesgo de desarrollar una (CI) en comparación con las mujeres, logrando para el 2014 una razón de tasa de incidencia hombre: mujer de 1: 1.74 , según el quinto informe carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia de acuerdo con el Observatorio Nacional de Salud (2015).

Esta razón de tasas de incidencia para (CI) mayor en hombres, se podría explicar en la forma en que se presenta la sintomatología de la (CI) según el género. Para el caso de la mujer se presentan de manera atípica como sensación de cansancio inespecífico y molestias difusas en el tórax y el abdomen, la sensación de opresión torácica es menor que en los hombres; las mujeres demoran más en responder a

los síntomas según datos del Observatorio Nacional de Salud, (2015). Además, como lo describe Caldwell & Miaskowski (2000), la mujer tiende a restar importancia a sus síntomas, lo que condiciona su oportuno diagnóstico y por consiguiente se documentan en menor proporción el número de registros en la atención médica. En consecuencia, de acuerdo con Mehta, et al. (2016), las mujeres reciben menos terapias de re-perfusión y menos procedimientos de revascularización, así como menos esfuerzos en prevención secundaria como es el caso de la (RC), lo que conlleva a empeorar el pronóstico.

Tabla 4-2: Caracterización de la muestra según edad.

Rangos de edad	Frecuencia	Porcentaje
40-60 años	17	27,9%
61-80 años	43	70,4%
81 y mas	1	1.66%
Total	61	100%

Fuente: bases de datos de la investigación asociación entre agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas que asisten a rehabilitación cardiaca Neiva 2016.

La media de edad para ambos sexos fue de 65,9 años (de $\pm 9,1$ años) con una edad mínima de 43 años y una edad máxima de 86 años. Se puede observar que la mayoría de las personas se encuentran ubicadas en un rango de edad entre los 61-80 años (70,4%), seguido del grupo de 40-60 años con 27,9%, y un participante con 86 años (1.66%). Al presentarse un solo participante de más de 80 años, los posteriores análisis estadísticos se realizaron agrupando este participante con los pacientes con rango de edad entre 60 a 80 años.

Los anteriores datos concuerdan con la incidencia de (CI) presentada en Colombia en el año 2014, según el quinto informe de la carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia del

Observatorio Nacional de Salud (2015), en donde reporta que el grupo etario que presentó mayor número de casos nuevos (CI) fue el comprendido entre 61-80 años con una tasa de incidencia de 14.377 por 100.000 habitantes, seguido por el grupo etario de 40-60 años donde la incidencia es de 4.091 por 100.000 habitantes.

La mayor incidencia de (CI) en los grupos etarios de mayor edad, se podría explicar según el mismo informe por el mayor tiempo de exposición de los individuos a factores de riesgo cardiovasculares.

Otra circunstancia que explica en cierta medida el aumento de los índices de (CI) es el aumento en la esperanza de vida de la población, afectando especialmente a los adultos mayores de 45 años y a la sobrevivencia de estos pacientes, gracias a los avances en el tratamiento precoz, según Loásiga et al. (2008). Lo anterior se traduce en una leve reducción de las tasas de mortalidad por esta causa, en donde puntualmente este informe reportó una disminución en la tasa de mortalidad, las cuales pasaron de 67,6 por 100.000 habitantes en el 2010 a 66,3 en el 2014.

Tabla 4-3: Caracterización de la muestra según lugar de residencia.

Ciudad	Frecuencia	Porcentaje
Neiva	51	83,6%
Otros municipios	10	16.3%
Total	61	100%

Fuente: bases de datos de la investigación asociación entre agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas que asisten a rehabilitación cardíaca Neiva 2016.

Gran parte de los pacientes del estudio residían en el municipio de Neiva (83,6%) donde se ubica el programa de (RC) en el que se desarrolló el estudio, mientras que el (16,3%) restante residía en otros municipios y se trasladaba hasta la ciudad

de Neiva los días correspondientes para cumplir con la fase II de su (RC); esta condición traduce un factor negativo para los participantes que no residían en la ciudad de Neiva. Según Guzmán, Estrada, Tejada, & Crespo (2010) y Sánchez, et al. (2016), se establece una barrera al tener que desplazarse largas distancias para asistir al programa de (RC); esta situación podría explicar en cierta medida la deserción prematura de aproximadamente el 50% de los pacientes que ingresan al programa, según Corotto et al. Citado por Sánchez et al. (2016).

Tabla 4-4: Descripción de la muestra en frecuencias y porcentaje según grado de escolaridad.

Escolaridad	Frecuencia	Total
Primaria Incompleta	10	16,4%
Primaria Completa	10	16,4%
Secundaria Incompleta	7	11,5%
Secundaria Completa	14	23%
Técnico	5	8,2%
profesional	15	24,5%
Total	61	100%

Fuente: bases de datos de la investigación asociación entre agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas que asisten a rehabilitación cardiaca Neiva 2016.

Se destaca que solo el (55.7%) de los participantes tienen un adecuado nivel de escolaridad conformado por los siguientes porcentajes: secundaria completa (23%), técnico (8.2%) y profesional (24.5%); se debe tener en cuenta que el (44.3%) de la población en estudio tenía un nivel bajo de educación entre primaria incompleta (16.2%), primaria (16.2%) y secundaria incompleta (11.5%). Debe considerarse que la mayoría de la población de este estudio se encuentra en un grupo etareo de mayores de 61 años, estas personas presentan menor nivel educativo dado que el aumento de la cobertura de educación en Colombia se ha

presentado de manera gradual durante las últimas décadas, según Ramírez & Téllez (2006).

Un bajo nivel educativo corresponde a un factor básico condicionante que afecta el desarrollo, la calidad y el nivel de agencia de autocuidado según Fernández & Manrique-abril (2011); este es un aspecto negativo interpretado como una barrera para el entendimiento de las instrucciones y recomendaciones dadas por el personal de salud, dificulta la comprensión de la educación y compromete la toma de decisiones. Por su parte, Guzmán, et al. (2010); Sánchez, et al. (2016) y Salcedo & Gómez (2014) afirman que un nivel educativo bajo representa un grado de riesgo en los pacientes de no generar comportamientos de auto-cuidado o dificulta el mantener dichos comportamientos.

Tabla 4-5: Distribución de la muestra por frecuencia y porcentaje de la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud.

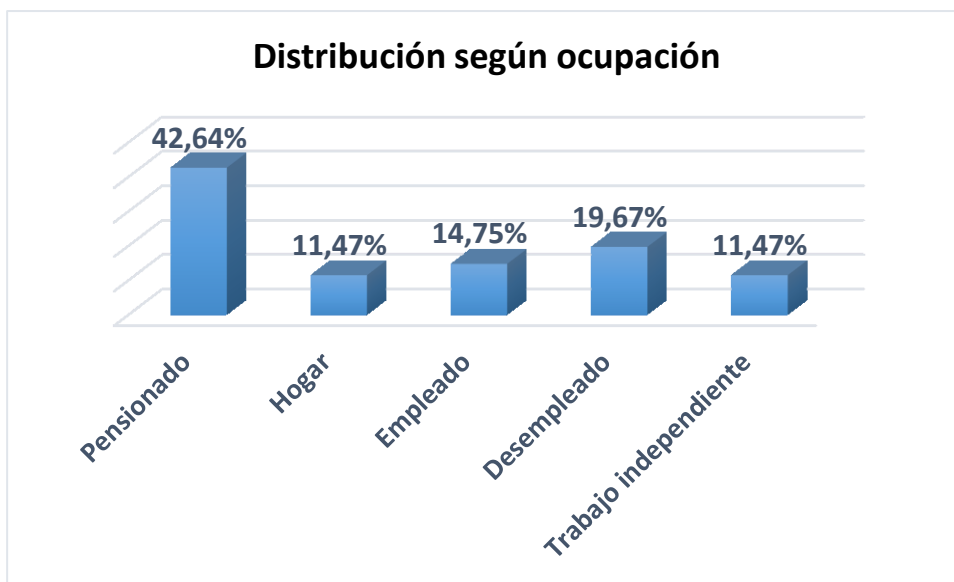
Afiliación al SGSSS	Frecuencia	Porcentaje
Régimen contributivo	49	80.34%
Régimen subsidiado	9	14.75%
Otro (régimen especial)	3	4.91%
Total	61	100%

Fuente: bases de datos de la investigación asociación entre agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas que asisten a rehabilitación cardíaca Neiva 2016.

El (80.34 %) de los participantes se encontraban afiliados al régimen contributivo; a la vez se encontraron 3 personas (4.91%) afiliadas a régimen especial: dos pertenecientes al Magisterio y uno servidor público de Ecopetrol; tan solo el (4.91%) pertenecía el régimen subsidiado. Estos datos están relacionados con la ocupación de los participantes documentada en el estudio, en su mayoría la muestra correspondió a pacientes con empleo, independientes y pensionados que

disponían de capacidad de pago para pertenecer al régimen contributivo; no obstante, el 100% de la muestra tuvo accesibilidad a los servicios de salud y en el presente caso a los servicios de (RC) independientemente al régimen a que se encontraran afiliados los participantes.

Figura 4-1: Distribución porcentual de la muestra según ocupación.



Fuente: bases de datos de la investigación asociación entre agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas que asisten a rehabilitación cardiaca Neiva 2016.

Respecto a la ocupación de las participantes en el estudio, la mayoría (42,6%) eran pensionados, seguido por el (14,75%) de los participantes quienes eran empleados; las categorías hogar (ama de casa) y trabajador independiente representan el (11,5%) cada una, seguido del (19%) de participantes desempleados.

El alto grado de desocupación que muestra el estudio sumado al alto porcentaje de pacientes pensionados (retirados laboralmente), podría estar explicado de una

parte por la edad de jubilación y de otra por la sintomatología incapacitante de las (CI) en su fase aguda, según Gutiérrez, Druyet, Oramas, & Véliz (2010); y la recuperación al estado pre-mórbido, que se logra en un proceso lento que afecta el desempeño laboral de los pacientes, según Navas, Lugo, & Ortiz (2011); Guzman, et al. (2010). Otro aspecto a tenerse en cuenta es la naturaleza propia de la (CI), según Rivera (2008) el paciente se percibe discapacitado y se comporta de esa manera.

Tabla 4-6: Análisis del peso, talla e Índice de Masa Corporal (IMC) de los participantes.

Análisis del peso, talla e Índice de Masa Corporal (IMC)									
Variable	Media	IC 95%		Mediana	Varianza	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	Rango
		Límite inferior	Límite superior						
PESO	74,7	71,8	77,6	73,0	129,3	11,4	47	110	63,0
TALLA	1,7	1,6	1,7	1,7	0,0	0,1	1,5	1,9	0,4
IMC	27,2	26,3	28,1	26,5	12,7	3,6	19,6	38,1	18,5

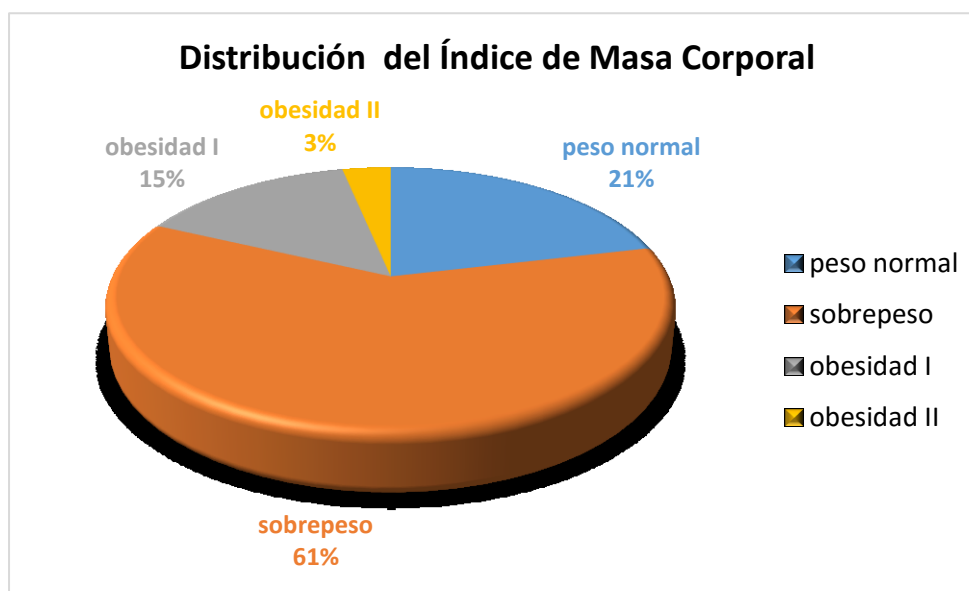
Fuente: bases de datos de la investigación asociación entre agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas que asisten a rehabilitación cardiaca Neiva 2016.

A partir de los resultados de medición del peso y la talla, se aplicó el Índice de Masa Corporal (IMC) para clasificar el peso de los participantes del estudio, se encontró que el peso medio de los pacientes fue de $(74,7 \pm 11,4 \text{ Kg})$, la talla media fue de $1,7 \pm 0,1 \text{ m}$, con un (IMC) medio de $(27,2 \pm 3,6 \text{ Kg/m}^2)$, el índice de masa corporal mínimo de los participantes fue de (19,6) y el índice de masa corporal máximo arrojado fue de (38,1).

Las anteriores cifras concuerdan con los datos reportados por el Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia 2015, publicado por el Ministerio de Salud y Protección Social (2016), donde resaltan un importante incremento del 20% en la prevalencia de obesidad en la población entre 18 y 64 años que pasó en 2005 de 13,70 casos por cada 100 personas a 16,50 casos para el año 2010.

La presentación de altos porcentajes de participantes con sobre peso se puede interpretar como una insatisfacción de los requisitos de autocuidado de tipo universal específicamente: ‘el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo’ y ‘la ingesta de alimentos suficiente”, que en este caso sería una dieta balanceada para lograr que la persona alcance su peso ideal.

Figura 4-2: Distribución porcentual del Índice de Masa Corporal calculado en la muestra.



Fuente: bases de datos de la investigación asociación entre agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas que asisten a rehabilitación cardiaca Neiva 2016.

Se documentó que los participantes presentaron tres categorías de clasificación de Índice de Masa Corporal de acuerdo con la OMS (2016): el (21%) de los participantes presentaron peso normal, el (61%) se encontraron en sobrepeso, en la tercera categoría el (15 %) presentaron obesidad tipo I y el (3%) corresponde a la categoría de obesidad tipo II.

