

Agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas con cardiopatías isquémicas*

Agência de auto-cuidado e auto-eficácia em pessoas com doença isquêmica do coração

Self-care agency and perceived self-efficacy in persons with ischemic heart disease

• Reinaldo Gutiérrez Barreiro¹ • Ana Maritza Gómez Ochoa² •

* Artículo derivado de la tesis "Asociación entre una agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas que asisten a rehabilitación cardiaca".

•1• Magíster en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Doctorando en Enfermería, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Brasil. E-mail: rgutierrezb@unal.edu.co

•2• Doctora en Educación. Profesora Asociada, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. E-mail: amgomez@unal.edu.co

Recibido: 14/06/2017 Aceptado: 01/06/2018

DOI: 10.15446/av.enferm.v36n2.65674



Resumen

Objetivo: determinar la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la autoeficacia percibida en personas con cardiopatía isquémica que asisten al programa de rehabilitación cardíaca, en una clínica privada de la ciudad de Neiva.

Metodología: estudio correlacional, de corte transversal, con abordaje cuantitativo, basado en la teoría de déficit de autocuidados de Orem y la teoría de mediano rango de enfermería de autoeficacia de Resnick. La muestra estuvo constituida por 61 personas, a quienes se les aplicó la escala de apreciación de agencia de autocuidado, segunda versión en español, y la escala de autoeficacia general.

Resultados: la mayoría de los participantes reportaron niveles altos de capacidad de agencia de autocuidado y de autoeficacia percibida; respecto a la asociación entre estas dos variables, a través de un análisis de correlación canónica se halló un resultado de $rc=0,879$, $p<0,05$, demostrando un grado fuerte de relación entre las variables agencia de autocuidado y autoeficacia percibida.

Conclusiones: la capacidad de agencia de autocuidado y autoeficacia percibida son fenómenos que se presentan de manera positiva en las personas con cardiopatías isquémicas que asisten al programa de rehabilitación cardíaca. Se confirmó la relación entre estas dos variables, demostrando que la autoeficacia percibida tiene influencia y posee efecto predictor sobre la capacidad de agencia de autocuidado.

Descriptores: Autocuidado; Autoeficacia; Isquemia Miocárdica; Rehabilitación cardíaca (fuente: DeCS, BIREME).

Resumo

Objetivo: determinar a relação entre a capacidade de agência de autocuidado e autoeficácia percebida em pessoas com doença cardíaca isquêmica que frequentam programa de reabilitação cardíaca em uma clínica particular na cidade de Neiva.

Metodologia: estudo correlacional, transversal, com abordagem quantitativa com base na teoria de déficit do Orem autocuidado e teoria de enfermagem de médio alcance de autoeficácia de Resnick. A amostra foi composta por 61 pessoas, que responderam à escala de avaliação da agência autocuidado (segunda versão em espanhol) e à escala de autoeficácia Geral.

Resultados: a maioria dos participantes relatou altos níveis de capacidade de agência de autocuidado e autoeficácia percebida. Em relação à associação entre estas duas variáveis, através de uma análise de correlação canônica obteve-se um resultado de $rc = 0,879$, $p < 0,05$, demonstrando um elevado grau de relação entre as variáveis agência de autocuidado e autoeficácia percebida.

Conclusões: a capacidade de agência de autocuidado e autoeficácia percebida são fenômenos que ocorrem de maneira positiva em pessoas com doença cardíaca isquêmica que frequentam programa de reabilitação cardíaca. A relação entre estas duas variáveis foi confirmada, demonstrando que a autoeficácia autoeficácia percebida tem influência e possui efeito predictor sobre a capacidade de agência de autocuidado.

Descritores: Autocuidado; Autoeficácia; Isquemia Miocárdica; Reabilitação Cardíaca (fonte: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: to determine the relation between self-care agency capacity and perceived self-efficacy in persons with ischemic heart disease who attend the cardiac rehabilitation program, at a private clinic in the city of Neiva.

Methodology: correlational study, cross-sectional, with quantitative approach, based on Orem's Self-Care Deficit Theory and Resnick's Middle-Level Theory of Self-Efficacy Nursing. The sample consisted of 61 persons to whom the Self-Care Agency Appreciation scale (second version in Spanish) and the General Self-Efficacy scale were applied.

