



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

AUTOEFICACIA EN PACIENTES POST-INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN UNA IPS ESPECIALIZADA EN GIRARDOT

Mauricio Medina Garzón

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería
Maestría en Enfermería
Bogotá, Colombia
2015

AUTOEFICACIA EN PACIENTES POST-INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN UNA IPS ESPECIALIZADA EN GIRARDOT

Mauricio Medina Garzón

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:

**Magister en Enfermería con énfasis en el cuidado para la salud
cardiovascular**

Directora
DRA Yurian Lida Rubiano M

Línea de investigación
Autocuidado para la salud cardiovascular
Grupo de Investigación:

Cuidado para la salud cardiorrespiratoria

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería
Maestría en Enfermería
Bogotá, Colombia
2015

DEDICATORIA:

*A Dios por ayúdame cada día a cumplir mi sueños
Mis hermanos Carolina, Fabián y Ronald
Personas que ayudaron a iluminar el
Camino.*

*A mis padres, Rigoberto y Luz Marina por
Enseñarme el valor de la perseverancia. Sus
Lecciones de vida me han guiado siempre
Hacia la dirección correcta*

Al amor de mi vida que siempre está en mi corazón.

Agradecimientos

A Dios por sus bendiciones y por fortalecerme en el camino para cumplir la meta.

A mis padres, hermanos y sobrino Matías, que cada día me acompañan en mi vida y me apoyaron en los proyectos alcanzados a pesar de todas las dificultades.

A la profesora Dra. Yurian Lida Rubiano, quien me acompañó, me tuvo paciencia y me guió desde el inicio de este proceso. Sin sus conocimientos, este proyecto no hubiese sido posible. Además, motivo a los estudiantes de Maestría a fundamentarse en la teoría de Autoeficacia.

Mg: Mauricio Medina Garzón

La motivación y la autoconfianza logran buenos resultados.

Albert Bandura

Resumen

El Infarto Agudo de Miocardio es la principal causa de muerte en personas mayores de 55 años. Así, la morbilidad y mortalidad de esta entidad plantean un reto importante debido al impacto que producen en el estado de salud y la calidad de vida¹. Los pacientes que presentan un infarto agudo de miocardio experimentan altos niveles de estrés emocional y ansiedad. Estas percepciones se asocian a sucesos negativos como la incapacidad de cambiar comportamientos y estilo de vida o aún más, por la sensación de poder morir ante un nuevo episodio. Estas percepciones se presentan con mayor frecuencia en la fase aguda del periodo post-infarto. Se perciben a sí mismos como incapaces y limitados para desempeñar sus labores diarias, percibiendo una reducción en su calidad de vida y una baja adherencia a los tratamientos.

Objetivo: Determinar el nivel de Autoeficacia general en pacientes Post-Infarto Agudo de Miocardio según la edad, género, rehabilitado o no rehabilitado atendidos en la consulta de Cardiología en una IPS especializada de la ciudad de Girardot.

Método: Se llevó a cabo un estudio de abordaje cuantitativo de diseño descriptivo mediante el uso de la Escala General de Autoeficacia versión II. Esta investigación estuvo conformada por 149 personas (69 hombres y 80 mujeres) entre los 35 y 65 años que presentaron infarto agudo de miocardio y las cuales cumplieron los criterios de inclusión, a saber, haber presentado infarto agudo de miocardio (IAM) y la asistencia o no asistencia a un programa de Rehabilitación cardíaca. Para el análisis estadístico de los resultados, se utilizaron medidas estadísticas descriptivas, pruebas no paramétricas y pruebas de correlación.

Resultados: La edad de los participantes de este estudio osciló entre los 35 y 65 años con una media de 52 años. La distribución general, está organizada por rangos de edad para

efectos de síntesis, evidencia una población heterogénea donde el mayor porcentaje se sitúa entre los 46 y 55 años, con 38.9%. La edad no modifica el nivel de Autoeficacia. El análisis de la autoeficacia por grupo de edad evidencia que la autoeficacia tiene una incidencia mínima en el grupo de edad. Los niveles de autoeficacia no demuestran diferencias entre los grupos: depende, en realidad, de otros factores.

Según el género, la autoeficacia en las mujeres se percibió ligeramente menor que en los hombres mientras que, utilizando la prueba U de Mann-Whitney, no se percibe una diferencia importante entre los niveles de autoeficacia en hombres y mujeres, al reportar la prueba un valor P de 0,783. Además, los pacientes que no asistieron a la rehabilitación cardiaca tienen una mayor significancia frente a la autoeficacia que los rehabilitados. Una parte de la muestra de esta investigación (67 pacientes) logró acceder a cualquier forma de rehabilitación cardiaca. En comparación, una parte mayor (82 pacientes) no asistió a dicha rehabilitación. Vale la pena aclarar que en la ciudad de Girardot no existe programa de rehabilitación cardiaca, pero sí existen algunos componentes de la primera fase que se implementa en la Ips Especializada como son la asesoría y entrenamiento en actividad física y algunos programas educativos frente a infarto de miocardio. Se evidencia una sutil variabilidad en las fases de la rehabilitación cardiaca con un nivel ligeramente inferior no significativo frente a la autoeficacia.

No existe relación entre la edad, el género y la rehabilitación frente al nivel de autoeficacia y éstas dependen de otras variables diferentes a las del estudio.