En este sentido, se deduce que el (79%) de los encuestados presentaron exceso de peso, traducido en uno de los principales factores de riesgos cardiovasculares para enfermedades cardíacas isquémicas principalmente, según la OMS (2016). Este dato resulta valioso para orientar las estrategias educativas que se imparten en la fase II de la (RC), de acuerdo con Del Rio, Turro, Mesa & Mesa (2005), enfocadas en el entrenamiento físico continuo en el hogar, el manejo del peso corporal, la educación nutricional para la prevención de consumo energético de grasas.

Tabla 4-7: Distribución de la muestra por frecuencia y porcentaje de factores de riesgos cardiovasculares.

Análisis de factores de riesgo cardiovasculares		
Consume dieta balanceada	N	%
Si	21	34,4
No	40	65,6
Realiza actividad física (aparte de la realizada en la sesión de (RC))	N	%
Si	31	50,8
No	30	49,2
Tabaco	n	%
Si	6	9,8
No	25	41,0
Fumaba	30	49,2

Tabla 4.7 (continuación)

factores de riesgo		
Consumo de alcohol	n	%
Si	12	19,7
No	32	52,5
Ocasional	17	27,9
Se toma el tratamiento farmacológico según orden medica	n	%
Si	55	90,2
No	6	9,8
Asiste con regularidad al programa de rehabilitación cardiaca	n	%
Si	59	96,7
No	2	3,3

Fuente: bases de datos de la investigación asociación entre agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas que asisten a rehabilitación cardiaca Neiva 2016.

Como se puede apreciar, los principales factores de riesgo cardiovascular que reportaron los participantes del estudio correspondieron al (65.6%), quienes no consumían una dieta balanceada y al (49.2%) de los participantes que no realizaba ningún tipo de actividad física aparte de las realizadas en las sesiones de (RC), a pesar de que en estas se les recomendaba realizar actividad física de manera moderada, según la capacidad funcional de cada paciente; lo anterior podría explicar el importante número de pacientes hallados con exceso de peso (79%).

De igual manera, dentro de los datos relevantes respecto a factores de riesgo cardiovasculares se encontró que el (9.8 %) de los participantes eran fumadores activos al momento en que se realizó el estudio, pese a encontrarse en fase de recuperación de una (CI), siendo esta una de las principales recordaciones impartidas en el programa de (RC), donde se destaca que el tabaquismo es el principal factor de riesgos para desarrollar enfermedades cardiovasculares según datos de la OMS (2014). Además, como lo asegura Bello (2011) los fumadores viven en promedio 10 años menos que los no fumadores.

De igual forma, el (49.2%) de los participantes reportaron que habían sido fumadores, aspecto relevante para reducir los efectos nocivos del consumo de tabaco, especialmente en el sistema cardiovascular. Según Bello (2011) la acción de dejar el consumo de tabaco aumenta la expectativa de vida.

Por otro lado, en lo referente al consumo de alcohol, el (19.7%) de los participantes consumía alcohol regularmente y el (27.9%) consumía alcohol de manera ocasional; según datos de la OMS (2015), el consumo nocivo de alcohol es un importante factor de riesgo para desarrollar una enfermedad cardiovascular; estos datos fueron corroborados por Mostofsky, Chahal, Mukamal, Rimm, & Mittleman (2016), mediante un meta-análisis, a través del cual concluyen que el consumo de alcohol incrementa el riesgo de presentar un infarto agudo de miocardio o un accidente cerebrovascular a las pocas horas del consumo.

De otra parte, la gran mayoría (96,7%) de las pacientes asisten con regularidad al programa de (RC) y una gran proporción (90,2%) de los pacientes se toma el tratamiento farmacológico prescrito con regularidad; esto podría analizarse como un adecuado nivel de autoeficacia, interpretado como un compromiso que presentan los pacientes de llevar a cabo actividades para restablecer su salud después de padecer una (CI).

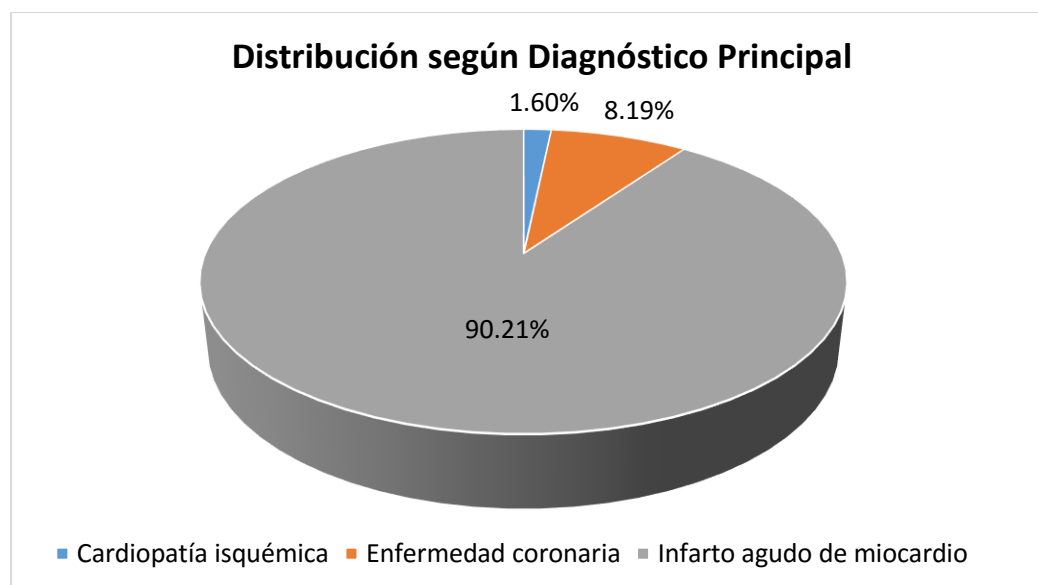
En ese orden de ideas, se puede concluir que los participantes del estudio presentaron los factores de riesgo más importantes según la OMS (2015) para desarrollar una (CI): una dieta malsana, la inactividad física, el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol. Estos factores de riesgo al ser de naturaleza modificable, corresponden a un pilar de la educación en salud Achury, et al.(2013); Rivera & Díaz. (2007); Bastidas (2007); Fernández & Manrique-abril. (2011).

Debe aclararse que la educación que se ofrece durante la (RC) responde a la necesidad de los usuarios de adquirir nuevos conocimientos y reforzar los existentes, para comprender la necesidad de controlar comportamientos lesivos

para su bienestar y poner en práctica acciones de auto-cuidado que propendan por la restauración de su salud.

Lo anterior se puede asociar al marco teórico de déficit de autocuidado, pues los pacientes con (CI) presentan altas demandas de cuidado en la fase aguda de la enfermedad y posteriormente en el periodo de recuperación deben desarrollar la capacidad de cuidarse a sí mismos, lo que hace necesario la búsqueda de conocimientos y habilidades para el desarrollo de la capacidad de llevar a cabo acciones de autocuidado (agencia de autocuidado), especialmente el control de los factores de riesgo modificables según Cisneros & Carrazana (2013), con el fin de restablecer su estado de bienestar y prevenir recidiva o nuevo episodio de la (CI) o complicaciones de la misma, según Guerra & Rivero (2010).

Figura 4-3 Distribución porcentual de la muestra según Diagnóstico Principal



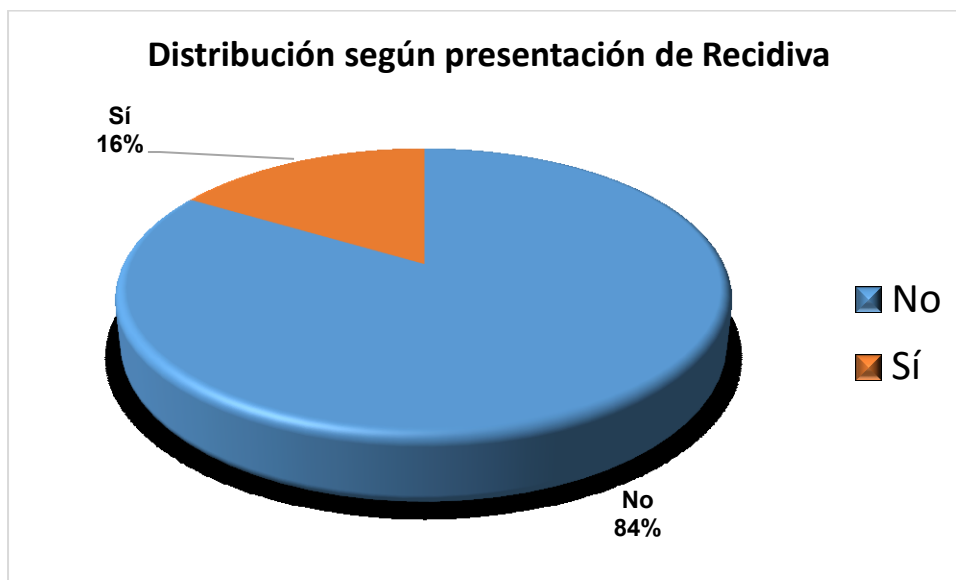
Fuente: bases de datos de la investigación asociación entre agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas que asisten a rehabilitación cardiaca Neiva 2016.

Respecto al diagnóstico principal de los participantes en el estudio, el mayor porcentaje corresponde a infarto agudo de miocardio (90,21%) que se constituye en la forma más seria de (CI) Gutiérrez, et. al., (2010); como se puede apreciar la gran mayoría de las pacientes experimentaron una experiencia desagradable debido a la sintomatología que produce isquemia de miocardio (dolor en el tórax con o sin irradiación a brazos, dorso, mandíbula o epigastrio; disnea, debilidad, diaforesis, náuseas, mareo o síncope, sensación de muerte inminente), en concordancia con lo establecido por la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular (2010), debido a la oclusión súbita de la arteria coronaria, como lo dice Fácila (2015).

El resto de pacientes con las categorías de enfermedad coronaria correspondieron al (8.19%) y cardiopatía isquémica con (1.6%); en estos participantes sus síntomas y signos clínicos de isquemia miocárdica fueron diagnosticados mediante exámenes complementarios a través del registro con cambios electrocardiográficos o evidencia imagenológica de la reducción de la permeabilidad coronaria, como lo dice la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular (2010). Por consiguiente, la experiencia de los síntomas de estos pacientes no fue tan severa respecto a los presentados por los pacientes diagnosticados con infarto agudo de miocardio.

Al tener en cuenta que la mayoría de participantes sintieron un episodio desagradable debido a la sintomatología súbita que produce isquemia de miocardio, esta experiencia vivida por los participantes podría influenciar en el desarrollo de su capacidad de agencia de autocuidado que según Taylor (2008) depende de las experiencias previas de los pacientes; de igual manera la vivencia de este tipo de síntomas, se convierte en sí misma en una fuente de capacidades de autoeficacia, específicamente la retroalimentación fisiológica, de acuerdo con Resnick B. (2003), Causada por el alto impacto de padecer una (CI).

Figura 4-4: Distribución porcentual de la muestra según presentación de Recidiva de un evento de Cardiopatía Isquémica.



Fuente: bases de datos de la investigación asociación entre agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas que asisten a rehabilitación cardiaca Neiva 2016.

El (16,4%) de los participantes en el estudio había presentado una recidiva, en pocas palabras han presentado más de un nuevo evento de (CI); debe tenerse en cuenta que presentar una (CI) es en sí mismo un factor de riesgo para presentar un nuevo episodio coronario. Guerra & Rivero (2010), resaltan que al menos el 30% de los pacientes que sobreviven a un primer infarto de miocardio podrían presentar un nuevo evento coronario en los cinco años siguientes.

Este porcentaje de pacientes (16.4%), al padecer un nuevo episodio y convalecencia de una (CI), además de enfrentar nuevamente la sintomatología característica, se enfrenta de nuevo a los procesos terapéuticos y quirúrgicos a que deben ser sometidos durante la atención en salud con el objetivo de restablecer la perfusión coronaria, de acuerdo con lo que afirma Clua, et al. (2012).

Estos autores mencionan que este escenario es de gran impacto para el paciente por el compromiso de la capacidad física y el consecuente deterioro de su calidad de vida; por tal motivo reviste mucha importancia en el sector salud, además por el aumento de los costos sanitarios por reingresos hospitalarios.

Esta situación de recidiva podría estar asociada con el alto número de participantes con exceso de peso, aunado a los factores de riesgo cardiovasculares que presentan los pacientes, especialmente alimentación adecuada e inactividad física; y aun estando en un proceso de recuperación de una (CI). Llama la atención que los participantes estaban asistiendo activamente al programa de (RC), donde unos de sus objetivos es la educación para control de factores de riesgo modificables, precisamente para prevenir complicaciones o repetición de un nuevo evento de (CI).

4.2 Descripción de agencia de autocuidado

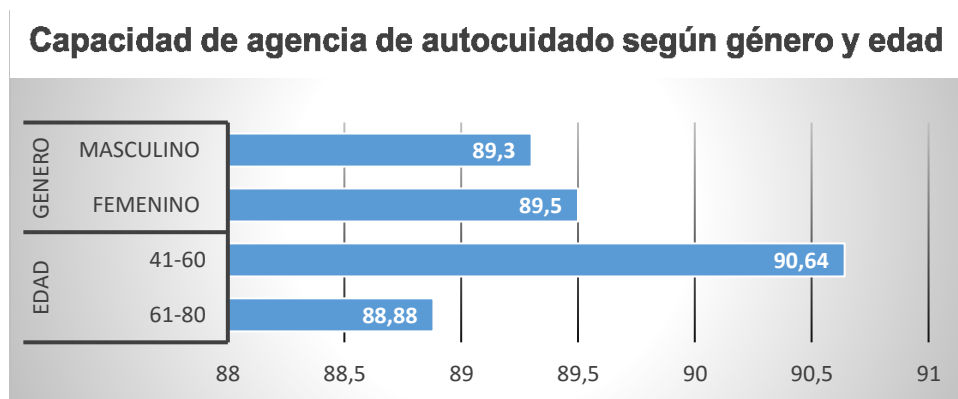
Tabla 4-8: Medidas de tendencia central y medidas de dispersión de Capacidad de Agencia de Autocuidado en participantes.

Capacidad de Agencia de Autocuidado							
Media	Mediana	moda	Varianza	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	Rango
89.37	90	91	16.60	4.07	79	96	17,0

Fuente: bases de datos de la investigación asociación entre agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas que asisten a rehabilitación cardiaca Neiva 2016.

La media documentada de capacidad de agencia de autocuidado en los participantes del estudio fue de (89.37); con una desviación estándar de (4.07). El resultado de menor puntuación fue de (79) puntos y la más alta de (96) puntos, con un rango de (17) puntos.