Results: most participants reported high levels of self-care agency capacity and perceived self-efficacy. With respect to the association between these two variables, through a canonical correlation analysis, a result of $rc = 0.879$, $p < 0.05$ was observed, demonstrating a strong degree of relation between the variables self-care agency and perceived self-efficacy.

Conclusions: self-care agency capacity and perceived self-efficacy are phenomena that are presented positively in persons with ischemic heart disease who attend the cardiac rehabilitation program. The relation between these two variables was confirmed, showing that perceived self-efficacy has an influence and a predictive effect over self-care agency capacity.

Descriptors: Cardiac Rehabilitation, Myocardial Ischemia, Self-Care, Self-Efficacy (source: DeCS, BIREME).

Introducción

Las cardiopatías isquémicas (CI), según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) fueron la principal causa de mortalidad en el mundo para el 2015. A nivel nacional, el comportamiento de la mortalidad es similar a las estadísticas mundiales, para el 2013 constituyó la primera causa de muerte (2); en el contexto del departamento del Huila, las CI fueron la principal causa de mortalidad para el 2014 (3). Además de lo anterior, también es la principal causa de años de vida potencialmente perdidos, según refiere la OMS (1) y la principal generadora de gastos de los servicios sanitarios; de modo individual, los pacientes que padecen una CI deben afrontar la sintomatología y el deterioro de su calidad de vida (4).

Aparte de las repercusiones que implica el padecimiento de una CI, los pacientes deben enfrentar el sometimiento a regímenes terapéuticos, en los cuales juegan un papel importante los programas de rehabilitación cardíaca (RC) (4). Estos programas ofrecen a los pacientes herramientas educativas para responder a las necesidades de adquirir conocimientos y habilidades para llevar a cabo acciones que le ayuden a restablecer el estado de salud, que según Cano et al. (5) permiten optimizar el bienestar psicológico y la calidad de vida. Cabe 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; sin embargo, algunos pacientes desertan de manera prematura, concordando con lo descrito por Sánchez et al. (6).

En cuanto al abordaje de esta problemática, la disciplina de enfermería ha 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, y la autoeficacia percibida, postulado en la teoría social cognitiva de Bandura y la teoría de mediano rango de enfermería de autoeficacia de Resnick. Tales constructos influyen tanto en el adecuado manejo que dan las personas a su estado de salud, como a la adquisición de conocimientos, desarrollo de las actividades y seguimiento de recomendaciones para recuperar su estado de bienestar.

En el modelo de déficit de autocuidado de Orem (7), la persona 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. Por consiguiente, el agente de autocuidado tiene el poder para comprometerse en un curso de acción y de realizar actividades para satisfacer los requerimientos continuos de autocuidado (8).

Con relación al concepto de autoeficacia percibida, es definida por Bandura (9, p. 45) como: los “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” y se conceptualiza en la interacción de tres componentes: persona, conducta y ambiente. Según Resnick (10), la autoeficacia influye en cómo la persona piensa, siente, se motiva y se comporta; esto permite a los pacientes alcanzar las metas propuestas, a través de la capacidad de adquirir nuevos conocimientos y de controlar factores en su conducta y el ambiente.

La agencia de autocuidado y la autoeficacia percibida son conceptos que han demostrado ser determinantes en la adquisición de conocimientos y habilidades, así como en el mantenimiento de las recomendaciones impartidas por el personal de enfermería y la implementación de cambios en los hábitos de vida necesarios que deben adoptar las personas al enfrentar un proceso patológico. Es preciso destacar que hasta el momento no se había reportado una asociación entre el autocuidado y la autoeficacia en pacientes con CI.

En consecuencia, el objetivo del presente estudio fue determinar la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la autoeficacia percibida en personas con CI que asisten al programa de RC en una clínica privada en la ciudad de Neiva.

Materiales y métodos

Se llevó a cabo un estudio correlacional, con abordaje cuantitativo y de corte transversal, con el objetivo de determinar la relación entre agencia de autocuidado y la autoeficacia percibida. La población estuvo conformada por personas que padecían una CI y que se encontraron en fase II del programa de RC en una clínica privada en Neiva, entre julio y agosto del 2016.

El tamaño de la muestra se calculó empleando la fórmula para establecer la significancia del coeficiente

de correlación entre dos variables, se aplicó una seguridad del 99 % y un poder estadístico del 96 %; se obtuvo una muestra de 61 participantes, los cuales fueron seleccionados mediante un muestreo de tipo probabilístico, con selección aleatoria simple a través de Excel®, a partir del listado de pacientes inscritos a la fase II de RC (110 personas en promedio).