Conclusión:

Se evidenció que la edad no influye en la autoeficacia. El paciente post-infarto de menor edad presenta el mismo nivel que un paciente adulto. Con respecto a la autoeficacia frente al género (hombres y mujeres), se evidencia una sutil variación, presentándose un nivel ligeramente menor en éstas debido, probablemente, a la falta de apoyo en el tratamiento y cuidado de la enfermedad dado por la pareja y la familia.

La autoeficacia en los pacientes no rehabilitados es ligeramente mayor que en pacientes rehabilitados, posiblemente, porque los pacientes post-infarto participantes en las sesiones educativas y seguimiento por parte de la Ips de Girardot aprendieron a partir de las fuentes de información como la experiencia vicaria (del ejemplo del otro), la persuasión verbal brindada por el personal médico y de enfermería y a través de la experiencia personal. Así,

obtuvieron el juicio o la decisión para alcanzar el nivel de autoeficacia y lograr comportamientos saludables.

Palabras clave o Descriptores: Autoeficacia, post-infarto de miocardio, rehabilitación cardiaca.

Abstract

The acute myocardial infarction is the leading cause of death in people over 55 years, the morbidity and mortality of this condition poses a major challenge because of the impact they have on the health and quality of life. Patients presenting with acute myocardial infarction experience high levels of emotional stress and anxiety, these perceptions are associated with negative consequences such as the ability to change behavior and lifestyle or even more, for the feeling to die before a new episode. These perceptions occur most frequently in the acute phase of post-infarction period. They perceive themselves as limited and unable to perform their daily tasks, reduced quality of life and low adherence to treatment.

Objective: Determine the level of general self-efficacy in patients Post-Acute Myocardial Infarction by age, gender, rehabilitated or not treated at the Cardiology in a specialized city of Girardot IPS.

Method: a study of quantitative approach of descriptive design was conducted using the scale General Self-Efficacy version II. This research of is conformed 149 people (69 men and 80 women) who had acute myocardial infarction and who met the inclusion criteria. In the range between 35 to 65 years, having presented acute myocardial infarction and attending cardiology consultation, assistance or support to a cardiac rehabilitation program. For the statistical analysis of the results, descriptive statistical measures, nonparametric tests and correlation tests were used.

Results: The age of the study participants ranged from 35-65 years with a mean of 52 years. The general distribution is organized by age, for purposes of synthesis, shows a heterogeneous population, which presents the highest percentage aged between 46 and 55, with 38.9%. Age does not change the level of self-efficacy.

The analysis of the self-efficacy by age group shows that has a low significance in the age group. the self-efficacy levels show no differences between groups, it depends on other factors. According to the by gender self-efficacy the women slightly less significant than men are perceived, using the U test Mann-Whitney an important difference between the levels of self-efficacy in men and women, the test report a P value of 0.783 is not perceived.

in addition, patients did not attended cardiac rehabilitation has a slightly greater significance in the rehabilitated self-efficacy. A sample of this research, 67 patients gained access to any form of cardiac rehabilitation. Compared to 82 patients post myocardial infarction who did not attend cardiac rehabilitation. It is worth noting that

there is no cardiac rehabilitation program in the city of Girardot, but if there are some components of the first phase is implemented in the Specialized Ips; advice and training and educational programs in physical activity against myocardial infarction. A subtle variability is evident in the phases of cardiac rehabilitation with a slightly non-significant self-efficacy against lower level. No correlation with age, gender and rehabilitation against self-efficacy and this depends different from the other study variables.

Conclusion: It showed that age does not influence self-efficacy. The post-infarction, younger patient presents the same level as an adult patient. Regarding the self efficacy against gender (men and women), a subtle variation in women than men and a slightly lower level thereof, opposite the self-efficacy, probably due to lack of support evidenced disease care given by the couple and the family.

The self-efficacy in non-rehabilitated patients is slightly higher than in rehabilitated patients, possibly this is because patients post-myocardial who participated in educational sessions and follow-up by the Ips of Girardot, learned from sources information and experience vicarage (the example of the other), verbal persuasion provided by the nurses and doctor, enactive achievement. Getting the judgment or the decision to reach the level of self-efficacy and achieve healthy behaviors.

Descriptors or Keywords:

Self-efficacy, post myocardial infarction, cardiac rehabilitation.

Contenido

| | Pág. |
|---|------------|
| Resumen..... | V |
| Lista de figuras..... | XV |
| Lista de tablas..... | XVI |
| | |
| 1. Área del problema y Justificación del estudio | 1 |
| 1.1 Planteamiento del problema..... | 1 |
| 1.1.1 Pregunta de investigación..... | 9 |
| 1.2 Objetivos de la Investigación | 9 |
| 1.2.1 Objetivo general..... | 9 |
| 1.2.2 Objetivos específicos | 9 |
| | |
| Justificación..... | 10 |
| 1.3.1 Relevancia Social | 10 |
| 1.2.2 Relevancia disciplinar | 12 |
| 1.2.3 Relevancia teórica y empírica | 13 |
| | |
| Conceptos Mayores de la Investigación | 15 |
| 1.2.4 Paciente en post-infarto agudo de miocardio..... | 15 |
| 1.2.5 Autoeficacia | 15 |
| 1.2.6 Rehabilitación cardiaca | 15 |
| 1.2.7 Niveles de autoeficacia | 16 |
| 1.2.8 Dimensiones de la autoeficacia. | 17 |
| 1.3 Fundamentación filosófica..... | 18 |
| 1.4 Fundamentación epistemológica | 18 |
| 1.5 Fundamentación ontológica | 18 |
| 1.6 Fundamentación metodológica..... | 19 |
| | |
| 2. MARCO TEÓRICO..... | 20 |
| 2.1 Teoría de Autoeficacia..... | 20 |
| 2.2 Teoría de mediano rango de la autoeficacia | 23 |
| 2.3 Relaciones entre conceptos..... | 25 |
| 2.4 Situación del infarto de miocardio | 30 |
| 2.5 Rehabilitación Cardiaca | 31 |
| 3. MARCO METODOLÓGICO | 33 |
| 3.1.2 Población | 33 |
| 3.1.3 Muestra..... | 34 |