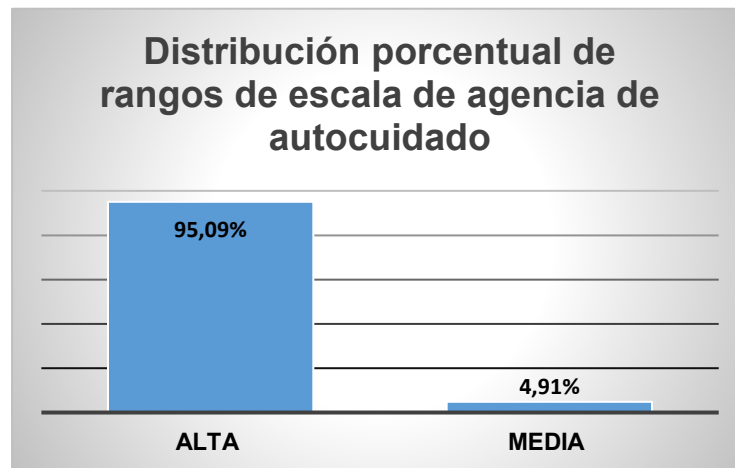
Figura 4-5: Medida de tendencia central (Media) de capacidad de agencia de autocuidado según género y edad en participantes



Fuente: bases de datos de la investigación asociación entre agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas que asisten a rehabilitación cardiaca Neiva 2016.

La media de autocuidado reportada en las mujeres fue ligeramente mayor (89,55) que en los Hombres (89,30), estos datos concuerdan con Rivera & Díaz (2007), quien documentó en personas con factores de riesgo cardiovascular que las mujeres presentan un nivel bueno de autocuidado; respecto a los rangos de edad, los participantes dentro del grupo etario de 40-60 años presentaron una media de agencia de auto-cuidado de (90,64), siendo superior a la reportada por el grupo de 61-80 años con (88,88). Espitia (2011), resalta un aumento en la variable edad, analizado como un factor condicionante que compromete el adecuado desarrollo del autocuidado y la agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial.

Figura 4-6: Distribución porcentual de rangos de escala de agencia de autocuidado en participantes



Fuente: bases de datos de la investigación asociación entre agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas que asisten a rehabilitación cardiaca Neiva 2016.

La mayor proporción de personas con (CI) que asisten a la fase II de programa de (RC) reportaron alta capacidad de agencia de autocuidado (95,09%) y el (4.91 %) restante de los participantes se ubicó en el rango de regular capacidad; no se presentaron pacientes con baja ni muy baja capacidad de agencia de autocuidado.

Los resultados de un nivel alto de capacidad de agencia de autocuidado reportados por los participantes del estudio, son similares a otras investigaciones en las cuales predominaron las respuestas referidas a buen nivel de capacidad de agencia de autocuidado, de acuerdo con lo dicho por Bastidas (2007) en pacientes con enfermedad coronaria; Arredondo (2009) documentó que los pacientes con falla cardiaca en su mayoría reportaban un nivel alto de agencia de autocuidado y Peñaloza (2004) obtuvo resultados similares de agencia de autocuidado en pacientes con hipertension arterial en la ciudad de Cúcuta.

No obstante, el nivel alto de agencia de autocuidado reportado por los pacientes con (CI) difiere de los resultados de otros estudios, en los que documentaron un

nivel regular de capacidad de agencia de autocuidado, como afirma Velandia & Rivera (2009) en pacientes con factores de riesgo cardiovascular y Espitia (2011) en pacientes con hipertensión arterial en la ciudad de Bogotá y Fernández & Manrique-abril (2011) en adultos mayores.

Las altas puntuaciones en la escala de capacidad de agencia de autocuidado que reportaron los participantes del estudio, podrían estar explicadas en primer lugar por el contexto de la (RC) en el que se llevó a cabo la investigación, ya que los objetivos de este programa no solo tienen que ver con la recuperación de la actividad física; de acuerdo con del Rio et al. (2005) la (RC) también tiene como propósito brindar actividades educativas al paciente respecto a su enfermedad.

Este autor insta a incentivar a los pacientes para que sigan las recomendaciones en la dieta, trabajar conrolar los factores de riesgo y su modificación, consumir regularmente medicamentos, realizar actividad física permitida y tener presentes los signos de alarma de su enfermedad para solicitar ayuda. Como se puede ver, este programa responde a la necesidad de conocimientos que tienen los pacientes con (CI) para poner en práctica acciones de autocuidado.

Tabla 4-9: Distribución por frecuencia y porcentaje por ítem de la escala de agencia de autocuidado en participantes

Capacidad de agencia de autocuidado	Nunca		Casi Nunca		Casi Siempre		Siempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantenerme con salud.	0	0,00	0	0,00	1	1,64	60	98,36
2. Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.	0	0,00	1	1,64	4	6,56	56	91,80
3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.	0	0,00	1	1,64	14	22,95	46	75,41
4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.	1	1,64	0	0,00	1	1,64	59	96,72
5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.	0	0,00	1	1,64	1	1,64	59	96,72
6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.	2	3,28	10	16,39	12	19,67	37	60,66
7. Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.	5	8,20	8	13,11	20	32,79	28	45,90
8. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.	1	1,64	0	0,00	4	6,56	56	91,80
9. Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios.	3	4,92	4	6,56	9	14,75	45	73,77
10. Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser.	3	4,92	4	6,56	13	21,31	41	67,21
11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego a hacerlo.	2	3,28	13	21,31	8	13,11	38	62,30
12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre.	1	1,64	1	1,64	3	4,92	56	91,80
13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.	1	1,64	7	11,48	10	16,39	43	70,49
14. Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo.	1	1,64	2	3,28	0	0,00	58	95,08

Tabla 4-9: (Continuación)

capacidad de agencia de autocuidado	Nunca		Casi Nunca		Casi Siempre		Siempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%
15. Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.	5	8,20	3	4,92	7	11,48	46	75,41
16. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.	0	0,00	0	0,00	5	8,20	56	91,80
17. Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.	3	4,92	2	3,28	7	11,48	49	80,33
18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.	0	0,00	1	1,64	5	8,20	55	90,16
19. Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.	1	1,64	0	0,00	4	6,56	56	91,80
20. Debido a mis preocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.	3	4,92	6	9,84	13	21,31	39	63,93
21. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.	0	0,00	1	1,64	2	3,28	58	95,08
22. Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.	0	0,00	0	0,00	1	1,64	60	98,36
23. Puedo sacar tiempo para mí.	1	1,64	1	1,64	11	18,03	48	78,69
24. A pesar de mis limitaciones para movilizarme, soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.	0	0,00	4	6,56	10	16,39	47	77,05

Fuente: bases de datos de la investigación asociación entre agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas que asisten a rehabilitación cardiaca Neiva 2016.

Al realizar el análisis por los ítems que presentaron mayor porcentaje, se encontró que las capacidades o habilidades con mayores puntuaciones que reportaron los pacientes con (CI) y que asisten al programa de (RC) son las siguientes:

- Ítem 22 (98.36%), la capacidad de buscar ayuda cuando no pueden realizar por sí mismos acciones de autocuidado.
- Ítem 1 (98.36%), la capacidad de realizar ajustes para adaptarse a los cambios y de esta manera preservar su estado de salud.
- Ítem 5, la capacidad de hacer en primer lugar lo necesario para mantener su salud e ítem 4, mantener limpio el ambiente donde se vive, con (96,72 %) respectivamente.
- Ítem 21, la capacidad de buscar información cuando se altera su estado de salud, así como ítem 14, pedir explicación de lo que no entiende cuando está recibiendo la información, con (95.08%) cada ítem.
- Ítem 19 y 2, la capacidad de evaluar la efectividad de sus acciones para mantener su salud con (93.44%), respectivamente.

Del análisis de los anteriores ítems de mayores porcentajes de la escala de capacidad de agencia de autocuidado (ASA), se puede apreciar que los pacientes con (CI) que asisten al programa de (RC) han desarrollado habilidades y capacidades para enfrentar el estado de alteración de su salud y bienestar que causa una (CI); así mismo desarrollan acciones necesarias para satisfacer sus requisitos de autocuidado frente a los problemas de la salud que viven, confirmando los planteamientos teóricos de Orem (1995).

Por lo anterior queda demostrando que los anteriores resultados se relacionan con la teoría del autocuidado, pues según lo reportado por los participantes, ellos desarrollaron las habilidades de buscar asistencia médica segura, seguir una terapia y tomar regularmente medicamentos, aceptar una nueva condición corporal tras padecer una (CI), así como llevar a cabo acciones de autocuidado necesarias

para fortalecer el auto-concepto o aprender a vivir con la patología, en concordancia con López & Guerrero (2006) y Taylor (2008).

Igualmente se pueden asociar las capacidades que reportan mayor puntaje con los componentes de poder de agencia de autocuidado, los cuales han desarrollado los pacientes con (CI) para comprometerse con su propio cuidado, como lo dice Espitia (2011), por ejemplo, la capacidad de hacer en primer lugar lo necesario para mantener su salud y mantener limpio el ambiente donde se vive, refleja el componente de poder mantener máxima atención hacia sí mismo como agente de autocuidado y vigilancia de los factores internos y externos.

La capacidad de buscar ayuda cuando no pueden realizar por sí mismos acciones de autocuidado, refleja cómo el individuo aplica las habilidades cognoscitivas, perceptuales y de comunicación interpersonal; el individuo es consciente de su estado mórbido por una enfermedad de gran impacto como son las (CI), por consiguiente el paciente acepta cambios en su auto-concepto y autoimagen, entiende los cambios en su desempeño y establece comunicación con el propósito de obtener apoyo para satisfacer sus cuidados; cuando se presenta una situación donde no los puede realizar por sí mismo, en el caso de los pacientes con (CI) debe buscar atención médica especializada.

Caso similar se presenta con las capacidades de los pacientes cardiopatas de buscar información cuando se altera su estado de salud, así como pedir explicación de lo que no entienden durante su atención. Los pacientes con (CI) demandan un importante grado de conocimiento dados los ajustes que deben realizar en su vida diaria para prevenir posibles complicaciones de su enfermedad o presentación de un nuevo episodio de la misma; esta habilidad queda demostrada en la asistencia al programa de (RC), donde los pacientes con (CI) satisfacen su necesidad de adquirir nuevos conocimientos y habilidades para llevarlos a la práctica mediante acciones de auto-cuidado.

Asimismo, se resalta la habilidad que han desarrollado los participantes de evaluar la efectividad de las acciones de auto-cuidado llevadas a cabo para recuperar su estado de salud; lo anterior manifiesta la capacidad que tienen los participantes del estudio para deducir si la energía y atención aplicadas en las acciones de auto-cuidado cumplen sus objetivos para recuperarse de su estado de alteración de salud.

Las capacidades reflejadas en los ítems de la escala ASA con menor puntuación, y que en ese sentido expresan los requisitos de autocuidado de desviación de la salud que los pacientes con (CI) no han suplido de manera adecuada, se relacionan a continuación:

- Ítem 6, contar con las fuerzas necesarias para cuidarse como debe.
- Ítem 7, tener la capacidad de buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.
- ítem 9, capacidad de realizar cambios en los hábitos alimenticios para mantener el peso que le corresponde.
- ítem 11, poder hacer actividad física y descansar un poco durante el día.
- ítem 20, capacidad de sacar tiempo para cuidarme a pesar de las preocupaciones diarias.

De igual manera, los anteriores resultados de puntuación baja corresponden a los componentes de poder que no han desarrollado de manera adecuada los pacientes con (CI), en concordancia con Orem (1995).

En cuanto a la baja capacidad de contar con las fuerzas necesarias para cuidarse como deben y el poder hacer actividad física y descansar un poco durante el día, lo anterior está reflejado en el alto porcentaje de sobrepeso presentado en los participantes del estudio; además debe tenerse en cuenta que la mayoría de los participantes se encontraban en un grupo etario de 61 a 80 años. Adicionalmente es preciso entender que la (CI) es una patología que compromete la capacidad

física de los pacientes, por consiguiente el componente de poder que no se ha desarrollado en estos pacientes corresponde al uso controlado de los movimientos corporales y de la energía física requerida para la iniciación y continuación de las operaciones de autocuidado.

Otro aspecto que llama la atención es la baja capacidad de los pacientes con (CI) de sacar tiempo necesario para cuidar de sí mismos a pesar de las preocupaciones diarias, además del poco desarrollo de las capacidades para buscar mejores formas de cuidar su salud, así como la de realizar cambios en los hábitos alimenticios para mantener el peso que le corresponde.

Lo anterior determina el bajo nivel de los componentes de poder de toma de decisiones para operacionalizar las actividades de auto-cuidado en estos aspectos, así como el poder de realizar e integrar estas acciones para cuidar de su propia salud; esto refleja la baja motivación que reportaron algunos participantes de llevar a cabo de forma consistente operaciones de autocuidado. En el caso de los participantes en el estudio queda evidenciado el número de pacientes que tenían exceso de peso, producto de la inactividad física y el consumo de una dieta no balanceada, que debe equilibrarse para controlar factores de riesgo cardiovasculares y prevenir complicaciones de la (CI) o repetición de un nuevo evento coronario.

El bajo desarrollo de los anteriores componentes de poder deja en manifiesto que además en los participantes del estudio se ven alteradas las capacidades de operaciones de autocuidado, especialmente las operaciones que implican hacer un juicio y tomar decisiones de las acciones que debe realizar cada individuo para satisfacer los requisitos de autocuidado; en el caso de los participantes del estudio, el control de factores de riesgo cardiovasculares modificables para prevenir complicaciones de la (CI).

En conclusión, el análisis por ítems de la escala de capacidad de agencia de autocuidado, respecto a los componentes de poder que se han desarrollado en menor medida, permite inferir que los requisitos de autocuidado en desviación del estado de salud que los pacientes con (CI) asistentes al programa de (RC) no satisfacen de manera adecuada, corresponden a ser conscientes de su necesidad de cumplir con las recomendaciones impartidas durante la (RC), con especial énfasis en la aplicación de cambios en su hábitos nocivos de salud, específicamente ejecutar acciones de autocuidado que mejoren su actividad física, reposo y control de peso, así como prevenir la ingesta de alcohol.

4.3 Descripción de autoeficacia

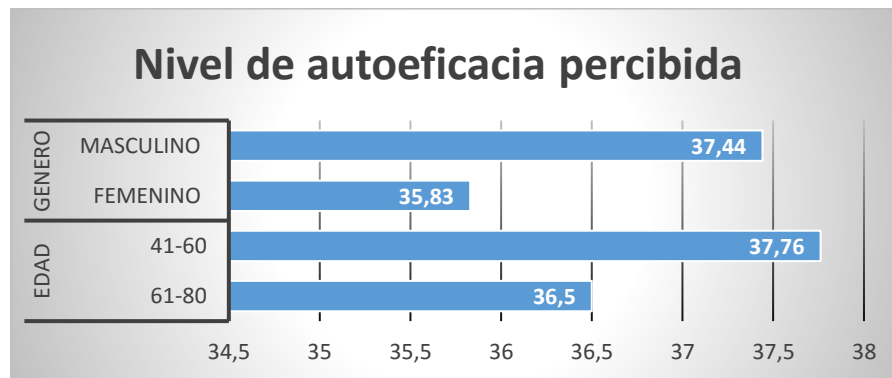
Tabla 4-10: Medidas de tendencia central y medidas de dispersión de nivel de Autoeficacia Percibida en participantes

Auto eficiencia						
Media	Mediana	Varianza	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	Rango
37	38	10,3	3,2	25	40	15

Fuente: bases de datos de la investigación Asociación entre agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas que asisten a rehabilitación cardiaca Neiva 2016.