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: pacientes hombres y mujeres mayores de 18 años, con diagnóstico confirmado de CI, que se encontraran en fase II de RC y que voluntariamente aceptaran participar en el estudio, además de la conservación de la esfera mental que les permitiera autodiligenciar los instrumentos. De igual forma, se excluyeron los pacientes con cardiopatías diferentes a CI.

Se tuvieron en cuenta los lineamientos éticos de la Resolución 008430 de 1993 (11), así como la dimensión ética de la Ley 911 de 2004 (12); también se contó tanto con el aval del Comité de Ética de la Universidad Nacional de Colombia y del Comité de Ética de la clínica en donde se desarrolló el estudio. Por otra parte, para salvaguardar la confidencialidad e intimidad de los participantes se reemplazó la identificación por un código; se respetó su capacidad de decisión, aplicando el consentimiento informado, donde se aclararon los objetivos del estudio, el procedimiento, los beneficios y los posibles riesgos, al igual que la participación voluntaria y que podían retirarse del estudio en cualquier momento.

En la recolección de la información se utilizaron dos instrumentos. Para determinar la capacidad de agencia de autocuidado se utilizó la escala ASA, segunda versión en español, adaptada por Reales, que mide cinco dimensiones: interacción social, bienestar personal, actividad y reposo, consumo adecuado de alimentos o alimentación, promoción del funcionamiento y desarrollo personal (13). La ASA consta de una escala Likert de cuatro apreciaciones (nunca 1, casi nunca 2, casi siempre 3 y siempre 4); las posibles puntuaciones tienen un rango de 24 a 96 puntos; posee una consistencia interna con alfa de Cronbach 0,744 (14). Para el presente estudio, se realizó el ajuste a los ítems 6, 11 y 20, los cuales son negativos.

Para valorar el nivel de autoeficacia, se utilizó la escala de autoeficacia general, diseñada por Baessler y Schwarzer, conformada por las dimensiones de motivación, confianza y capacidades. 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 (15). Por lo tanto, los resultados de la escala oscilan entre 10 y 40. La escala ha mostrado una consistencia interna con un alfa de Cronbach entre 0,79 y 0,93 (16).

Resultados

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas en personas con CI

Género	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	43	70,5 %
Femenino	18	29,5%
Rangos de edad	Frecuencia	Porcentaje
40-60 años	17	27,9 %
61-80 años	44	72,1 %
Diagnóstico Principal	Frecuencia	Porcentaje
Cardiopatía isquémica	1	1,6 %
Enfermedad coronaria	5	8,2 %
Infarto agudo de miocardio	55	90,2 %
Recidiva	Frecuencia	Porcentaje
No	51	83,6 %
Sí	10	16,4 %

Fuente: base de datos investigación (2016).

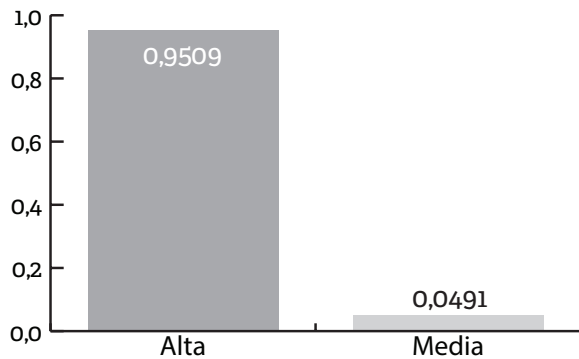
De acuerdo a los datos de la Tabla 1, las características demográficas presentadas por los sujetos del estudio podrían explicarse por la naturaleza crónica de la CI, por cuanto presentan mayor incidencia en la edad superior, relacionada con un mayor tiempo de exposición a factores de riesgo cardiovasculares (17), así como el avance en los tratamientos médico-quirúrgicos que inciden en el aumento de la sobrevivencia (18). La presentación de un mayor porcentaje de participantes de género masculino se relaciona con una mayor exposición a factores cardiovasculares en comparación con las mujeres; además, la sintomatología de la CI en la mujer se presenta de manera atípica, aunado a que esta tiende a restar importancia a sus síntomas, lo que condiciona su diagnóstico oportuno (17).