| | | |
|------------------|--|-----------|
| 3.1.4 | Criterios de inclusión | 35 |
| 3.1.5 | Criterios de exclusión | 36 |
| 3.2 | Propiedades psicométricas del instrumento | 36 |
| 3.2.1 | Validación de la versión en español de la escala de autoeficacia general | 38 |
| 3.2.3 | Validez facial o de apariencia | 39 |
| 3.2.4 | Resultados de prueba facial | 39 |
| 3.3 | Recolección de la información | 41 |
| 3.4 | Marco de análisis | 42 |
| 3.4.1 | Control de riesgos del diseño | 43 |
| 3.4.2 | Minimizando sesgos en las respuestas | 43 |
| 3.5 | Consideraciones éticas | 44 |
| 3.5.1 | Principios | 44 |
| 3.5.2 | Propiedad intelectual | 46 |
| 3.6 | Prueba Piloto | 47 |
| 3.6.1 | Aplicación | 48 |
| 3.6.2 | Interpretación | 48 |
| 3.8 | Procedimiento | 49 |
| 4. | Análisis de Resultados | 51 |
| 4.3 | La Autoeficacia en pacientes post Infarto Agudo de Miocardio según el género | 55 |
| 4.4 | Autoeficacia en pacientes post IAM rehabilitados y no rehabilitados | 57 |
| 4.5 | Autoeficacia según las fases de la rehabilitación cardiaca | 60 |
| Discusión | | 66 |
| 4.5.1 | Nivel de autoeficacia | 66 |
| 4.5.2 | Autoeficacia y edad | 68 |
| 4.5.4 | Autoeficacia y la asistencia a la rehabilitación cardiaca | 70 |
| 5. | Conclusiones | 73 |
| 6. | Recomendaciones para futuros investigadores | 77 |
| 7. | Aval del comité de Ética por parte de la Universidad Nacional de Colombia | 79 |
| 8. | Presupuesto | 80 |
| 9. | Cronograma | 82 |

Lista de figuras

Figura 1. Teoría Autoeficacia

Lista de tablas

- Tabla 1. Componentes de la Teoria de Rango Medio: Autoeficacia
- Tabla 2. Sistema Conceptual-teórico-Empirico
- Tabla 3. Validez de Contenido de la Escala de Autoeficacia
- Tabla 4. Nivel de Autoeficacia
- Tabla 5. Caracterización por Grupos de Edad
- Tabla 6. Correlación estadística entre la Autoeficacia y la edad
- Tabla 7. Contraste hipótesis estadística de la Autoeficacia por grupo de edad
- Tabla 8. Frecuencia de género
- Tabla 9. Contraste hipótesis estadística de la Autoeficacia según el género
- Tabla 10. Frecuencia de Pacientes Rehabilitados y no Rehabilitados
- Tabla 11. Fases de Rehabilitación Cardíaca
- Tabla 12. Contraste hipótesis estadística de la Autoeficacia y Fases de Rehabilitación
- Tabla 13. Correlaciones no Paramétricas
- Tabla 14. Correlación Estadística entre la Autoeficacia, Edad y pacientes Rehabilitados

Introducción

En el contexto mundial, con el incremento en los índices de morbimortalidad de las enfermedades cardiovasculares que para el 2011 provocó la muerte de casi 17 millones de personas (llegando a representar un 30% de las muertes registradas), 7 millones correspondieron a infartos agudos de miocardio. Además, se afirma que para el 2030, cerca de 23.3 millones de personas morirán por causa de cardiopatías isquémicas². En Colombia, el panorama no es diferente respecto a los países desarrollados. La expectativa de vida proyectada en la población es de 73.9 años entre el periodo 2010-2015; es decir, durante este periodo la población mayor de 45 años se triplicará, hecho que hará aumentar la incidencia y la prevalencia de la enfermedad cardiaca, generando incremento en el costo de la atención en salud³. Según lo reportado por el Dane para el año 2012, una de las causas de mortalidad en Colombia sigue siendo la “enfermedad isquémica del corazón o infarto de miocardio (26334 casos)”⁴.

De hecho, el infarto agudo de miocardio es la principal causa de muerte en personas mayores de 45 años y su morbilidad y mortalidad plantean un reto importante debido al impacto que generan en el estado de salud de la persona, su calidad de vida y en los aspectos sociales, laborales y económicos⁵. Ha sido considerado un problema de salud relacionado directamente con los hábitos y estilos de vida de las personas afectando a la población desde edades tempranas. En efecto, son personas que deben afrontar reacciones físicas y emocionales provocadas por un estado de salud diferente y que, por tanto, requieren información nueva sobre la enfermedad, entendimiento sobre sus capacidades y el juicio para tomar decisiones sobre el accionar en el cuidado de la salud. Por otra parte, la literatura reporta que la Autoeficacia como fenómeno de interés en salud en Colombia

no ha sido ampliamente abordada en enfermería. Por esto, es pertinente una descripción de la Autoeficacia en pacientes post-infarto de miocardio en una Ips especializada de la ciudad de Girardot.