La media documentada de auto-eficacia en los pacientes con (CI) fue de (37), con una desviación estándar de (3.2); el participante que reportó el resultado de menor puntuación fue de (25) puntos y el más alto de (40) puntos, siendo la máxima posible, con un rango de (17) puntos entre los valores mínimo y máximo.

Figura 4-7: Medida de tendencia central (Media) de nivel de autoeficacia según género y edad en participantes

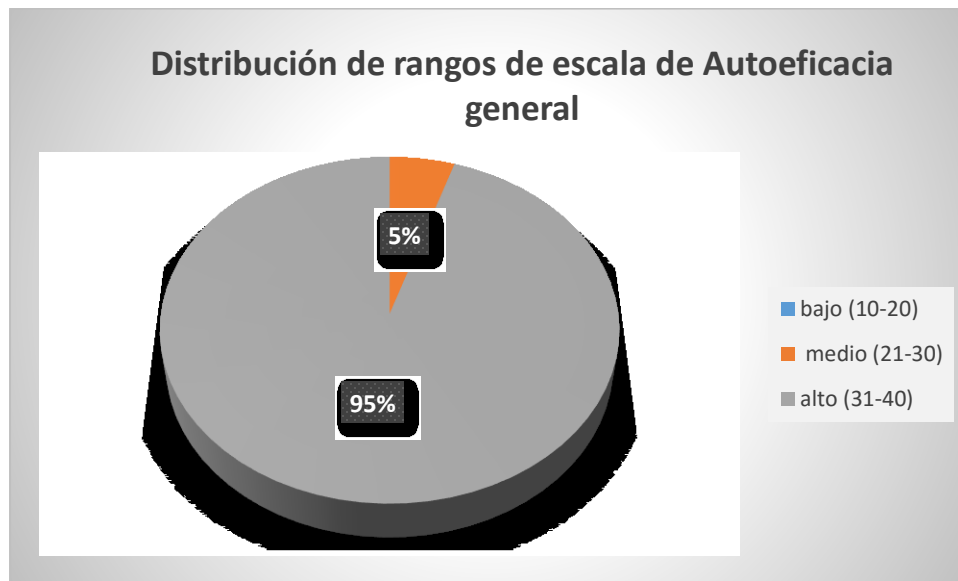


Fuente: bases de datos de la investigación Asociación entre agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas que asisten a rehabilitación cardiaca Neiva 2016.

La media de autoeficacia en hombres fue mayor (37,44) que en las mujeres (35,83), respecto a los rangos de edad, los participantes dentro del grupo etario de 40 - 60 años presentó una media de (37,76), siendo ligeramente superior al grupo de participantes de 61-80 años con (36,65).

Los anteriores resultados concuerdan con los hallazgos de Medina (2015), quien documenta que en las personas con infarto agudo de miocardio, no se encuentra diferencia significativa entre los rangos de edad y que las mujeres reportan un puntaje menor de autoeficacia que en lo hombres.

figura 4-8: Distribución porcentual de rangos de escala de Autoeficacia general en participantes



Fuente: bases de datos de la investigación Asociación entre agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas que asisten a rehabilitación cardíaca Neiva 2016.

Para el análisis de este estudio se categorizaron los resultados de la escala de autoeficacia puntaje bajo 10 a 20, puntaje media 21 a 30 y puntaje alto 31 a 40.

La mayor proporción de participantes con (CI) que asisten a la fase II del programa de (RC) reportaron puntaje alto de autoeficacia general (95%) y el (5) restante de los participantes presentó un nivel de autoeficacia media; no se presentaron pacientes en puntaje bajo.

El análisis de la anterior información permite fundamentar que un porcentaje de (95%) de las personas que se encuentra en fase de recuperación de una (CI) y que asisten al programa de (RC), cuentan con un rango alto en la escala de autoeficacia (media de 37), reflejando que los participantes del estudio poseen un adecuado desarrollo de las expectativas de autoeficacia, así como habilidades cognitivas

necesarias para emitir juicios sobre sus propias capacidades para llevar a cabo líneas de acción para transformar el ambiente, realizando cambios en su conducta, como lo expone Olaz (2001).

En el contexto de los participantes del estudio, estos resultados se traducen en la habilidad cognitiva que tienen los pacientes con (CI) de sentirse capaces de controlar su situación actual de alteración de salud, basados en la motivación y reconocimiento de sus destrezas, habilidades y capacidades para realizar cambios en su conducta, poniendo en práctica comportamientos para dar un manejo asertivo de autocuidado y de esta manera alcanzar el resultado esperado, que es la recuperación de su estado de bienestar.

Seguidamente, un total de (5%) de los participantes presentaron un nivel medio de auto-eficacia, demostrando que no cuentan con capacidades desarrolladas y fortalecidas a nivel de la escala de autoeficacia, reflejando un conocimiento básico de sí mismos, percibiendo como bajas sus capacidades y habilidades para afrontar los desafíos que se presentan con particularidad en el cuidado de su salud, específicamente realizar acciones que les permitan recuperar su estado de salud después de padecer una (CI).

Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Medina (2015), y Canales & Barra (2014), que reportaron un puntaje alto de autoeficacia en la mayoría de los sujetos estudiados, en pacientes post infarto agudo de miocardio, y en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, respectivamente. Estos autores documentan que un adecuado nivel de autoeficacia se relaciona con una mayor probabilidad de evaluar su salud como mejor, estar menos enfermos o depresivos, y recuperarse mejor y más rápidamente de las enfermedades, que las personas con baja autoeficacia.

Estos datos difieren a los resultados hallados por Santacruz (2013) en adolescentes gestantes y no gestantes quienes reportaron niveles bajos de autoeficacia sin encontrar diferencias entre estos dos grupos.

El gran porcentaje de participantes que reportaron un nivel alto de autoeficacia podría deberse a los pensamientos que tienen los pacientes con (CI) sobre sí mismos, las autopercepciones y los juicios que emiten sobre sus propias capacidades para alcanzar una meta, que en el contexto de este estudio consiste en la capacidad de obtener información y conocimiento para ejecutar acciones, con el objetivo de restablecer su estado de salud cardiovascular, en otras palabras cumplir con las recomendaciones impartidas en el programa de (RC) llevando a cabo acciones de auto-cuidado.

Se evidencia entonces cómo en lo anterior se relacionan los tres componentes que interaccionan en la teoría de autoeficacia: la persona, el comportamiento y el ambiente. Para Bandura (1977, 1982) el individuo, para el caso de la presente investigación, el paciente con (CI) emite un juicio sobre sus capacidades para realizar los cambios necesarios en su conducta, que le permitan concluir en acciones, en el contexto de los participantes del estudio, acciones de autocuidado para restablecer su estado de bienestar, como se citó en Resnick, (2003).

Adicionalmente, los pacientes con (CI) que asisten al programa de (RC) disponen de diferentes fuentes para verificar sus capacidades de autoeficacia, como lo es la retroalimentación fisiológica, de acuerdo con este último autor, causada por el impacto de padecer una (CI) dadas su sintomatologías; otra fuente corresponde a la experiencia vicaria, al observar e interactuar con otros pacientes cardiopatas que asisten al programa de (RC), buscando llevar con éxito conductas saludables, según del Río, et al., (2005).

También se debe considerar que en este programa se realiza una importante actividad educativa y se exhorta a los pacientes a llevar a cabo acciones de auto-cuidado para restablecer su estado de salud, como por ejemplo, control de factores de riesgos cardiovasculares modificables, realizar actividad física, dieta balanceada, eliminación del tabaquismo, adherencia al tratamiento farmacológico

y no farmacológico, identificación de signos de alarma para prevenir complicaciones de su (CI).

Tabla 4-11: Distribución por frecuencia y porcentaje por ítems de la escala autoeficacia general en participantes

Autoeficacia	Incorrecto		Apenas cierto		Más bien correcto		Cierto	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga.	1	1,64	4	6,56	10	16,39	46	75,41
2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.	0	0,00	2	3,28	1	1,64	52	85,25
3. Me es fácil persistir en lo que me propongo y alcanzar mis metas	0	0,00	1	1,64	13	21,31	47	77,05
4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.	0	0,00	2	3,28	11	18,03	47	77,05
5. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.	0	0,00	3	4,92	8	13,11	50	81,97
6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles	3	4,92	6	9,84	15	24,59	37	60,66
7. Venga lo que venga, porque por lo general soy capaz de manejarlo.	0	0,00	4	6,56	13	21,31	44	72,13
8. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.	1	1,64	1	1,64	12	19,67	47	77,05
9. Si me encuentro en una situación difícil generalmente se me ocurre que debo hacer	0	0,00	1	1,64	11	18,03	49	80,33
10. Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.	1	1,64	3	4,92	10	16,39	47	77,05

Fuente: bases de datos de la investigación asociación entre agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas que asisten a rehabilitación cardiaca Neiva 2016.

Al realizar el análisis de los ítems del instrumento que obtuvieron mayor porcentaje, es posible observar que la percepción que tiene la persona respecto de sus capacidades para manejar su recuperación de una (CI) muestra que han desarrollado importantes componentes para tener una adecuada autoeficacia:

- ítem 2 “Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente” con un (85.25%): Aunque los autores no describen en el instrumento se puede interpretar como motivación.
- ítem 5 “Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas” con (81.97%): Este ítem demuestra la el reconocimientos de las capacidades y habilidades de los participantes del estudio.
- Ítem 9 “Si me encuentro en una situación difícil generalmente se me ocurre que debo hacer”, (80.33%): Este ítem se relaciona con la confianza que sienten los participantes del estudio al enfrentar situaciones adversas como el hecho de padecer una (CI).

El análisis de los anteriores ítems demuestra que los pacientes con (CI) presentan un nivel adecuado de autoeficacia percibida, basada en la motivación, confianza y capacidades, que le permite a la persona emitir juicios acerca de la capacidad personal para realizar acciones necesarias para obtener un resultado deseado, de disponer de un control percibido sobre una determinada conducta a seguir, como lo dice Resnick (2003), para superar situaciones difíciles, en el caso de los participantes del estudio emitir un juicio y determinar qué tan capaces se siente de cumplir con acciones de autocuidado promovidas en la (RC), necesarias para alcanzar una adecuada su recuperación de una (CI).

Respecto a los ítems que obtuvieron menor proporción, se evidencia que el componente menos desarrollado por los participantes corresponde a:

- Ítem 6 “Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles”, con (60.66%).
- Ítem 7 “Venga lo que venga, porque por lo general soy capaz de manejarlo” con un (72.05%).

El análisis de los ítems que obtuvieron menor porcentaje, confirma que la autoeficacia percibida en pacientes con (CI), se puede ver afectada por algún factor de la reciprocidad triádica (persona-Comportamiento-ambiente) propuesta por Bandura (1977). En este caso el factor alterado corresponde al *Ambiente*, el cual afecta la ejecución de una actividad o conducta, como lo dijo este autor en 1982; la manera de enfrentar situaciones imprevistas se presenta de manera diferente y depende de la naturaleza y firmeza de las creencias preexistentes en cada individuo.

Lo anterior concuerda con las apreciaciones de Resnick (2003), quien advierte que las influencias del comportamiento, factores personales y ambientales no son iguales en todas las situaciones; la influencia de uno de estos factores puede ser más fuerte que la que tiene otros y estas influencias varían en el tiempo y en diferentes contextos.

Por consiguiente en el caso de los pacientes con (CI), a pesar de reportar ser capaces para emitir juicios sobre sus capacidades personales para trazar una línea de acción con el objetivo de alcanzar un resultado deseado, el factor ambiente se puede manifestar en situaciones de incertidumbre nunca antes vividas. En el contexto de los participantes del estudio, padecer una (CI) es una situación en la que experimentan síntomas desagradables de manera súbita, se ven sometidos a intervenciones invasivas para restablecer su salud de manera inmediata, además los pacientes enfrentan las necesidad de realizar acciones de cuidado de su propia

salud; esta situación es inquietante para los pacientes al no tener conocimientos previos sobre que conductas debe llevar a cabo para superar dicha situación.

Lo anterior demuestra que estos pacientes ante una situación desconocida no disponen de la principal fuente de información y conocimientos para desarrollar las expectativas de autoeficacia; según Bandura (1977) esto corresponde a la capacidad de identificar el rendimiento real de sus experiencias de éxito o dominio o logros de ejecución de una conducta realizada con anterioridad, que le proporcionan a la persona evidencia auténtica acerca de su capacidad para desarrollar con éxito tareas similares en el futuro.

Con lo anterior queda demostrada la importancia de conocer la necesidad que presentan los pacientes con (CI) de obtener información y conocimientos de cómo llevar a cabo acciones de autocuidado para recuperar su estado salud; podemos comprender que la fundamentación conceptual de la teoría de autoeficacia brinda a la enfermera herramientas como la persuasión verbal, no solo para brindar educación, sino también para generar en los pacientes la confianza necesaria para que desarrollen un nivel de autoeficacia necesaria, para que se sientan capaces de realizar los ajustes en la vida diaria y llevar a cabo acciones de autocuidados para superar el estado de alteración de la salud que significa padecer una (CI).

Podemos concluir que a esta necesidad que presentan los pacientes con (CI) de adquirir nuevos conocimientos y habilidades, el programa de (RC) responde mediante el enfoque de educación, en el que se entrega información sobre temas como: hábitos de vida saludables, control de factores de riesgo cardiovasculares, adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, con el objetivo de restablecer su estado de bienestar.