En lo que concierne al diagnóstico que se presentó en mayor proporción, este fue el infarto agudo de miocardio, que constituyó uno de los tipos más serios de CI (19), con la fuerte sintomatología que representa (20). Ante ello, se destaca que los participantes del estudio que han presentado una recidiva, según Clua et al. (21), presentan un mayor impacto en la capacidad física y el deterioro de su calidad de vida.

No obstante, en la mayoría de los participantes, la experiencia vivida de padecer la sintomatología, una CI y los sometimientos a los regímenes terapéuticos podrían influenciar en el desarrollo de su capacidad de agencia de autocuidado; de acuerdo con Taylor (8), depende de las experiencias previas de los pacientes. De igual manera, se convierte en sí misma en una fuente de autoeficacia, específicamente la retroalimentación fisiológica, según Resnick (10).

Respecto a los resultados de la capacidad de agencia de autocuidados, se encontró una media de 89,37, con una desviación estándar de 4,07. En el Gráfico 1 se aprecia que la mayor proporción de participantes reportaron un rango alto de capacidad de agencia de autocuidado y el restante de los participantes se ubicó en el rango medio; lo que significa que los pacientes con CI que asisten a RC cuentan con las capacidades y habilidades para llevar a cabo acciones de autocuidado para promover su estado de bienestar. Esto podría estar explicado a partir de la educación brindada en la RC a las personas con CI para que lleven a cabo acciones de autocuidado; por ejemplo, controlar factores de riesgo cardiovasculares (4).

Gráfico 1. Grado de capacidad de agencia de autocuidado en personas con CI



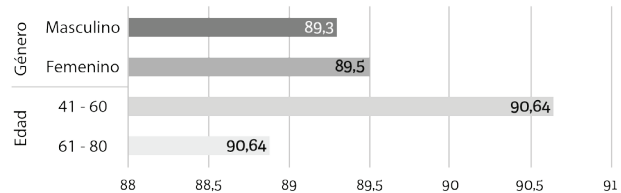
Fuente: base de datos investigación (2016).

En el Gráfico 2 se observa que el nivel de agencia de autocuidado, según la variable sexo, no presentó una diferencia importante. Con relación a la edad se presentó un puntaje ligeramente mayor en los participantes del grupo etario de 41 a 60 años. Se debe tener en cuenta que la variable edad es considerada por Orem como un factor condicionante de autocuidado; para Rodríguez et al. (22), un aumento en edad compromete el adecuado desarrollo del autocuidado.

A partir de los resultados de capacidad de agencia de autocuidado, se puede inferir 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, causado por una CI. Asimismo, desarrollan acciones necesarias para satisfacer sus requisitos de autocuidado, frente a los problemas de la salud que viven, confirmando los planteamientos teóricos de Orem.

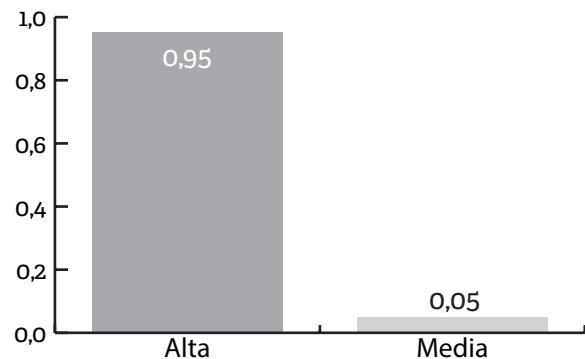
Gráfico 2. Capacidad de agencia de autocuidado según género y edad en personas con CI



Fuente: base de datos investigación (2016).

Respecto a los resultados obtenidos sobre el nivel de autoeficacia percibida, se encontró una media de 37, con una desviación estándar de 3,2. En el Gráfico 3 se puede observar que la mayor parte de los participantes reportaron un nivel alto de autoeficacia percibida y el resto se ubicó en el rango medio. Lo anterior significa que los participantes del estudio se perciben motivados, con la confianza que les permite emitir un juicio y determinar qué tan capaces se sienten de cumplir con acciones de autocuidado promovidas en el programa de RC.