Es por esto que para dar respuesta del nivel de Autoeficacia general en pacientes post-infarto de miocardio se acudió a la aplicación de la teoría cognitiva planteada por el psicólogo Albert Bandura y se retomaron los referentes teóricos de la disciplina de enfermería de Bárbara Resnick con su teoría de la Autoeficacia. Para abordar el fenómeno se llevó a cabo un estudio cuantitativo con diseño descriptivo; para el análisis de los resultados se utilizaron medidas estadísticas descriptivas, pruebas no paramétricas y pruebas de correlación evidenciando que los pacientes post-infarto de miocardio tienden a mantener un nivel alto de Autoeficacia. Ni la edad ni el género modificaron o influyeron en el nivel de Autoeficacia. Considerando la rehabilitación cardiaca como variable, se evidenció que los no rehabilitados tienden a mantener un nivel de autoeficacia levemente significativo respecto a los rehabilitados. Esta diferencia puede estar asociada al hecho de que los pacientes post-infarto de miocardio requieren de fuentes de información como la experiencia vicaria, la persuasión verbal, la experiencia personal y la retroalimentación fisiológica para poder así incrementar el nivel de Autoeficacia. Así, los resultados de este estudio constituyen un avance significativo para la disciplina puesto que el aporte empírico y conceptual para fundamentar futuros estudios de investigación y generar programas institucionales que respalden estrategias basadas en el constructo de la autoeficacia es de gran valor. Este estudio consta de cinco capítulos: en el primero (Marco de referencia), se describe el problema y la pregunta de investigación; se señala la importancia del tema y sus implicaciones, se enuncian los objetivos de la investigación; en el segundo capítulo, se abordan las bases conceptuales y teóricas de la Autoeficacia desde el modelo conceptual. Luego, en el, se presenta la teoría de Autoeficacia, el impacto del infarto de miocardio y la rehabilitación cardiaca. El capítulo tres describe el diseño metodológico, donde se establece el tipo de estudio, la muestra, la descripción del instrumento, las fases de la investigación y las consideraciones éticas. En él se trata el marco de análisis de la información; en el cuarto capítulo se exponen los resultados de la investigación obtenidos por medio del análisis estadístico, aparece el respectivo análisis teórico y la discusión

frente a la literatura disponible. Finalmente, en el quinto capítulo, se puntualizan las conclusiones y recomendaciones.

1. Área del problema y Justificación del estudio

Eje temático de investigación: “Autocuidado para la salud cardiovascular”.

Fenómeno: Autoeficacia en pacientes post-infarto agudo de miocardio.

1.1 Planteamiento del problema.

Es preciso realizar un seguimiento interdisciplinar a los pacientes después de un infarto de miocardio con el fin de identificar elementos que puedan afectar su estado de salud y así poder tratarlos anticipadamente para evitar su agudización; por ello, los programas de rehabilitación cardíaca y el seguimiento mediante la consulta de cardiología son básicos en el tratamiento.

Según Alsén P., Brink Kartson et al.⁶ Los pacientes que sufren un infarto agudo de miocardio experimentan altos niveles de estrés emocional y ansiedad⁷. Quizás, esto se asocia a ciertas consecuencias como la necesidad de modificar comportamientos, estilo de vida o, más aún, por la sensación de una muerte probable ante un nuevo episodio⁸. Estas percepciones se presentan con mayor frecuencia en la fase aguda del período post-infarto⁹.

Los pacientes presentan trastornos de autoestima en los períodos de post-infarto y en estado de ansiedad o de depresión por lo cual sobrevaloran sus limitaciones llegando a percibirse a sí mismos como incapaces para desempeñar sus labores diarias^{10, 11, 12}. Esto se refleja en la reducción de su calidad de vida¹³ y en la baja adherencia a los tratamientos¹⁴.

Adicionalmente, es importante mencionar que las consecuencias fisiológicas del infarto (por ejemplo, la angina de pecho) pueden ocasionar ansiedad en los pacientes y temor ante un nuevo evento coronario¹⁵. Por lo anterior, se puede afirmar que las personas que sufren un episodio de infarto de miocardio están sujetos a temporadas subsiguientes de estrés, ansiedad y depresión que repercuten en el estado emocional, en la calidad de vida y muchas veces en la capacidad para llevar a cabo cambios de comportamiento y de estilo de vida.

Una preocupación sentida por los pacientes post-infarto de miocardio, confirmada desde la experiencia profesional y sustentada en la literatura de enfermería es aquella relacionada con la recidiva de la enfermedad, con el nivel de afectación física y con la capacidad cardiaca del paciente por lo cual éstos desarrollan sentimientos de incertidumbre hacia el episodio vivido. Esta preocupación puede también estar relacionada con la falta de información sobre el evento¹⁶. Además, los pacientes con infarto de miocardio deben enfrentar retos importantes para el mantenimiento de su salud: cambios en los estilos de vida, en el tipo de alimentos que consumen, en las formas de recreación y en la manera de interactuar con los estresores del entorno interno y externo¹⁷.