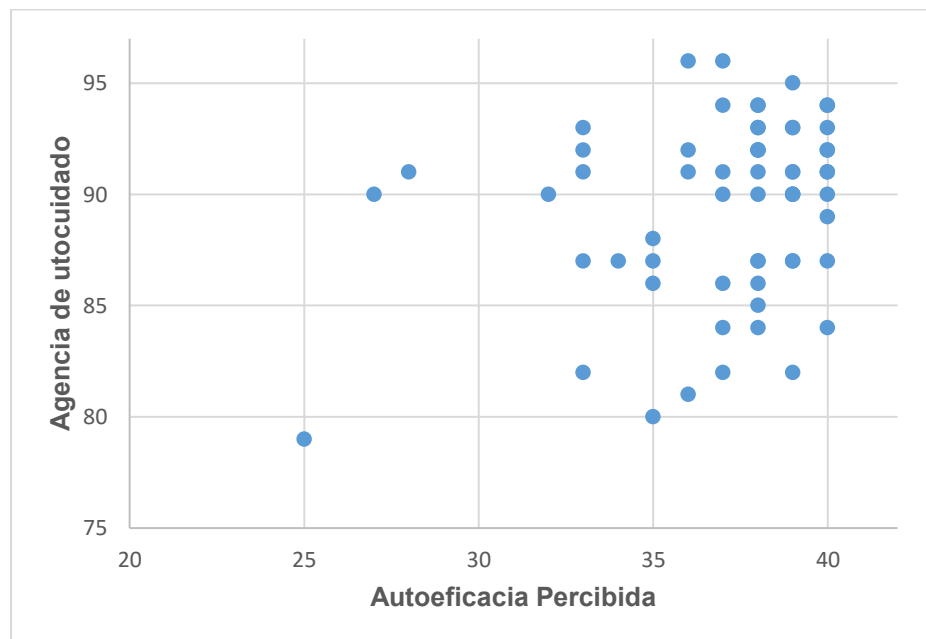
Además los pacientes con (CI) que ingresan al programa se ven beneficiados de la experiencia vicaria, en concordancia con lo expuesto por Bandura (1997), al observar a otras personas en condiciones similares con la capacidad de realizar

con éxito la misma actividad; esto puede infundirles confianza en su propia capacidad, observando a otros pacientes desarrollar eficazmente las recordaciones impartidas en el programa de (RC), de acuerdo con lo descrito por Recio (2015).

4.4 Análisis de correlación

A continuación se presentan los resultados de análisis de correlación; en primer lugar se describe la correlación entre las principales variables del estudio, la agencia de autocuidados y la autoeficacia percibida, posteriormente se presenta un análisis complementario para determinar posibles asociaciones entre las demás variables.

Figura 4-9: Diagrama de dispersión de la relación Agencia de Autocuidado y Autoeficacia Percibida en participantes



Fuente: bases de datos de la investigación asociación entre agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas que asisten a rehabilitación cardiaca Neiva 2016.

En el diagrama de dispersión de Polit & Hungler (2000) se aprecia la existencia de una correlación débil con leve tendencia positiva, entre la capacidad de agencia de

autocuidado y la autoeficacia percibida, reportadas en los pacientes con (CI) que asisten a la fase II del programa de (RC).

Tabla 4-12: Prueba de coeficiente de correlación entre agencia de autocuidado y autoeficacia en participantes

Correlación					
Rho Spearman	de	Autoeficacia	Coeficiente de correlación	Autoeficacia	Autocuidado
			Sig.	1	0,221069
			N	61	61
	Autocuidado	Coeficiente de correlación	0,221069	1	
		Sig.	0,043	.	
		N	61	61	

Fuente: bases de datos de la investigación asociación entre agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas que asisten a rehabilitación cardiaca Neiva 2016.

El cálculo del coeficiente de correlación de Spearman, presentado por Polit & Hungler (2000) aplica para determinar la correlación entra las dos principales variables del estudio, porque sus datos no tienen una distribución normal y además porque las variables son ordinales. Como resultado se obtuvo un coeficiente de correlación de ($r=0,221$), con un valor p menor que ($p<0,05$), demostrando una relación débil que tiende a ser positiva entre la capacidad de agencia de autocuidado y la autoeficacia percibida en personas con (CI) que asisten al programa de (RC).

Teniendo en cuenta el resultado se procede a rechazar la hipótesis nula planteada en la hipótesis de asociación.

H1: existe una relación significativa entre la capacidad de agencia del autocuidado y el nivel de autoeficacia percibida en los pacientes con (CI) que asisten a un programa de rehabilitación cardiaca.

Ho: no existe una relación significativa entre el nivel de capacidad de agencia del autocuidado y el nivel de autoeficacia percibida en los pacientes con CI que asisten a un programa de rehabilitación cardíaca.

Por consiguiente, se acepta que existe una relación débil que tiende a ser positiva y significativa estadísticamente entre la capacidad de agencia de autocuidado y la autoeficacia percibida.

Tabla 4-20: Análisis de Correlación Canónica entre la Agencia de Autocuidado y la Autoeficacia Percibida en participantes

Correlación canónica			
Función canónica	Correlación	Estadístico de Wilks	Sig.
1	0,879	0,001	0,039

Fuente: bases de datos de la investigación asociación entre agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas que asisten a rehabilitación cardíaca Neiva 2016.

Al realizar el análisis de correlación entre los ítems de cada instrumento como conjuntos de variables dependientes e independientes, a través de una **correlación canónica⁴**, los resultados en la primera función canónica fue de ($r_c=0.879$, $p<0.05$), lo que demuestra un grado fuerte de relación entre las variables que conforman los respectivos instrumentos de agencia de autocuidado y autoeficacia percibida, confirmando la relación que existe entre estos dos constructos a nivel teórico y empírico.

La prueba de correlación canónica es la técnica multivariada más general y su aporte radica en que analiza entre dos o más variables independientes y dos o más

variables dependientes, desde el punto de vista conceptual; puede considerarse como una extensión del análisis de regresión múltiple a más de una variable dependiente, como lo dice Polit & Hungler (2000).

El objetivo de la correlación canónica es cuantificar la validez de la relación, en este caso entre los dos conjuntos de variables (dependiente e independiente); además posee la capacidad para determinar las dimensiones independientes para cada conjunto de variables que produce la correlación máxima entre las dimensiones. De esta manera, la correlación canónica identifica la estructura óptima o la dimensionalidad de cada conjunto de variables, que maximiza la relación entre los conjuntos de variables dependientes e independientes, de acuerdo con Badii (2007).

Para cuantificar la validez de la relación de un conjunto de variables, el análisis de correlación canónica realiza ponderaciones para cada conjunto de variables criterio y variables predictoras, para que las combinaciones lineales de cada conjunto estén correlacionadas de forma máxima, según este autor; en el contexto del presente estudio al realizar un análisis de relación de los resultados ponderados de cada ítem de los instrumentos, el resultado nos confirma una correlación entre ambos conceptos estudiados, pero también nos indica que ambos instrumentos poseen ítems más relevantes que otros en cuanto a la valoración del respectivo fenómeno estudiado.

Resulta importante mencionar que los anteriores datos concuerdan con los resultados de otros estudios que establecieron asociación entre los constructos de autocuidado y autoeficacia, relacionados anteriormente en este estudio.

Se puede afirmar que la evidencia ha mostrado resultados que relacionan el autocuidado y la autoeficacia con grados de correlación entre estos constructos reportados en diferentes contextos y patologías, los cuales varían entre bajo y moderado, pese a que teóricamente se sustenta una relación.

Se resalta que el hallazgo de documentar un coeficiente de correlación de Rho de Spearman positivo de ($r = 0.221$, $p < 0.05$) confirmado mediante el análisis de correlación canónica de ($r_c = 0.879$, $p < 0.05$) entre la agencia de autocuidado y la autoeficacia percibida en personas con (CI), constituye un aporte significativo para la disciplina de enfermería, confirmando que la autoeficacia influye sobre el autocuidado; dato relevante para implementar cuidados de enfermería que incentiven la motivación, capacidades y confianza necesarias para promover a las personas como agentes capaces de ejecutar con éxito acciones de auto-cuidado.

4.4.1 Autocuidado, autoeficacia, variables socio-demográficas y factores de riesgo

Tabla 4-13: Correlación entre principales variables del estudio agencia de autocuidado respecto a variables socio-demográficas y de factores de riesgo en participantes

Correlación entre agencia de autocuidado respecto a variables socio-demográficas y de factores de riesgo								
TEST	Edad	Género	Recidiva	Tabaquismo	Actividad física	Dieta balanceada	Obesidad según IMC	Cumple con el tratamiento farmacológico
H de Kruskal-Wallis	2,9394	0,1011	3,4993	2,9275	0,1422	3,001	1.430	11,7054
Valor p	0,0864	0,7505	0,0614	0,2314	0,7061	0,0832	0.489	0,0006
N	61	61	61	61	61	61	61	61

Fuente: bases de datos de la investigación asociación entre agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas que asisten a rehabilitación cardiaca Neiva 2016

Como se puede apreciar el autocuidado no tuvo ninguna relación con las variables socio-demográficas y clínicas, excepto en un ítem, en el que presentó una diferencia importante con la variable de cumplir con el tratamiento farmacológico.

Tabla 4-14: Correlación entre agencia de autocuidado y Cumplimiento con el tratamiento farmacológico en participantes

Correlación entre agencia de autocuidado y Cumplimiento con el tratamiento farmacológico			
Cumple con el tratamiento farmacológico	Media	Varianza	Desviación típica
NO	83,1667	5,7667	2,4014
SI	90,0545	13,1636	3,6282

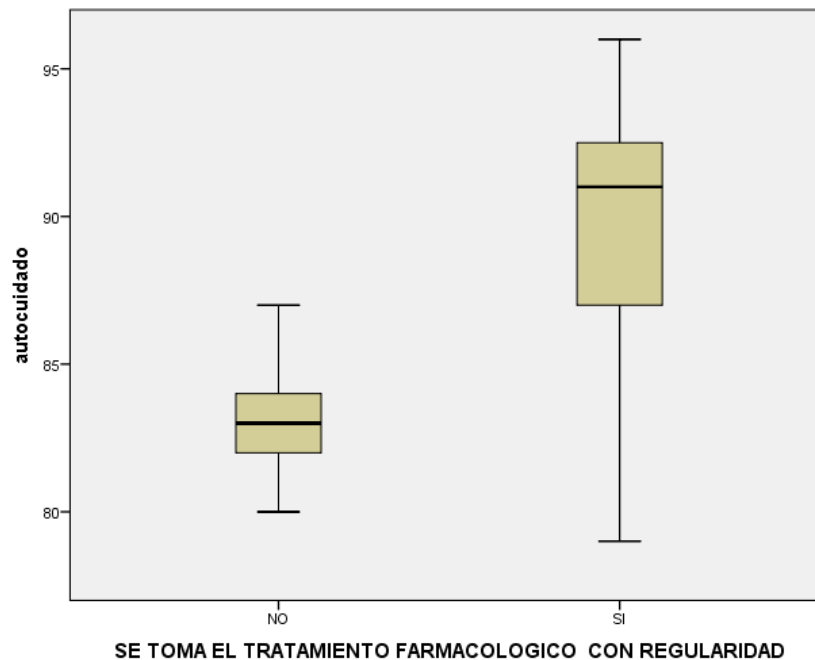
Fuente: bases de datos de la investigación asociación entre agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas que asisten a rehabilitación cardiaca Neiva 2016

Tabla 4-15: Prueba de hipótesis H de Kruskal-Wallis (equivalente a Chi cuadrado) en participantes

Autocuidado según el cumplimiento de tratamiento farmacológico indicado	
H de Kruskal-Wallis (equivalente a Chi cuadrado)=	11,7054
Grados de libertad=	1
Valor p=	0,0006

Fuente: bases de datos de la investigación asociación entre agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas que asisten a rehabilitación cardiaca Neiva 2016

Figura 4-10: Diagrama de cajas de autocuidado según el cumplimiento de tratamiento farmacológico indicado en participantes



Fuente: bases de datos de la investigación asociación entre agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas que asisten a rehabilitación cardiaca Neiva 2016.

De acuerdo a lo anterior, es posible identificar una relación positiva con un valor p menor de 0,05 ($p= 0,0006$) entre el autocuidado y la variable sí cumple con el tratamiento farmacológico indicado; se puede apreciar que más del 50% de las personas que sí cumplen con su tratamiento farmacológico prescrito, presentaron resultados de autocuidado por encima de 90 puntos. Al encontrar una relación entre el autocuidado y esta variable, que es uno de los componentes principales para comportamiento adherente según la OMS (2004), se encuentra concordancia con los resultados de Velandia & Rivera (2009), al determinar una asociación entre el autocuidado y la adherencia al tratamiento y el autocuidado en personas con factores de riesgo cardiovascular.

Tabla 4-16: Correlación entre autoeficacia y principales variables socio-demográficas y factores de riesgo en participantes

Correlación entre autoeficacia y principales variables socio-demográficas y factores de riesgo								
TEST	Edad	Genero	Recidiva	Tabaquismo	Actividad física	Dieta balanceada	Obesidad según IMC	Cumple con el tratamiento farmacológico
H de Kruskal-Wallis	3,423	0,8343	0,4911	7,6535	0,4138	0,1539	2,869	0,229
Valor p	0,0643	0,361	0,4834	0,0218	0,5201	0,6949	0,283	0,6323
N	61	61	61	61	61	61	61	61

Fuente: bases de datos de la investigación asociación entre agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas que asisten a rehabilitación cardiaca Neiva 2016.

Tal como se puede apreciar, el constructo de autoeficacia no mostró correlación con la mayoría de variables socio-demográficas y de factores de riesgo, excepto con el hábito de fumar.

Tabla 4-17: Correlación entra autoeficacia y hábito de fumar en participantes

Correlación entra autoeficacia y hábito de fumar			
Consumo de tabaco	Media	Varianza	Desviación típica
FUMABA	36,6333	8,3092	2,8826
NO	37,96	7,6233	2,761
SI	34,5	25,5	5,0498

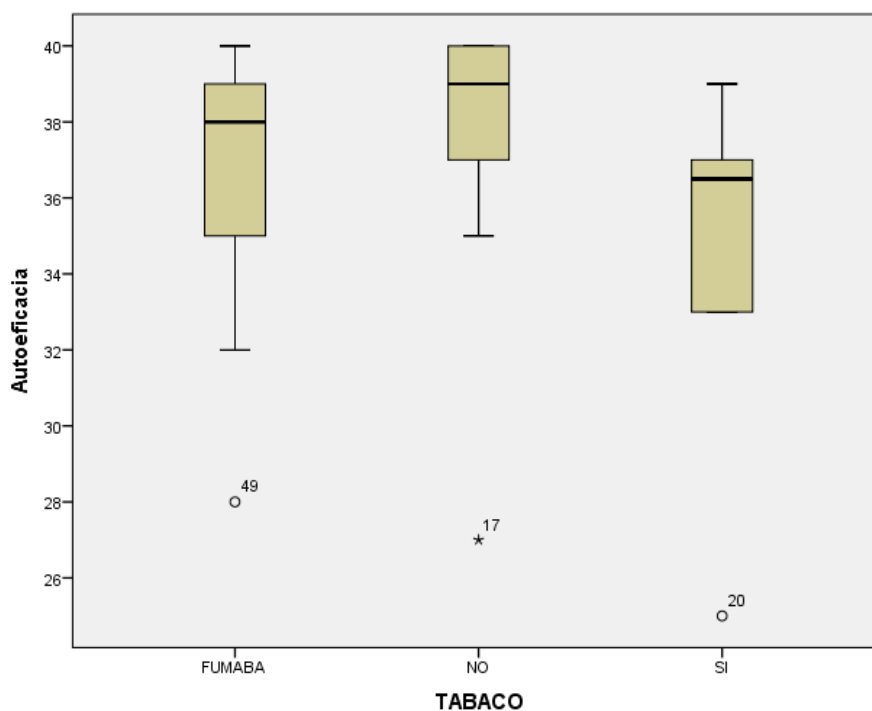
Fuente: bases de datos de la investigación asociación entre agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas que asisten a rehabilitación cardiaca Neiva 2016.