Gráfico 3. Nivel de autoeficacia percibida en personas con CI

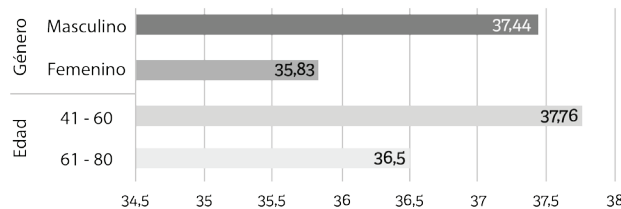


Fuente: base de datos investigación (2016).

En el Gráfico 4 se evidencia el nivel de autoeficacia percibida según género y edad; las mujeres y los participantes del grupo etario de 61 a 80 años presentaron un nivel ligeramente menor. Lo anterior concuerda con las apreciaciones de Resnick (10), quien advirtió que el nivel de autoeficacia no se presenta de igual manera en todas las situaciones,

sino que es influenciada por el comportamiento, factores personales y ambientales; para el caso de la presente investigación las mujeres y el grupo de mayor edad se notan menos eficaces.

Gráfico 4. Nivel de autoeficacia percibida según género y edad en personas con CI



Fuente: base de datos investigación (2016).

En la Tabla 2 se relaciona el análisis de correlación entre los ítems de cada instrumento como conjuntos de variables dependientes e independientes. A través de una correlación canónica, el resultado en la primera función canónica fue de $rc=0,879$, $p<0,05$, lo que demuestra un grado fuerte de relación entre las variables que conforman los respectivos instrumentos de agencia de autocuidado y autoeficacia percibida, aplicados a en los pacientes con CI que asisten a programas de RC.

Tabla 2. Análisis de correlación canónica entre la agencia de autocuidado y la autoeficacia percibida en personas con CI

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

Fuente: base de datos investigación (2016).

Discusión

Las características sociodemográficas de los participantes del estudio son similares a las descritas por el Instituto Nacional de Salud (17), donde describen que las enfermedades cardiovasculares inciden principalmente en los hombres, grupos etarios de mayor edad y que el principal diagnóstico de CI es el infarto agudo de miocardio.

Los resultados de un nivel alto de capacidad de agencia de autocuidado reportados por los participantes del estudio son similares a los obtenidos en otras investigaciones. De acuerdo con los datos obtenidos por Bastidas (23), los pacientes con enfermedad coronaria presentan un alto nivel de agencia de autocuidado y esta variable se relaciona con la adherencia a los tratamientos farmacológicos

y no farmacológicos. Asimismo, Arredondo (24) documentó que los pacientes con falla cardíaca, en su mayoría, reportaban un nivel alto de agencia de autocuidado, dejando ver que estos pacientes tienen la capacidad de reflexionar acerca de la importancia de los requisitos de autocuidado.

Empero, el nivel alto de agencia de autocuidado reportado en este estudio difiere de otras investigaciones en las que documentaron un nivel medio de autocuidado en la mayoría de participantes; como afirmaron Olivella et al. (25) en pacientes hospitalizados con enfermedad coronaria y Achury et al. (26) en pacientes con hipertensión arterial. Lo anterior nos permite inferir que, en la población con enfermedad cardíaca, el desarrollo de la capacidad para llevar a cabo acciones de autocuidado se presenta de manera diferente según el contexto y diagnóstico cardiovascular.

Del mismo modo, Morales y Florez (27) encontraron un nivel medio de agencia de autocuidado en adolescentes, en un estudio que buscaba una relación entre la agencia de autocuidado y factores de riesgo cardiovasculares en estudiantes universitarios. Debe tenerse en cuenta que, a diferencia de los anteriores estudios, los participantes de la presente investigación han experimentado la sintomatología de la CI; esta experiencia vivida podría influenciar en el desarrollo de su capacidad de agencia de autocuidado (8). Además, se debe considerar que los pacientes en RC reciben educación y orientación para promover el autocuidado, por ejemplo, adopción de hábitos saludables y control de factores de riesgo cardiovasculares (4).

Por otra parte, con respecto a los resultados de la autoeficacia, los participantes del estudio se percibían con niveles altos de autoeficacia. Por consiguiente, las personas con CI que asisten al programa de RC se pueden considerar capaces de llevar a cabo acciones necesarias para alcanzar una meta, en este caso de seguir una línea de acción, al dar un manejo asertivo a su cuidado y alcanzar el objetivo de recuperar de su estado de bienestar.