En este sentido, la rehabilitación cardiaca constituye un mecanismo importante de apoyo en la implementación de modificaciones en los estilos de vida y en la optimización de las respuestas de la función cardiaca en personas que han sufrido un infarto de miocardio. Este programa busca mejorar el nivel funcional desde el punto de vista físico, mental y social^{18,19 20} de las personas que han sufrido un infarto agudo de miocardio, logrando su incorporación a las actividades de la vida diaria. Al respecto, Álvarez, Gómez et al. (2007)²¹ sostienen que se fortalece la autoestima de los pacientes durante los programas de rehabilitación al poder establecer una interacción basada en la confianza y al brindar asesoría personalizada. Así, se adaptan a sus nuevos roles, encausando los cambios pertinentes en los estilos de vida. Sin embargo, han sido implementadas otras estrategias en los programas de rehabilitación

cardiaca como los seguimientos telefónicos después del egreso hospitalario, el transporte gratuito, las visitas domiciliarias realizadas por especialistas o enfermeras, explicaciones verbales, disponibilidad de más citas para los pacientes que no asisten y programas dirigidos por enfermeras basadas en la teoría de la Autoeficacia^{22, 23, 24}. Estas estrategias han demostrado ser efectivas para incrementar la adherencia al tratamiento farmacológico.

Por otro lado, Fernández, Díaz, Sánchez, Domínguez et al. (2003)²⁵, en una revisión de la literatura relacionada, encuentran estudios en donde se han implementado intervenciones psicológicas para actuar sobre los factores de riesgo, el tratamiento y la rehabilitación de los pacientes con enfermedad cardiovascular. Las intervenciones más usadas por los autores son: control de los parámetros cardiovasculares, relajación progresiva, técnicas cognitivas conductuales, estrategias de afrontamiento y componente educacional. Al respecto, los autores afirman que aún está por concretar qué tipo de intervención psicológica es eficaz en la modificación de los factores de riesgo, el tratamiento y en la rehabilitación cardiovascular.

En relación al género, algunos estudios resaltan las diferencias que se presentan entre mujeres y hombres durante el periodo de recuperación después de un infarto agudo de miocardio. Se evidencia que las mujeres reportan menor bienestar en comparación con los hombres²⁶. Por el contrario, a diferencia de los hombres, las mujeres fortalecen su Autoeficacia desde el momento en que reciben las primeras orientaciones para el cuidado de su enfermedad²⁷. En cuanto a las posibles complicaciones, las mujeres presentan mayor número de arritmias en comparación con los hombres²⁸ siendo éstos más propensos a presentar un nuevo infarto en comparación con las mujeres²⁹. En cuanto a los estilos de vida, Kristofferzon, Löfmark, Carlsson et al. (2003)³⁰ señalan que las mujeres informan menores niveles de actividad física un año después del infarto de miocardio y muestran indicadores bajos de calidad de vida³¹.

En relación a su entorno social, los hombres manifiestan recibir mayor apoyo durante la recuperación después del evento cardiaco, pudiendo delegar muchas de sus actividades diarias en sus esposas o hijas. Por su parte, las mujeres son más independientes (o cuentan con menos apoyo) por lo que reanudan sus actividades del hogar y afrontan la enfermedad y los síntomas de manera eficaz³².

En este sentido, los profesionales de Enfermería han dedicado sus esfuerzos para identificar patrones y realizar intervenciones para el cuidado de la salud cardiovascular en personas que presentaron un infarto agudo de miocardio. Los programas de rehabilitación cardiaca y las diversas intervenciones que desde allí se generan son estrategias importantes para el tratamiento de los pacientes. Sin embargo, para alcanzar el nivel óptimo de recuperación desde el punto de vista físico, emocional y social que facilite la incorporación de los pacientes a su vida familiar y laboral, es imprescindible la participación activa de los mismos en las diferentes acciones. Para incentivar dicha participación, es necesario conocer sus capacidades y sus creencias al desempeño en acciones que permitan obtener los resultados deseados (Olivari y Urra, 2007)³³: comportamientos saludables, en este caso. Además, es necesario determinar qué tan competente es el paciente en su confrontación con una variedad de situaciones estresantes (Schwarzer y Jerusalem, 1995; Luszczynska, Gibbons, Piko & Tekosel, 2004; Choi, 2004; Luszczynska, Scholz y Schwarzer, 2005) para poder delimitar la búsqueda de comportamientos acordes a la situación de salud que se está viviendo. En este sentido, Bárbara Resnick (2003) plantea la Autoeficacia como: “el juicio de cada persona acerca de sus capacidades para organizar y ejecutar acciones, basada en un pensamiento reflexivo, el uso del conocimiento, las habilidades y otras herramientas que pueda tener una persona para poder decidir cómo comportarse”³⁴.

La Autoeficacia en el área cardiovascular ha sido estudiada en relación con factores de riesgo como el hábito de fumar, actividad física, estrés y apoyo social:

McDonald, O'Brien, Farr, y Haaga (2010)³⁵ llevaron a cabo un estudio piloto cuasiexperimental con una intervención entre fumadores de una comunidad vulnerable. La intervención consistió en mostrar a los participantes imágenes ilustrativas de los cambios resultantes del hábito de fumar. Así, el estudio encontró que los participantes en condición de intervención reportaron mayor autoeficacia que los participantes del grupo de control. Los autores concluyen que una mayor puntuación de autoeficacia puede repercutir en el aumento de la motivación y generar expectativas de resultados positivos en los comportamientos de salud.