Tabla 4-18: Prueba de hipótesis H de Kruskal-Wallis (equivalente a Chi cuadrado) en participantes

Autoeficacia según el hábito de fumar	
H de Kruskal-Wallis=	7,6535
Grados de libertad=	2
Valor p=	0,0218

Fuente: bases de datos de la investigación asociación entre agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas que asisten a rehabilitación cardiaca Neiva 2016.

Figura 4-11 Diagrama de cajas de la autoeficacia según el hábito de fumar en participantes



Fuente: bases de datos de la investigación asociación entre agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas que asisten a rehabilitación cardiaca Neiva 2016.

Teniendo en cuenta lo anterior, se encontró una relación positiva con un valor p menor de 0,05 ($p= 0,0218$) al observar la diferencia en los puntajes de autoeficacia dependiendo del hábito de fumar; según el diagrama de caja, en estas dos variables se puede apreciar que las personas que no son fumadoras o que dejaron de fumar obtuvieron mayor puntaje en la escala de autoeficacia respecto a las personas que son fumadores activos.

Los anteriores resultados concuerdan con los hallados por Morales, Díaz, Garrido, & Pascual (2011), quien al investigar la autoeficacia y consumo de tabaco en estudiantes universitarios encontró que los estudiantes que fumaban a diario reportaron menos puntaje de autoeficacia; en consecuencia queda demostrado que los pacientes que tienen un mayor puntaje de autoeficacia, cuentan con habilidades cognitivas de modificar su conducta, en este caso llevando a cabo acciones de autocuidado necesarias para controlar el hábito de fumar y reducir este factor nocivo para su salud.

5 Conclusiones y recomendaciones

5.1 Conclusiones

En la descripción de variables socio-demográficas se documentó que la mayoría de participantes del estudio permite concluir que disponen de factores que favorecen una mayor posibilidad de comprender su patología, así como el objetivo del tratamiento farmacológico y no farmacológico, especialmente las acciones de autocuidado que se promueven en el programa de (RC) para restablecer su estado de salud.

Respecto a las variables clínicas, la mayor proporción de personas con una (CI) que asisten a (RC), presentan factores de riesgo cardiovascular, especialmente referido a sobrepeso y obesidad, no consumir una dieta balanceada, no realizar actividad física y el hábito de fumar. Se concluye que esta población presenta una alta probabilidad de desarrollar alguna complicación frente a la (CI), así como el riesgo de presentar un nuevo episodio cardiovascular; se resalta que (16.4%) de los participantes había presentado recidiva de un evento coronario.

Los participantes en su mayoría reportaron una buena capacidad de agencia de autocuidado con una media de (89,37), mientras que el restante de los participantes se ubicó en el rango de regular capacidad. Los ítems que presentaron mayor porcentaje de respuesta en la escala de capacidad de agencia de autocuidado fueron: la interacción social, bienestar personal, promoción del proceso y desarrollo personal; estos resultados permiten concluir que los pacientes con (CI) poseen la capacidad de tomar decisiones sobre su salud y de responsabilizarse de su propio

cuidado en los aspectos mencionados, desarrollando las habilidades de buscar asistencia médica segura, nuevos conocimientos, seguir una terapia y medicamentos, aceptar una nueva condición corporal tras padecer una (CI), para llevar a cabo acciones de autocuidado.

Los ítems de la escala de capacidad de agencia de autocuidado que reportaron menor porcentaje fueron: la actividad ocupacional relacionada con el tiempo y manejo del estrés, reposo relacionado con descanso y manejo del tiempo libre para cuidados en alimentación. En conclusión, algunos participantes del estudio no desarrollaron habilidades para llevar a cabo de forma consistente operaciones de autocuidado, en especial lo relacionado con realizar actividad física y cuidados en la alimentación, situación que se vio reflejada con la presentación de factores de riesgo cardiovasculares.

Esta situación amerita especial atención para la disciplina de enfermería, ya que identificar y comprender que los pacientes con (CI) no desarrollan de manera adecuada las habilidades del componente de poder de agencia de autocuidado correspondiente al uso controlado de los movimientos corporales y de la energía física requerida para la iniciación y continuación de las operaciones de autocuidado relacionadas con realizar actividad física y cuidados en la alimentación, permite a la enfermería direccionar estrategias que promuevan el autocuidado, para prevenir o controlar las complicaciones propias de la enfermedad cardiovascular isquémica.

La autoeficacia en la población estudiada presentó un puntaje alto con una media de (38), reflejando un adecuado manejo de sus capacidades cognitivas para emitir juicios sobre sus capacidades personales para alcanzar una meta propuesta. Los ítems de la escala de autoeficacia general que obtuvieron mayor porcentaje fueron los relacionados con la habilidad de resolver problemas difíciles si se esfuerzan lo suficiente, las cualidades y recursos para superar situaciones imprevistas y en el caso en que se encuentren en una situación difícil tener la capacidad de saber qué deben hacer; esto nos lleva a concluir que las personas con (CI) en general cuentan

con capacidades, motivaciones y la confianza necesaria para desarrollar un nivel alto de autoeficacia percibida, que les permiten emitir un juicio y determinar qué tan capaces se sienten de cumplir con acciones de autocuidados promovidos en la (RC) necesarias para alcanzar una adecuada recuperación de su estado de salud.

Los ítems de la escala de autoeficacia general que reportaron menor respuesta fueron: la habilidad de permanecer con tranquilidad al enfrentar dificultades y la capacidad de manejar cualquier situación; por lo anterior podemos inferir que los pacientes con (CI) a pesar de reportar ser capaces de emitir juicios sobre sus capacidades personales para trazar una línea de acción con el objetivo de alcanzar un resultado deseado, ante una situación crítica sobre su salud no tienen aún desarrolladas plenamente las habilidades de manejo de la misma y en consecuencia no se perciben como auto-eficaces en estos aspectos.

Padecer una (CI) enfrenta a las personas a una situación de la que no tienen conocimientos previos sobre qué conductas deben llevar a cabo para superar dicha situación. Se hace evidente en este estudio, la importancia de conocer el nivel de autoeficacia de los pacientes cardiopatas. Esto se relaciona con identificar la necesidad de obtener información, conocimientos e incentivar la confianza en las propias capacidades para llevar a cabo acciones de autocuidado que permitan recuperar el estado salud.

Al lograr identificar una relación positiva débil entre la capacidad de agencia de autocuidado y la autoeficacia percibida, se propicia un hallazgo significativo, por cuanto la relación teórica y empírica queda demostrada entre estos dos conceptos, afianzando la comprensión del manejo que dan las personas con (CI) a su propio bienestar, a partir de los juicios sobre las capacidades de cuidar de sí mismos respecto a su salud cardiovascular.

Se puede concluir que la relación que existe entre la agencia de autocuidado y la autoeficacia percibida en personas con (CI) que asisten a (RC), es positiva y este

resultado permite analizar la influencia que tiene el concepto de autoeficacia sobre el autocuidado. Este dato sienta las bases para orientar la práctica y los cuidados de enfermería en la atención de pacientes con (CI) basada en estas dos teorías.

La fundamentación conceptual de la teoría de autoeficacia y de autocuidado brinda a la enfermera herramientas que le permiten conocer la necesidad que presentan los pacientes con (CI) de obtener información y conocimientos, además de incentivar en los pacientes las capacidades, motivación y confianza necesarias para que desarrollen un nivel de autoeficacia adecuada, con el propósito de promover en las personas ser agentes capaces de realizar ajustes en la vida diaria y llevar con éxito conductas de autocuidado para superar el estado de alteración de la salud que significa padecer una (CI).

5.2 Recomendaciones y limitaciones

La comprensión de la interacción entre estas dos teorías que complementan y fortalecen los objetivos de programas existentes en prevención de la enfermedad y promoción de la salud, con adecuada adherencia al tratamiento integral de la salud, permite brindar un sustento teórico para la formulación de programas institucionales y políticas públicas que impacten en las capacidades personales y comportamiento de las personas frente a su propia salud, especialmente de quienes padecen cardiopatías isquémicas.

Para la disciplina de enfermería se recomienda dar continuidad a estudios e investigaciones que profundicen en la comprensión de la relación que se presenta entre el autocuidado y la autoeficacia en otros contextos de la salud.

De igual manera, se recomienda la ejecución de investigaciones experimentales que permitan valorar la efectividad de intervenir el constructo de autoeficacia, para fortalecer en las personas la capacidad de auto-cuidarse.

Para los profesionales de enfermería los resultados de este estudio permiten repensar la forma de brindar cuidados basados en las necesidades de nuevos conocimientos e incentivar las capacidades, motivaciones y confianza para poner en práctica acciones de autocuidado que poseen los pacientes al enfrentar una alteración de su estado de salud.

Se sugiere la creación de nuevos instrumentos de medición, con especial énfasis en el constructo de autoeficacia para el contexto de salud y específicamente para la salud cardiovascular en la población colombiana.

Para los autores de los instrumentos utilizados en el estudio, se recomienda evaluar los valores asignados las variables que conforman las escalas; a partir del análisis de correlación canónica, se aprecia que ambos instrumentos poseen ítems más relevantes que otros en cuanto a la valoración del respectivo fenómeno estudiado.

A la institución prestadora de salud donde se desarrolló el estudio se recomienda integrar una enfermera al programa de rehabilitación cardíaca que fortalezca la atención, promueva y fomente la confianza en las capacidades que poseen los pacientes para mejorar su capacidad de autocuidado.

Respecto al área de la docencia se recomienda que en los programas de formación de enfermería se fortalezcan desde el pregrado los conocimientos concernientes a la rehabilitación cardíaca, la importancia y relevancia de fortalecer el autocuidado y la auto-eficacia con intervenciones propias de enfermería.

Conjuntamente, desde la academia se recomienda fortalecer el conocimiento teórico del Autocuidado y su relación con otras teorías como la teoría de autoeficacia, para que los profesionales de enfermería tengan conocimientos y fundamentos teóricos para fortalecer los juicios, capacidades y confianza de los

pacientes con (CI) de llevar a cabo prácticas de autocuidado para prevenir complicaciones, y recuperar su estado de salud y de bienestar.

Como limitación del estudio se encontró un número importante de pacientes inscritos al programa de rehabilitación cardiaca con patologías cardiacas de tipo arritmogénicas, valvulares, y pacientes con insuficiencia cardiaca de origen valvular, que no se contemplaron en la investigación. Se deben realizar estudios que busquen analizar las relaciones que se presentan entre el autocuidado y la autoeficacia en este tipo de pacientes, para determinar si existen diferencias estadísticas entre el grado de relación en diferentes tipos de cardiopatías.

Respecto a las dificultades que se presentaron en el estudio, se encontró que el número de pacientes inscritos al programa de rehabilitación cardiaca en la institución disminuyó durante el tiempo en que se recolectó la información; el tiempo de desarrollo de la investigación coincidió con las festividades de la ciudad de Neiva, aunado a que las instalaciones donde se brinda el programa de rehabilitación cardiaca se ubican cerca de la vía donde se realizan los actos culturales de dichas festividades, por ende durante este tiempo cerraban las vías de acceso a la institución.

Lo anterior implicó un aumento en el tiempo de recolección de información, debido a la disminución del número de pacientes. Además con los nuevos pacientes disponibles se debían aplicar criterios de inclusión y someter los nuevos casos a aleatorización, lo que disminuía aún más el número de elegibles; adicionalmente se debe tener en cuenta que no todos los pacientes elegibles y aleatorizados aceptaron participar en el estudio, lo cual demoró un tiempo mayor de lo previsto la recolección de la información.

A. Anexo: Instrumento de capacidad de agencia autocuidado

Capacidad de agencia de autocuidado	Nunca	Casi Nunca	Casi Siempre	Siempre
1. A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantenerme con salud.	1	2	3	4
2. Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.	1	2	3	4
3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.	1	2	3	4
4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.	1	2	3	4
5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.	1	2	3	4
6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.	1	2	3	4
7. Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.	1	2	3	4
8. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.	1	2	3	4
9. Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios.	1	2	3	4
10. Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser	1	2	3	4
11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego a hacerlo.	1	2	3	4
12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre.	1	2	3	4
13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.	1	2	3	4
14. Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo.	1	2	3	4
15. Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.	1	2	3	4
16. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.	1	2	3	4
17. Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.	1	2	3	4
18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.	1	2	3	4
19. Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.	1	2	3	4
20. Debido a mis preocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.	1	2	3	4
21. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.	1	2	3	4
22. Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.	1	2	3	4
23. Puedo sacar tiempo para mí.	1	2	3	4
24. A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.	1	2	3	4

Fuente: Isemberg, Evers and cols. (1993).

Traducido al español por: Esther Gallegos

Adaptado a la población colombiana: Edilma Gutiérrez de Reales

B. Anexo: Escala de autoeficacia general

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

Fuente: Schwarser, Babler, Kwiatek, Schoder & Zhang (1997).

C. Anexo: Autorización de uso de escala ASA



Reinaldo Gutierrez Barreiro <rgutierrezb@unal.edu.co>

Autorización : solicitud de autorización para uso de escala ASA

1 mensaje

Edilma Gutierrez de Reales <egutierrezr@unal.edu.co>
Para: Reinaldo Gutierrez Barreiro <rgutierrezb@unal.edu.co>

15 de febrero de 2016, 8:18

Bogotá. D.C. 15 de Febrero de 2016

Estudiante

REINALDO GUTIERREZ BARREIRO

Maestría en Enfermería

Respetado Reinaldo:

Cordial saludo, al atender a su solicitud para utilizar el instrumento ASA (Evaluación de la agencia de autocuidado), me permito comunicarle que la versión de 24 ítems modificada en algunos ítems como resultado de una validez facial hecha hace algunos años y también en los criterios de la calificación de la escala que se ajustaron, previa consulta a la Dra. Esther Gallegos tiene plena autorización para seguir utilizándose como se ha hecho en varios estudios posteriores a las modificaciones mencionadas.