Así, estos resultados concuerdan con los obtenidos por Medina (28) y Brink et al. (29), los cuales encontraron un nivel alto de autoeficacia en personas con posinfarto agudo de miocardio. Estos autores relacionaron dicho hallazgo positivamente; además, describieron un efecto predictor sobre la calidad de vida relacionada con la salud. Se demuestra, entonces, que estos pacientes cuentan con habilidades y motivación para sentirse

capaces de realizar los cambios necesarios en su conducta y restablecer su salud.

El resultado de correlación canónica hallado en este estudio confirma que el concepto cognitivo de la autoeficacia se relaciona estadísticamente con el concepto conductual del autocuidado; reafirmando la asociación teórica que existe entre estos dos constructos, demostrando que la motivación y confianza en las propias capacidades de los pacientes son necesarias para promover a las personas en agentes capaces de ejecutar con éxito acciones de autocuidado.

Dado esto, los datos de correlación documentados en el presente estudio son similares a los obtenidos por Rowshanak et al. (30), quienes evaluaron las relaciones entre la autoeficacia, los comportamientos de autocuidado y el control glucémico en adultos en Canadá. Los autores evidenciaron relaciones positivas entre los ítems de autocuidado de actividad física y el puntaje total de autoeficacia. Resultados similares fueron obtenidos por Reisi et al. (31), demostrando 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 cuasiexperimental se corroboró el efecto predictor que tiene la autoeficacia sobre los comportamientos de autocuidado para esta patología.

En ese sentido, datos similares obtuvieron Warren et al. (32), quienes determinaron la relación existente entre la autoeficacia y las conductas de autocuidado en pacientes afroamericanos con hipertensión arterial; los participantes que reportaron tener una buena autoeficacia mostraron sentir confianza para mejorar el control de la tensión arterial al informarse y llevar a cabo comportamientos de autocuidado. Los autores concluyeron que el personal de salud debe evaluar la autoeficacia al implementar las técnicas prácticas para ayudar a aumentar su confianza en el manejo de su presión arterial mediante acciones de autocuidado.

De igual manera, Bohanny et al. (33) evidenciaron una relación moderada pero estadísticamente significativa entre el nivel de autoeficacia, conductas de autocuidados y la educación en salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en las islas Marshall y Taiwán. Estos autores recomendaron incluir en las estrategias educativas sobre manejo de la diabetes el concepto de autoeficacia, para promover conductas de autocuidado en los pacientes.

Conclusiones

Los pacientes con CI poseen la capacidad de tomar decisiones sobre su salud y de responsabilizarse por sus propios cuidados, desarrollando así las capacidades cognitivas, las motivaciones y la confianza necesaria para emitir un juicio y determinar qué tan capaces se sienten de alcanzar una meta propuesta. Todo esto, en el contexto del presente estudio sobre cumplir con acciones de autocuidado promovidas en la RC, que además son necesarias para alcanzar una adecuada recuperación de su estado de salud.

De tal modo, al lograr identificar una relación positiva entre el autocuidado y la autoeficacia se propicia un hallazgo significativo, por cuanto confirma estadísticamente la relación teórica y empírica que existe entre estos dos conceptos que han demostrado ser influyentes en el adecuado manejo que dan las personas hacia su propia salud. Este resultado permite comprender la influencia presente entre estas dos variables, lo que resulta en una herramienta útil para la disciplina de enfermería, 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.

Entre tanto, este hallazgo sienta las bases para orientar la práctica, programas de educación y cuidados de enfermería en la atención de pacientes con CI basados en estos dos conceptos; especialmente resulta útil para realizar estudios experimentales con el objetivo de establecer el impacto de intervenciones basadas en la autoeficacia, para afianzar la confianza que tienen los pacientes sobre sus capacidades. Lo anterior puede influir sobre el autocuidado, sustentado en la relación evidenciada entre dos teorías en enfermería.

Por otra parte, una limitación del estudio se presentó en el número reducido de participantes; sin embargo, los resultados son estadísticamente válidos, ya que en el cálculo de tamaño muestral se aplicó una seguridad del 99 % y un poder estadístico del 96 %. Por consiguiente, se sugiere realizar más investigaciones que indaguen la relación de estos dos conceptos en otros contextos de salud.