En el estudio de Álvarez, Villamarín, et al (2004)³⁶, se examinó la influencia de la autoeficacia en los ejercicios de autocontrol de la frecuencia cardíaca. Durante el estudio, los participantes fueron intervenidos mediante instrucciones verbales controladas e instrucciones verbales de retroalimentación. El efecto principal de la intervención fue el control de frecuencia cardíaca gracias a la autoeficacia. Por otro lado, los sujetos de alta autoeficacia controlan mejor los síntomas cardíacos que los de autoeficacia baja. Así mismo frente al comportamiento de salud, Mcauley y Jacobson (1991)³⁷ examinaron la importancia de las variables psicosociales en la predicción del ejercicio en mujeres adultas sedentarias en un programa de 8 semanas de continua actividad. Se evidenció que la autoeficacia fue un predictor real de los niveles de ejercicio en general. Sin embargo, un análisis de correlación entre la autoeficacia y la regularidad del ejercicio reveló una significativa diferencia asociada a la duración de la actividad durante el seguimiento.

Por su parte, Carpi, González, Zurriaga, Marzo y Buunk (2010)³⁸ resaltan el papel fundamental de la autoeficacia frente a la percepción de control en la prevención de la enfermedad cardiovascular desde la teoría de acción planeada. La muestra estuvo integrada por 359 sujetos en donde las mujeres representaban el 53% de los estudiados y los hombres el

47%, siendo los 41 años la media de edad. Esto indica que la mayor proporción de la muestra recogida se encuentra en el intervalo de edad en el que empieza a considerarse mucho mayor el riesgo de sufrir algún tipo de enfermedad cardiovascular (Maiques, Brotons & Villar, 1996;). Así, los investigadores demostraron que la autoeficacia influye positiva y significativamente sobre la intención y sobre la conducta, mientras que la percepción de control influye negativamente sobre la intención de la conducta (aunque no influya la conducta preventiva). Los factores psicológicos desempeñan, entonces, un importante rol en el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad cardíaca y pueden interferir directamente en los efectos que percibe el sistema cardiovascular, o indirectamente, por su influencia en los factores conductuales. Por otro lado, se ha demostrado la conveniencia de distinguir entre autoeficacia y percepción de control en la prevención de conductas de salud a nivel cardiovascular. Aunque algunas personas pueden desarrollar una intención de cambiar su comportamiento de salud, es probable que no tomen ninguna acción para realizar los cambios en sus hábitos y es allí cuando ocurre el fracaso. Girardi, Pereyra et al. (2015)³⁹ compararon los niveles de autoeficacia para el afrontamiento del estrés mediante un estudio de casos y controles en pacientes hombres con síndrome coronario agudo entre los 45 y 75 años. Los resultados evidenciaron que los pacientes coronarios presentan una menor percepción de autoeficacia para el afrontamiento del estrés, tanto en el puntaje total como en las dimensiones *expectativa de resultado* y *expectativa autoeficacia*. La percepción de un bajo nivel de autoeficacia sobre el control de estresores se acompaña de elevados niveles de estrés subjetivo, activación autonómica y secreción de catecolaminas plasmáticas. En relación a las conductas preventivas de salud, los individuos con alta autoeficacia percibida⁴⁰ tienen más probabilidad de realizar cuidados preventivos, iniciar tratamientos tempranos y tener una visión optimista sobre la eficacia de los mismos.

En conclusión, el conocimiento de los niveles de autoeficacia y de las variables psicosociales coadyuva al diagnóstico global y su utilización permite trabajar con los pacientes en post-infarto en la generación de conductas y comportamientos, favoreciendo la recuperación y la prevención de nuevos eventos isquémicos. Así mismo, Sniehotta et al. (2005)⁴¹ investigaron de manera longitudinal una muestra de 307 pacientes cardíacos que fueron motivados a

adoptar y mantener la conducta de realizar ejercicios. Estos fueron evaluados inicialmente sobre su intención de realizar los ejercicios. Los resultados confirmaron que la autoeficacia funcionaba, junto a las variables de planificación de conducta y control de la acción, como mediadora entre las intenciones iniciales de realizar ejercicio y la actividad física realizada posteriormente.

El estudio de Maeland y Laerum⁴², hecho a partir de un ensayo aleatorio controlado para comparar dos métodos de intervención en hombres con alto riesgo cardiovascular que realizaron cambios en su estilo de vida durante un año, (tiempo que duró la intervención), evidencia que la autoeficacia era la única variable estrechamente relacionada con el ejercicio. Además, la edad y la autoeficacia fueron predictores significativos de éxito para dejar de fumar. Sin embargo, ninguna de las variables independientes fue estadística ni estuvo relacionada con la presión arterial o el colesterol. Los autores confirman, por tanto, la importancia de la autoeficacia tanto para el comportamiento humano como para el cambio de conductas. En su estudio longitudinal sobre las creencias de autoeficacia general en pacientes con cáncer después de una cirugía de tumor (gastrointestinal, colón-rectal, pulmón), Boehmer Luszczynska, Schwarzer, Ralf. et al. (2007)⁴³ evidenciaron que la autoeficacia eleva física y emocionalmente al paciente generando capacidad de afrontamiento. Además, la autoeficacia ejerce un efecto directo positivo en la calidad de vida durante el mes siguiente a la cirugía y produce efectos indirectos a través del afrontamiento en los 6 meses siguientes.