Atentamente,

EDILMA DE REALES

Profesora

D. Anexo: Autorización de uso público de escala de autoeficacia general, Schwarzer & Baessler (1996)

Everything you wanted to know about the
General Self-Efficacy Scale
but were afraid to ask
by Ralf Schwarzer, May 30, 2014

There is no other manual of the GSE. This is the only documentation. Don't send eMails asking for more!

There are currently scale versions adapted to 33 languages. See:
<http://userpage.fu-berlin.de/~health/selfscal.htm>

The purpose of this FAQ is to assist the users of the scales published at the author's web pages <http://www.ralfschwarzer.de/> Here you find lots of other resources.

Before attending to the questions below you might want to study our web pages. You might not have any questions after reading the web pages.

Do I need permission to use the general perceived self-efficacy (GSE) scale?

For a permission letter, see page 9. You do not need our explicit permission to utilize the scale in your research studies. We hereby grant you permission to use and reproduce the General Self-Efficacy Scale for your study, given that appropriate recognition of the source of the scale is made in the write-up of your study.

The main source is attached to this FAQ:

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor, England: NFER-NELSON.

An additional source for the German version is:

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (Eds.). (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen: Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Berlin: Freie Universität Berlin.

E. Anexo: Aval del comité de ética facultad de salud Universidad Nacional de Colombia

Unidad de Gestión de la Investigación
Facultad de Enfermería
Sede Bogotá



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Bogotá, 14 de junio de 2016

[AVAL-030 - 16]

Profesora
CLARA VIRGINIA CARO CASTILLO
Directora Posgrados Disciplinarios
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Respetada profesora, reciba un cordial saludo:

De manera atenta me permito informarle que el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería en sesión del 13 de junio Acta 9, se permite **dar aval** desde los aspectos éticos, al proyecto de investigación titulado **Asociación entre agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas que asisten a rehabilitación cardíaca**

Es importante resaltar que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, es un órgano asesor (Acuerdo No. 034 del 2007, Art. 18 del Consejo Superior Universitario) en los aspectos de la dimensión ética de la investigación y son los investigadores los responsables de dar cumplimiento a todos los principios éticos relacionados con la investigación durante su desarrollo.

Cordialmente,

(ORIGINAL FIRMADO POR)
YANIRA ASTRID RODRÍGUEZ H.
Presidenta Comité de Ética*
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia
* Delegada por la Decana

Copia: Ana Maritza Gómez – Director de Tesis
Reinaldo Gutiérrez Barreiro – Estudiante Maestría

G. Anexo: Consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA FACULTAD DE ENFERMERÍA

CLÍNICA MEDILASER NEIVA S.A.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
DE INVESTIGACIÓN**

Título: Asociación entre Agencia de Autocuidado y Autoeficacia Percibida en personas que asisten a un programa de Rehabilitación Cardíaca

Investigador: Reinaldo Gutiérrez Barreiro, estudiante de la Maestría en Enfermería con énfasis en Salud Cardiovascular de la Universidad Nacional de Colombia.

Objetivo del estudio: Lo estamos invitando a participar en este estudio, cuyo objetivo es describir y determinar la existencia de una asociación entre la Agencia de Autocuidado (capacidad de cuidarse a sí mismo) y Autoeficacia Percibida (reflexiones frente al cuidado de su salud) en personas que asisten a un programa de Rehabilitación Cardíaca.

Antes de que usted tome la decisión de participar es necesario que lea cuidadosamente la información aquí contenida, con el fin de que conozca cómo se desarrollará la investigación y cuál es su finalidad. Si tiene alguna duda, puede manifestarla al investigador encargado.

Los resultados de esta investigación aportarán beneficios a corto y largo plazo; el beneficio a corto plazo de participar en este estudio, es expresar las reflexiones para tomar decisiones frente al cuidado de sí mismo después de haber presentado una alteración en su salud cardiovascular.

Los beneficios a largo plazo son los conocimientos que aporta esta investigación a la profesión de enfermería, que representa una valiosa herramienta para fomentar la motivación de llevar a cabo las prácticas de autocuidado necesarias para recuperar el estado de salud de las personas que presentan una alteración cardiovascular; además

este conocimiento contribuye a las instituciones prestadoras de salud (IPS) como la clínica Medilaser S.A. para la construcción de programas orientados a promover una participación activa en la recuperación a través de los programas de rehabilitación cardíaca, como una forma de mejorar el bienestar y la calidad de vida.

Su participación es completamente voluntaria y tiene total libertad para retirarse de este estudio en cualquier momento en caso que así lo considere, sin que por ello tenga algún tipo de alteración o limitación en los servicios y la atención que usted recibe en la clínica Medilaser S.A. La participación en este estudio no tiene ningún costo, ni tampoco recibirá ningún tipo de compensación económica por ella.

El presente estudio se encuentra clasificado como una investigación sin riesgo de acuerdo con el artículo 11 de la resolución 8430 de 1993, sin embargo en caso de llegar a presentar algún suceso o molestia mientras responde los cuestionarios, es necesario que lo informe para ser atendido de inmediato.

Su participación consiste en leer y diligenciar dos cuestionarios que miden los temas de esta investigación y están autorizados a ser utilizados por sus respectivos autores:

- Escala de apreciación de la agencia de autocuidados A.S.A de Isemberg y Evers, que mide la capacidad de agencia de autocuidados y que consta de 24 preguntas para responder en una escala de opciones de respuestas.
- Escala de Autoeficacia General de Schwarzer y Baessler, que mide la Autoeficacia percibida y que consta de 10 preguntas para responder en una escala de opciones de respuestas.

Su participación en el estudio requiere de media hora aproximadamente para responder los instrumentos; para el diligenciamiento estará acompañado por el investigador con el fin de aclarar cualquier duda que pueda surgir durante el proceso.

La información que usted nos suministre se mantendrá bajo estricta confidencialidad, no se solicitará ningún dato de identificación personal suyo (nombre, dirección, cédula), ni se utilizará su nombre en la investigación.

La información obtenida se custodiará, reservará y los datos solo serán utilizados para fines académicos; los resultados obtenidos se socializarán en una reunión, donde se informarán los principales conocimientos aportados por la presente investigación a los usuarios que asisten al programa de rehabilitación cardíaca de la clínica Medilaser S.A. en especial a los participantes en el estudio, quienes son los principales beneficiarios del presente estudio, además los resultados se divulgarán en eventos académicos, científicos, y posteriormente serán publicados en revistas científicas únicamente.

Este estudio tiene el aval del comité de ética e investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y de la Clínica Medilaser S.A., donde usted ha sido atendido.

En caso tal de que algo de la información suministrada no haya sido claro, desee ampliarla o quiera tener contacto con el proceso, puede comunicarse con el investigador Reinaldo Gutiérrez Barreiro al número celular: 3123084715, o escribir un email a rgutierrezb@unal.edu.co, y con gusto se atenderá su solicitud.

Para mayor información sobre la revisión y aval ético de este proyecto, contactar a la Mg. Yanira Astrid Rodríguez H., presidenta del Comité de ética de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia al teléfono: 57-1-3165000 ext. 17001 17020- 17089. Correo electrónico: ugi_febog@unal.edu.co.

Siéntase con libertad de preguntar lo que no entienda; si lo requiere solicite una copia de este documento. Cuando haya comprendido la información y decidido participar, le solicito firmar voluntariamente, acompañado por el investigador a cargo.

Agradezco de antemano su valiosa colaboración para el desarrollo de este estudio.

Yo _____ he leído y entendido el contenido de este documento, además han sido resueltas todas mis dudas y sé que puedo retirarme en el momento en que lo desee; he recibido suficiente información sobre el estudio, y voluntariamente acepto participar en esta investigación como persona que padece una enfermedad cardiovascular.

Firma del participante o huella digital

Fecha

He explicado el estudio al participante arriba presentado y he confirmado su comprensión para el consentimiento informado.

Firma del investigador

Fecha

Bibliografía

- Achury, D. (2007, Octubre). Autocuidado y adherencia en pacientes con falla cardiaca. *Aquichan*, 7(2), 139-160.
- Achury, D., Rodríguez, S., Achury, L., Padilla, M., Leuro, J., & Martínez, M. (2013, Diciembre). Efecto de un plan educativo en la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. *Aquichán*, 13(3), 363-372.
- Ades, P., Keteyian, S., Balady, G., Houston, N., Kitzman, D., Mancini, D., & Rich, M. (2013, December). Cardiac Rehabilitation Exercise and Self Care for Chronic Heart Failure. *JACC: Heart Failure*, 1(6), 540-547.
- Alarcón, N., Rizo, M., Cortés, E., Cadena, F., Leal, H., & Alonso, M. (2013, Julio/Septiembre). Intervención educativa: Implementación de la agencia de autocuidado y adherencia terapéutica desde la del paciente diabético. *Revista Enfermagem UERJ*, 21(3), 289-294.
- Alharbi, M., Gallagher, R., Neubeck, L., Bauman, A., Prebill, G., Kirkness, A., & Randall, S. (2016, August). Exercise barriers and the relationship to self-efficacy for exercise over 12 months of a lifestyle-change program for people with heart disease and/or diabetes. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(4), 309-317.
- Arredondo, E. (2009). *Comportamientos y capacidad de agencia de autocuidado de adultos con falla cardiaca en una institución de Medellín*. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

- Badii, M., Castillo, J., Cortez, K., Wong, A., & Villalpando, P. (2007). Análisis de correlación canónica (ACC) e investigación. *Innovaciones de Negocios*, 4(2) 405-422. Recuperado de http://www.web.facpya.uanl.mx/rev_in/Revistas/4.2/A9.pdf
- Báez, L., Camacho, P., Abreu, P., Arenas, I., & Jaimes, G. (2006, Septiembre/Octubre.). La importancia de la rehabilitación cardiovascular: experiencia en la Fundación Cardiovascular de Colombia. *Rev. Col. Cardiol.* 13(2) 90-96. Recuperado el 11 de abril de 2016 http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332006000500009&lng=en
- Bandura, A. (1977). Self- Efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *E. Psychological Review*, 84(2) 191-2015.
- Bandura, A. (1982, February). Self- efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*,37(2),122-147).
- Barroso, Z., & Torres, J. (2001, Junio/Enero). Fuentes teóricas de la enfermería profesional. Su influencia en la atención al hombre como ser biosicosocial. *Revista Cubana de Salud Pública*, 27(1),11-18.
- Bastidas, C. (2007). Asociación entre la capacidad de agencia de autocuidados y la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con alguna condición de enfermedad coronaria. *Avances en Enfermería*, 25(2), 65-75.
- Bello, S. (2001, Diciembre). Tratamiento del tabaquismo. *Revista Chilena de Cardiología*, 30(3), 230-239.
- Blanchard, C., Rodgers, W., Courneya, K., Daub, B., & Black, B. (2002, February). Self-efficacy and mood in cardiac rehabilitation: Should gender be considered. *Behavioral Medicine*, 27(4), 149-160.
- Bohanny, W., Shu-Fang, W., Chieh-Yu, L., Shu-Hui, Y., & Shiow, L. (2013, September). Health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors in patientswith type 2 diabetes mellitus. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 25(9), 495-502.

- Bonilla C. (2007). Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento en personas que presentan factores de riesgo en enfermedad cardiovascular. *Avances en Enfermería*, 25(1), 46-55.
- Boroumand, S., & Moeini, M. (2016, March/April). The effect of a text message and telephone follow-up program on cardiac self-efficacy of patients with coronary artery disease: A randomized controlled trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Reserch*, 21(2), 171-176. doi: 10.4103/1735-9066.178243.
- Caldwell, M., & Miaskowski, C. (2000, September). The symptom experience of angina in women. *Nursing*, 1(3), 69-78.
- Canales, S., Barra, E. (2014). Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II. *Psicología y Salud*, 24 (2), 167-173.
- Cano, C., Alguacil, I., & Alonso, J., Molero A., Miangolarra, J. (2012, Enero). Programas de rehabilitacion cardiaca y calidad de vida relacionada con la salud. *Revista Española de Cardiología*, 65(1), 72-79.
- Carrillo, A., & Diaz, F. (2013, Abril). Capacidad de autocuidado de los pacientes en diálisis peritoneal: Un estudio piloto en Bogotá. *Enfermería Global*, 12(30), 54-64. Recuperado en 16 de febrero de 2016, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200004&lng=es&tlng=es
- Celis de la Rosa, A. D. & Labrada v. (2008). *Bioestadística* (2a ed.). Mexico: Manual Moderno.
- Centro de Estudios e Investigaciones en Salud. (2015). Seguimiento al sector salud: Así vamos en salud mortalidad por enfermedad isquémica del corazón por departamentos 2008-2013. Recuperado de: <http://www.asivamosensalud.org/media/santafe/grafica/ce5878b2ec2ac5f5af4b5854f91944b2.pdf>
- Cid, P., Orellana, A., & Barriga, O. (2010, Mayo). Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Revista Médica Chile*, 138(5), 551-557. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000500004.

- Cisneros, L., & Carrazana, E. (2013, Octubre/Diciembre). Factores de riesgo de la cardiopatía isquémica. *Revista. Cubana de Medicina General Integral*, 29(3), 369-378.
- Cisneros, F. (2005, Febrero). Teorías y modelos de enfermería. Universidad del Cauca. Recuperado de <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>
- Clua, J., Piñol, J., Gil, V., Orozco, D., Panisello, A., & Lucas, J., Queralt, M., Pla, R. (2012, Enero). Resultados de prevención cardiovascular primaria y secundaria en pacientes con ictus: riesgo de recurrencia y supervivencia asociada (estudio Ebrictus). *Revista de Neurología*, 54 (2), 81-92.
- Del Río, G., Turro, E., Mesa, L., & Mesa, R., Lorente, J. (2005). Protocolos y fases de la rehabilitación cardíaca, Orientaciones Acutales. *Medisan*, 9(1), 1-7. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_1_05/san14105.pdf.
- Dickson, V., Nocella, J., Yoon, H., Hammer, M., Melkus, G., & Chyun, D. (2013, October). Cardiovascular disease self-care interventions. *Nursing Research and Practice*, Volume (2013), Article ID 407608, 1-16.
- Espitia, L. (2011). *Asociación de los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial que asisten a consulta externa del Hospital Universitario la Samaritana*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/4828/1/luzcarineespitiacruz.2011.pdf>.
- Evers, G., Isenberg, M., Philipsen, H., Senten, M., Brouns, G. (1993, August). Validity testing of the Dutch translation of the appraisal of the self-care agency A.S.A.-scale. *International Journal of Nursing Studies*, 30(4):331-42.
- Everett, B., Salmonson, Y., & Davidson, P. (2009, June). Bandura's exercise self-efficacy scale: Validation in an Australian cardiac rehabilitation setting. *International Journal of Nursing Studies*, 46(6) 824–829.