Referencias

- (1) Organización Mundial de la Salud. Las 10 principales causas de defunción [internet]; 2016 [acceso: 24 jun 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index1.html>

- (2) Centro de Estudios e Investigaciones en Salud. Tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón-Georeferenciado. Así vamos en salud [internet]; 2015 [acceso: 28 oct 2016]. Disponible en: <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/enfermedades-cronicas-no-transmisibles/tasa-de-mortalidad-por-enfermedades-isquemicas>
- (3) Gobernación del Huila. Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud Huila 2016 [internet]; 2016 [acceso: 28 jun 2017]. Disponible en: <http://www.huila.gov.co/documentos/2017/saludpublica/ASIS/asis-departamental-2016-huila.pdf>
- (4) Hernández DY. Relación entre estados de salud y riesgos de no adherencia al tratamiento en pacientes en rehabilitación cardíaca. *Av Enferm* [revista en internet]. 2015 [acceso: 10 jun 2016]; 33(1):114-23. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v33n1.41825>
- (5) Cano CR, Alguacil IM, Alonso JJ, Molero A, Miangolarra JC. Programas de rehabilitación cardíaca y calidad de vida relacionada con la salud. *Rev Esp Cardiol* [revista en internet]. 2012 [acceso: 8 abr 2016]; 65(1):72-9. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2011.07.016>
- (6) Sánchez JC, Angarita A, Jácome A, Malaver Y, Schmalbach E, Díaz C. Barreras para la participación en programas de rehabilitación cardíaca en pacientes sometidos a revascularización percutánea por enfermedad coronaria. *Rev Colomb Cardiol* [revista en internet]; 2016 [acceso: 9 dic 2016]; 23(2):141-47. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.1016/j.rccar.2015.08.009>
- (7) Orem D. Conceptos de enfermería en la práctica. 4a ed. Barcelona: Masson; 1993.
- (8) Taylor S. Teoría del Déficit de Autocuidado. En Marriner A, Riale M, editores. *Modelos y Teorías de Enfermería*. 6a ed. Barcelona: Mac Graw Hill; 2008. p. 269-73.
- (9) Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *Amer Psych* [serial on the internet]. 1982 [access: 10 may 2016] 37(2):122-47. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.37.2.122>
- (10) Resnick B. The theory of self-efficacy. In Smith M, Liehr P, editores. *Middle range theory for nursing*. New York: Springer publishing company; 2003. p. 49-68.
- (11) República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 008430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Santafé de Bogotá. 1993.
- (12) República de Colombia. Ley 911 de 2004. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. 2004.
- (13) Rocha M, González C, Amaya C, Juárez E, Olvera A, Márquez P, et al. Agencia de autocuidado en alumnos de nuevo ingreso en la Unidad Académica Multidisciplinaria Zona Media. *Cien Enferm* [revista en internet]. 2015 [acceso: 11 nov 2015]; 21(1):103-13. Disponible en: DOI: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-9532015000100010>
- (14) Velandia A, Rivera LN. Agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento en personas con factores de riesgo cardiovascular. *Rev Salud Pública* [revista en internet]. 2009 [acceso: 28 ene 2015]; 11(4):538-48. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642009000400005&lng=en
- (15) Sanjuán P, Pérex AM, & Bértudez J. Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema* [revista en internet]. 2000 [acceso: 14 sept 2015]; 12(2):509-513. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/615.pdf>
- (16) Cid P, Orellana A, Barriga O. Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Rev Méd Chile* [revista en internet]. 2010 [acceso: 12 feb 2016]; 138(5):551-7. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000500004>
- (17) Observatorio Nacional de Salud. Carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia, informe técnico 5ª ed. [internet]. 2015 [acceso: 5 feb 2016]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/informe-ons-5.pdf>
- (18) Loáisiga H, Benavides A, Bolaños M, Ortiz L, Vega R, Brenes T. Calidad de vida de los pacientes con enfermedad arterial coronaria incluidos en el programa de rehabilitación cardíaca del hospital San Vicente de Paúl en Heredia. *Rev Costarric Cardiol* [revista en internet]. 2008 [acceso: 8 mar 2016]; 10(1-2):9-13. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41422008000100002&lng=en
- (19) Gutiérrez A, Druyet D, Oramas I, Véliz PL. Infarto de miocardio agudo en Cuba: Situación actual. *Rev Cub Med Int Emerg* [revista en internet]. 2010 [acceso: 18 oct 2015]; 9(1):1638-48. Disponible en: http://bvvs.sld.cu/revistas/mie/vol9_1_10/mie04110.pdf
- (20) Fácila L. Fundación española del corazón. Cardiopatía Isquémica [internet]. 2015 [acceso: 18 oct 2016]. Disponible en: <http://www.fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/cardiopatia-isquemica.html>
- (21) Clua JL, Piñol JL, Gil VF, Orozco D, Panisello A, Lucas J, et al. Resultados de prevención cardiovascular primaria y secundaria en pacientes con ictus: riesgo de recurrencia y supervivencia asociada (estudio Ebrictus). *Rev Neurol* [revista en internet]. 2012 [acceso: 10 oct 2015]; 54(2):81-92. Disponible en: <http://ictusandstroke.com/wp-content/uploads/2015/09/Resultados-prevencion-secundaria.-Neurologia-2011.pdf>
- (22) Rodríguez MA, Arredondo E, Salamanca YA. Capacidad de agencia de autocuidado y factores relacionados con la agencia en personas con insuficiencia cardíaca de la ciudad de Medellín (Colombia). *Enferm Glob* [revista en internet]. 2013 [acceso: 5 oct 2015]; 12(30):183-95. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.12.2.147921>
- (23) Bastidas CV. 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. *Av Enferm* [revista en internet]. 2007 [acceso: 12 mar 2015]; 25(2):65-75. Disponible en: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12811>