Desde este punto de vista es posible explorar cómo la autoeficacia se relaciona directamente con los pacientes en situación de post-infarto. En otras palabras, surge la necesidad de conocer el juicio sobre las capacidades de los pacientes para tomar decisiones sobre sus comportamientos dirigidos al cuidado de la salud. Es necesario, por tanto, tener en cuenta que se trata de personas reaccionando física y emocionalmente a un estado de salud diferente por

lo que requieren conocimientos nuevos sobre la enfermedad y el desarrollo de otras nuevas habilidades para enfrentarla. Además, estas nuevas habilidades tendrán que interactuar y responderán, en gran medida, al entorno específico de cada paciente que vive situaciones sociales, culturales y familiares diferentes a las de las poblaciones descritas en las investigaciones hasta aquí referidas.

1.1.1 Pregunta de investigación

Lo anteriormente descrito lleva a formular la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el nivel de Autoeficacia General en pacientes post-infarto agudo de miocardio, atendidos en la consulta de cardiología en una IPS especializada de la ciudad de Girardot?

1.2 Objetivos de la Investigación

1.2.1 Objetivo general

Determinar el nivel de autoeficacia general en pacientes post-infarto agudo de miocardio según la edad, género, rehabilitados o no rehabilitados, atendidos en la consulta de cardiología en una IPS especializada de la Ciudad de Girardot.

1.2.2 Objetivos específicos

- ❖ Determinar la autoeficacia general en pacientes post-infarto agudo de miocardio rehabilitados y no rehabilitados, atendidos en la consulta de cardiología en una IPS especializada de la ciudad de Girardot.
- ❖ Determinar la autoeficacia general en pacientes post-infarto agudo de miocardio según la edad y género, atendidos en la consulta de cardiología en una IPS especializada de la ciudad de Girardot.

Justificación

1.3.1 Relevancia Social

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de muerte en los países industrializados y en aquellos en vía de desarrollo⁴⁴. En Colombia, la enfermedad isquémica cardíaca y el infarto de miocardio son la principal causa de muerte tanto en hombres como en mujeres mayores de 45 años⁴⁵. Así, se calcula que estas enfermedades cobran la vida de 29.000 colombianos aproximadamente afectando en su mayoría a los hombres, con 16.000 casos. En el departamento de Cundinamarca se encuentra la mayor cantidad de casos de infarto de miocardio del país (64,74%)⁴⁶. En una institución especializada de la ciudad de Girardot, (Cundinamarca), el infarto agudo de miocardio y los eventos coronarios se establecen como la tercera causa de morbimortalidad en la población mayor de 40 años. Los datos epidemiológicos registran 133 casos de personas con angina de pecho, 220 con angina inestable y 194 personas con IAM atendidas en el primer periodo 2014: en cuanto al segundo periodo de 2014 se registraron 205 casos de infarto de miocardio y 104 anginas estables y 26 anginas inestables⁴⁷.

En primer lugar, el infarto de miocardio se ha convertido en un problema de salud pública debido al costo generado por la atención del paciente⁴⁸ y al deterioro de su calidad de vida^{49, 50, 51}. Por lo tanto, resulta necesario incluir estrategias tendientes a modificar el estilo de vida: la prevención y la rehabilitación juegan un rol esencial en el cuidado de las personas en esta situación particular de salud como lo demuestran algunos estudios que, con base en la identificación oportuna de los cambios en el comportamiento y en las actividades cotidianas de las personas víctimas de infarto, es posible disminuir la probabilidad de recaídas, evitar la progresión y el riesgo de muerte súbita y de re-infarto^{52, 53}. Además, el estudio señala que la mayoría de pacientes podrían reincorporarse a sus actividades habituales y laborales^{54, 55, 56, 57, 58} Así mismo Alm, Stagmo, Uden et al. (2004)⁵⁹, De Feo et al. (2012)⁶⁰, Ghali WA, Faris PD, Galbraith PD, et al. (2002)⁶¹ revelan en sus estudios que el porcentaje de mujeres que ingresan a los programas de rehabilitación cardíaca es menor que el de los hombres⁶² y,

además, evidencian mayor participación de pacientes mayores que de pacientes jóvenes en dichos programas.⁶³

Otro aspecto de la enfermedad que requiere análisis es la recidiva del infarto de miocardio y sus implicaciones: no solo provoca reingresos continuos a las instituciones especializadas, provocando el aumento del costo de los tratamientos, sino que, nuevamente, impulsa el deterioro de la calidad de vida de las personas. Esto supone dificultades en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, alteración en las relaciones interpersonales, afectivas y dificultades en su rol laboral⁶⁴. Dadas estas contingencias, existen programas de rehabilitación cardíaca que buscan mejorar los niveles físico, emocional y social facilitando la incorporación de los pacientes a su vida familiar y laboral, aunque, según la literatura especializada, hay diferencias entre hombres y mujeres en el proceso de reincorporación a la vida cotidiana⁶⁵.