- Evon, D., & Burns, J. (2004, August). Process and Outcome in Cardiac Rehabilitation: An Examination of Cross-Lagged Effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(4), 605-616.
- Ewart, C., Taylor, C., Reese, R., & DeBusk, R. (1983, April). Effects of early postmyocardial infarction exercise testing on self-perception and subsequent physical activity. *American Journal of Cardiology*, 51(7), 1076 - 1080.
- Fácil, L. (2015). Cardiopatía Isquémica. Fundación española del corazón: Recuperado de <http://www.fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/cardiopatia-isquemica.html>
- Fawcett, J., & Garity, J. (2009). Evaluation of middle range theories: Evaluating research for evidence-based nursing practice. Philadelphia, Davis.
- Fernández, A., & Manrique-abril, F. (2011, Enero/Junio). Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores. *Avances en Enfermería*, 21(1), 30-41.
- Fernandez, S., López, M., Comas, A., García, A., & Cueto, A. (2003). Categorización de factores psicosociales asociados al cumplimiento farmacológico antihipertensivo. *Psicothema*, 15(1), 82-87.
- Flórez, I. (2009). Adherencia a tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. *Avances en Enfermería*, 27(2), 25-32.
- Galdino, M., Lima, M., Dias, W., & Guimarães, M. (2009, April/June). Analysis from theory of the orem self care according to fawcett criteria. *Revista de Enfermería*, 3(2), 392-398.
- Gast, L., & Denyes, M., Campbell J., Hartweg D., Schott-Baer D., Isenberg, M. (1989, October). Self-care agency: conceptualizations and operationalizations. *Avances in Nursing Science*, 12(1), 26-38.
- Gorhler, R., & Jenkins, L. (1990, October). Self-efficacy and activity level following cardiac surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 15(10), 1132–1138.
- Guerra, D., & Rivero, Z. (2010). Variables psicosociales en la adherencia a programas de rehabilitación cardíaca. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 18(1) 167-181.

- Gutiérrez, A., Druyet, D., Oramas, I., & Véliz, P. (2010). Infarto de miocardio agudo en Cuba: Situación actual. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 9(1), 1638-1648.
- Guzman, Y., Estrada, O., Tejada, P., & Crespo, O. (2010, Enero/Junio). Factores relacionados con la adherencia en un programa de rehabilitación. *Revista de la facultad de Salud Universidad Surcolombiana*, 2(1), 39-50.
- Hernández, D. (2015, Enero/Abril). Relación entre estados de salud y riesgos de no adherencia al tratamiento en pacientes en rehabilitación cardiaca. *Avances en Enfermería*, 33(1) 114-123.
- Herrera, A. (2008, Enero/Junio). Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. *Avances en Enfermería*, 26(1), 36-42.
- Instituto Nacional de Salud. (2013). Segundo informe del Observatorio Nacional de Salud: Mortalidad 1998-2011 y situación de salud en los municipios de frontera terrestre en Colombia. Recuperado de <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/Segundo%20Informe%20ONS%202014-2.pdf>
- Instituto Nacional de Salud. (2015). Quinto informe del Observatorio Nacional de Salud: carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia. Recuperado de http://www.visiondiweb.com/insight/lecturas/Informe_tecnico_ONS_2015.pdf
- Izawa, K., Watanabe, S., Omiya, K., Hirano, Y., Oka, K., Osada, N., & Iijima, S. (2005, Mayo). Effect of the self-monitoring approach on exercise maintenance during cardiac rehabilitation: A randomized, controlled trial. *American Journal of Physical Medical Rehabilitation*, 84(5), 313-321.
- Jones, E., Harris P., Waller, H., Coggins, A. (2005, September). Adherence to an exercise participation scheme: The role of expectations, self-efficacy, stage of change, and psychological well-being. *British Journal of Health Psychology*, 10(3), 359-378.

- Joyce, L., Molassiotis, A., Marsh, H. (2004, March). Adherence to health recommendations after a cardiac rehabilitation programme in post-myocardial infarction patients: the role of health beliefs, locus of control and psychological status. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 8(1), 26-38.
- Kara Kaşık M., & Alberto, J. (2007, August). Family support, perceived self-efficacy and self-care behaviour of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Clinical Nursing*, 16(8), 1468-1478.
- Loáisiga, H., Benavides, A., Bolaños, M., Ortiz, L., Vega, R., & Brenes, T. (2008, Enero/Diciembre). Calidad de vida de los pacientes con enfermedad arterial coronaria incluidos en el programa de rehabilitación cardiaca del hospital San Vicente de Paúl en Heredia. *Revista Costarricense de Cardiología*, 10(1-2), 9-13. Recuperado de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-4142200
- López, A., & Guerrero, S. (2006, September). Perspectiva internacional del uso de la teoría General de Orem. *Investigacion Educacion en Enfermería*, 24(2), 90-100.
- Manrique-abril, F., Fernández, A., & Velandia, A. (2010, enero). Análisis factorial de la escala valoración de agencia de autocuidado(ASA) en Colombia. *Aquichan*, 9(3), doi:<https://doi.org/10.5294/1521>.
- Medina, M. (2015). *Autoeficacia en pacientes post-infarto agudo de miocardio en una IPS especializada en Girardot*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/52595/#sthash.3z.bogota>.
- Mehta L., Beckie, T., DeVon, H., Grines, C., Krumholz, H., Johnson, M., Lindley, K., Vaccarino, V., Wang, T., Watson, K., Wenger N. (2016, March). Acute myocardial infarction in women: A scientific statement from the American Heart Association. *American Heart Association Journals, Circulation* 133(0), 1-32, DOI: 10.1161/CIR.0000000000000351.
- Morales Z., Diaz C., Garrido M., Pascual L., (2011). Autoeficacia y consumo de tabaco en estudiantes universitarios. *Apuntes de Psicología*, 29(3), 459-470.

- Mostofsky E., Chahal, H, Mukamal, K, Rimm, E., & Mittleman, M. (2016, March). Alcohol and immediate risk of cardiovascular events: a systematic review and dose-response meta-analysis. *Circulation*, 8,133(10), 979-987. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.115.019743.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Analisis de situación de salud colombia 2015. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/asis-2015.pdf>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (1993). Resolución 8430 (4, octubre, 1993). Por la cual se estableces las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Santa Fe Bogotá. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/R/ESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>.
- Navas, C., Lugo, H., & Ortiz, S. (2011, Julio/Agosto). Estudio descriptivo del programa de rehabilitación cardiaca de la Clínica Las Américas. *Revista Colombiana de Cardiología*, 18(4), 199-205. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332011000400005&lng=en.
- Ofman, S., Pereyra, C., & Stefani, D. (2013, Julio). Autocuidado en pacientes hipertensos esenciales en tratamiento: Diferencias según género. *Boletín de Psicología*, numero 108, 91-106. recuperado de <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N108-6.pdf>.
- Olaz, F. (2001). *La teoría social cognitiva de la autoeficacia. Contribuciones a la explicación del comportamiento vocacional* (Trabajo de grado). Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Recuperado de <http://www.uky.edu/~eushe2/Pajares/olaz.pdf>
- Oldndge, N., & Rogowski, B.. (1990, August). Self-efficacy and in-patient cardiac rehabilitation. *The American Journal of Cardiology*, 66 (3), 362-365.
- Olivari, C., & Urra, E. (2007, Junio). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y Enfermería*, 13(1), 9-15.
- Orem, D. (1993). *Conceptos de enfermería en la práctica*. (4a ed.). España: Masson.

- Orem, D. (1995). *Nursing: Concepts of practice*. St Louis: Mosby.
- Organización Mundial de la Salud (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. Recuperado de <http://www.farmacologia.hc.edu.uy/images/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud (2015). Enfermedades cardiovasculares. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Estadísticas sanitarias mundiales 2014: Una mina de información sobre salud pública mundial. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112817/1/WHO_HIS_HSI_14.1_spa.pdf?ua=1&ua=1&ua=1.
- Organización Mundial de la Salud (2016, Junio). Obesidad y sobrepeso. *Nota Descriptiva*, 311. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Organización Mundial de la Salud (1964). Rehabilitation of patients with cardiovascular diseases. Report of a WHO Expert Committee. recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40577/1/WHO_TRS_270.pdf
- Ortiz, M., & Ortiz, E. (2007, Mayo). Psicología de la salud: una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile*, 135(5), 647-652, doi.org/10.4067/S0034-98872007000500014
- Ortiz, M. (2004, Mayo). Factores psicológicos y sociales asociados a la adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1. *Psykhé*, 13(1), 21-31. doi.org/10.4067/S0718-22282004000100002.
- Peñaloza, M. (2004). Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial de la fundación médico preventiva, San José de Cúcuta. *Avances en Enfermería*, 24(2),63-79.
- Pereda, M. (2011). Explorando La teoría general de enfermería de orem, ensayo. *Enfermería Neurológica*, 10(3), 163-167.
- Polit, D., & Hungler, B. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud*. (6a ed.). México: Mc Graw Hill.

- Prado, I., González, M., Gómez, N., & Romero, A. (2014, Noviembre/Diciembre). La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 36(6), 835-845, recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es&tlng=es.
- Ramírez, M., & Téllez, J. (2006). La educación primaria y secundaria en Colombia en el siglo XX. Recuperado de <http://www.banrep.gov.co/docum/ftp/borra379.pdf>.
- Recio, G. D. (2015, Abril). El síndrome de Burnout y la autoeficacia en un organismo de salud pública en la ciudad de Rioverde. *Ide@s Concyteg*, 10(118), 43-56. Recuperado de <http://concyteg.gob.mx/resources/ideas/ebooks/118/#/46>.
- Reisi, M., Mostafavi, F., Javadzade, H., Mahaki, B., Tavassoli, E., & Sharifirad, G. (2016, January). Impact of health literacy, self-efficacy, and outcome expectations on adherence to self-care behaviors in iranians with type 2 diabetes. *Oman Medical Journal*, 31(1), 52-59.
- Resnick, B. (2003). The theory of self-efficacy. In M. Smith, & P. Liehr. *Middle range theory for nursing*. (pp. 49-68). New York: Springerpublishing company.
- Rivera, L. (2006, Julio/Diciembre). Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado. *Avances en Enfermería*, 24(2), 91-98.
- Rivera, L. (2008, Julio). El cuidado al paciente cardiovascular en situaciones que generan un gran sentimiento de pérdida, amenaza, temor o muerte. *Avances en Enfermería*, 26(1), 124-133.
- Rivera, L. N. (2006, Noviembre). Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 8(3), 235-247.
- Rivera, L., & Díaz, L. (2007, Julio). Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y los factores de riesgo cardiovascular. *Cuadernos Hospital de Clínicas*, 52 (2), 30-38. recuperado de http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762007000200005&lng=es.

- Rodríguez, A., & Gómez, A. (2010, Junio). Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. *Avances en Enfermería*, 28(1), 63-71.
- Salazar, Á. & Martínez C.(2008, Julio/Diciembre). Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. *Avances en Enfermería*, 26(2),107-115.
- Salcedo, A., & Gómez, A. M. (2014, Enero/Junio). Grados de riesgo para la adherencia terapéutica en personas con hipertensión arterial. *Avances en Enfermería*, 32(1), 33-43.
- Sánchez, J., Angarita, A., Jácome, A., Malaver, Y., Schmalbach, E., & Díaz, C. (2016). Barreras para la participación en programas de rehabilitación cardiaca en pacientes sometidos a revascularización percutánea por enfermedad coronaria. *Revista Colombiana de Cardiología*, 23(2), 141-147.
- Sanjuán P, Pérex. A., & Bermúdez, J. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12(2), 509-513.
- Santacruz, K. (2013). *Autoeficacia general en adolescentes gestantes y no gestantes*. (Tesis de maestría).Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/43091/1/52896934.2013.pdf>
- Santibáñez, C., Pérez, C., López, F., Cortés, M., Araya, A., & Burdiat, G. (2012, Mayo). Situación actual de la rehabilitación cardiaca en Chile. *Revista Médica de Chile*, 140(5), 561-568. Recupero de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000500002&lng=es .
- Scholz, U., Gutiérrez, B., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002, January). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 18(3), 242-251.
- Schwarzer, R., & Baessler, J. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de autoeficacia general. *Ansiedad y Estrés*, 2(1), 1-8.
- Schwarzer, R., Bähler, J., Kwiatek, P., Schröder, K., & Zhang J. (1997). The assessment of optimistic self-beliefs: Comparison of the German, Spanish,

and Chinese versions of the general self-efficacy scale. *Applied Psychology*, 46(1), 69-88. Recuperado de http://userpage.fu-berlin.de/~health/self/schwa_baessler1997.pdf.

Secretaría de Salud Municipal de Neiva. (2014). Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud municipio de Neiva-Huila. Recuperado de <http://www.huila.gov.co/documentos/2015/Salud/ASIS/Neiva.pdf>

Sociedad Interamericana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. (2013, Agosto). Consenso de rehabilitación cardiovascular y prevención secundaria de las Sociedades Interamericana y Sudamericana de Cardiología. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 28(2),189-224. Recuperado de http://www.suc.org.uy/revista/v28n2/pdf/rcv28n2_consenso_rehabilitacion.pdf

Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. (2010, Febrero). Guías colombianas de cardiología, síndrome coronario agudo con elevación del ST. *Revista Colombiana de Cardiología*, 17(3),121-276 rescatado de https://www.researchgate.net/publication/285388543_Guias_colombianas_de_cardiologia_sindrome_coronario_agudo_con_elevacion_del_ST.

Srisuk, N., Cameron, J., Ski C., Thompson, D. (2016, October). Randomized controlled trial of family-based education for patients with heart failure and their carers. *Journal of Advanced Nursing*. 73(4), 857-870, doi: 10.1111/jan.13192.

Sullivan, M., LaCroix, A., Russo, J., & Katon, W. (1998, Julio/Agosto). Self-efficacy and self-reported functional status in coronary heart disease: A six-month prospective study. *Psychosomatic Medicine*, 60(4), 473-478.

Taylor, S. (2008). Teoría del déficit de autocuidado. En., Marriner A., Riale M. *Modelos y teorías de enfermería* (6a ed.). (pp. 267-295). Barcelona: Elsevier.

Velandia, A., & Rivera, L. (2009). Agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento en personas con factores de riesgo cardiovascular. *Revista Salud Pública*, 11(4), 538-548.

Velandia, A., & Rivera, L. (2009, Enero/Junio). Confiabilidad de la escala "Apreciación de la agencia de autocuidado" (ASA). *Avances en Enfermería*, 27(1), 38-47.