(24) Arredondo E. Comportamientos y capacidad de agencia de autocuidado de adultos con falla cardíaca. *Av Enferm [revista en internet]*. 2010 [acceso: 12 feb 2016]; 23(1):21-30. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/15624/16382>

(25) Olivella MC, Bastidas CV, Bonilla CP. Comportamientos de autocuidado y adherencia terapéutica en personas con enfermedad coronaria que reciben atención en una institución hospitalaria de Ibagué, Colombia. *Investig Enferm Imagen Desarr [revista en internet]*. 2016 [acceso: 23 jun 2017]; 18(2):13-29. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie18-2.caat>

(26) Achury LF, Achury DM, Rodríguez SM, Sepúlveda G, Padilla MP, Leuro JM, et al. Capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. *Investig Enferm Imagen Desarr [revista en internet]*. 2012 [acceso: 18 dic 2016] 14(2):61-83. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/4206/3195>

(27) Morales R, Florez ML. Agencia de autocuidado y factores de riesgo cardiovascular en adolescentes. *Av Enferm [revista en internet]*. 2016 [acceso: 28 ene 2017]; 34(2):125-36. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002016000200002&lng=en

(28) Medina M, Rubiano YL. La autoeficacia en pacientes post-infarto. *Rev Fac Med [revista en internet]*. 2017 [acceso: 5 may 2017]; 65(2):261-6. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.57893>

(29) Brink E, Alsén P, Herlitz J, Kjellgren K, Cliffordson C. General self-efficacy and health-related quality of life after myocardial infarction. *Psychol Health Med [serial on the internet]*. 2012 [access: 23 ago 2015]; 17(3):346-55. Available from: DOI: <http://doi.org/10.1080/13548506.2011.608807>

(30) Rowshanak A, Fardowsa Y, Tricia S. Self-Efficacy, Self-Care and Glycemic Control among Canadian South Asians with Type 2 Diabetes. *Can J Diabetes [serial on the internet]* 2016 [access: 16 dic 2016]; 40(5):S71. Available from: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcjd.2016.08.207>

(31) Reisi M, Mostafavi F, Javadzade H, Mahaki B, Tavassoli E, & Sharifirad G. Impact of health literacy, self-efficacy, and outcome expectations on adherence to self-care behaviors in iranians with type 2 diabetes. *Oman Med J [serial on the internet]*. 2016 [access: 11 Jan 2017]; 31(1):52-9. Available from: DOI: <http://doi.org/10.5001/omj.2016.10>

(32) Warren-Findlow J, Seymour RB, Brunner Huber LR. The association between self-efficacy and hypertension self-care activities among African American adults. *J Community Health [serial on the internet]*. 2012 [access: 12 Sep 2016]; 37(1):15-24. Available from: DOI: <http://doi.org/10.1007/s10900-011-9410-6>

(33) Bohanny W, Wu SF, Liu CY, Yeh SH, Tsay SL, Wang TJ. Health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes mellitus. *J Am Assoc Nurse Pract [serial on the internet]*. 2013 [access: 18 Jul 2015]; 25(9):495-502. Available from: DOI: <http://doi.org/10.1111/1745-7599.12017>