Por cuanto al estudio del presente trabajo, es cierto que algunos pacientes atendidos en instituciones especializadas de la ciudad de Girardot no tienen la posibilidad de asistir a un programa de rehabilitación debido a la ausencia de este tipo de programas en la ciudad⁶⁶. En este sentido, analizar el fenómeno de la autoeficacia en pacientes que han presentado un infarto de miocardio puede brindar información importante respecto al modo en que los pacientes visualizan su realidad desde hechos básicos como la toma de decisiones frente a su salud cardiovascular. Esta información constituye un verdadero pilar para la Enfermería por cuanto posibilita la creación de estrategias personalizadas dirigidas a la prevención del infarto de miocardio y al cuidado de las personas que lo sufren a partir de la identificación de los vacíos educativos que influyen en los momentos de toma de decisiones relacionadas con el modo de reinscripción del paciente en sus roles cotidianos y la realización de cambios de comportamiento. Es éste el enfoque integral del cuidado de la salud inherente al metaparadigma de la disciplina: persona, salud, cuidados y entorno.⁶⁷ Así, los enfermeros podrán encaminar sus esfuerzos hacia la participación voluntaria, libre y autónoma de las personas en el cuidado de su salud, reconociendo y fortaleciendo las capacidades que los pacientes tienen en aras de mejorar su estado de salud y su calidad de vida.

1.2.2 Relevancia disciplinar

Se ha subrayado, en el presente trabajo, la necesidad que tienen los pacientes, que han sufrido un infarto agudo de miocardio, de participar en actividades de prevención dirigidas a la rehabilitación, buscando controlar la progresión de la patología y así evitar la aparición de complicaciones que deterioren la calidad de vida⁶⁸. Así, diferentes estudios realizados por enfermeros confirman la importancia de la autoeficacia para modelar comportamientos y conductas saludables. Según Jaramillo y Valencia (2011)⁶⁹ los estímulos y la promoción de la autoeficacia pueden aumentar la calidad de vida y disminuir el sufrimiento. Para Everett (2015)⁷⁰, la práctica de algún deporte o de cierta actividad física en personas con enfermedad cardiovascular representa una gran herramienta para motivar, aconsejar, sensibilizar al paciente y conducirlo hacia mejores hábitos, por ejemplo, la eliminación del consumo del tabaco, teniendo en cuenta sus capacidades y habilidades⁷¹. Con el aumento de la autoeficacia a través de estas actividades, se reporta una mayor adhesión al tratamiento, al aumento de la frecuencia de conductas de cuidado y la disminución de los síntomas físicos y psicológicos⁷².

A su vez Resnick (1994, 1996, 1998a, 1998b, 1999, 2000, Baltimore, Maryland Estados Unidos) realizó estudios con enfoques cuantitativos y cualitativos y demostró la influencia que ejercen la autoeficacia y las expectativas de resultados en la participación de los adultos mayores en las actividades cotidianas y de aquéllas centradas en el ejercicio físico. Por tanto, las intervenciones del profesional fueron desarrolladas con la intención de fortalecer la autoeficacia y las expectativas de resultado en la actuación de estas actividades⁷³, en los procesos nutricionales^{74,75,76,77,78} y en el manejo de las creencias acerca de la autoeficacia, es decir, la propia capacidad para adherir a la medicación^{79, 80, 81}.

Así pues, el fenómeno de la autoeficacia ha sido abordado desde las ciencias humanas y las ciencias sociales sometiendo a análisis diferentes tipos de población. La presente investigación tiene como propósito identificar y caracterizar las expectativas respecto a los

resultados obtenidos en los tratamientos y en las acciones de cuidado, siguiendo los planteamientos de la teoría social cognitiva de Bandura, la teoría de Bárbara Resnick y los estudios de investigación que señalan la autoeficacia como un elemento que refuerza los procesos de adopción, inicio y mantenimiento de conductas de salud. El presente trabajo, originado desde la enfermería, ofrece la descripción de la autoeficacia en personas que se encuentran en situación de post infarto agudo de miocardio y brinda bases conceptuales para la formulación de investigaciones posteriores y estudios correlacionales. Además, a partir de los resultados, se pretende que los enfermeros reflexionen sobre la posibilidad de generar intervenciones orientadas a la prevención de conductas riesgosas, a la promoción de conductas que van en beneficio de la salud⁸² e intervenciones que favorezcan el afrontamiento de los sucesos que se viven durante la enfermedad.

1.2.3 Relevancia teórica y empírica

La autoeficacia, según Bárbara Resnick, plantea la necesidad de la valoración integral del juicio que cada persona tiene acerca de sus propias capacidades para planear y ejecutar acciones mediante la promoción de un pensamiento reflexivo, del uso de su propio y variado conocimiento, de las habilidades y otras herramientas, todo esto dirigido a la formación de una capacidad decisoria sólida en cada paciente⁸³. El IAM, por su parte, implica una serie de modificaciones que atañen el estado de salud e implican alteraciones en la dieta, medicación, realización regular de ejercicio físico. A pesar de representar cambios drásticos e involuntarios, estas nuevas conductas pueden dirigir al paciente hacia la completa rehabilitación cardiaca, habiendo desarrollado nuevas percepciones y creencias en el paciente con base en información detallada sobre la enfermedad. Por el contrario, los no participantes del tratamiento reportan una menor implicación en el proceso rehabilitador debido al desconocimiento sobre la enfermedad⁸⁴. Así, es posible ver cómo la autoeficacia se relaciona directamente con el paciente en un estado de salud de post-infarto. En una situación semejante, al contar con el apoyo de los profesionales de la salud y de su familia, los pacientes se sienten responsables y capacitados para gestionar sus cuidados. Sin embargo, en muchas

ocasiones, los nuevos comportamientos son difíciles de mantener a largo plazo⁸⁵. Diferentes estudios han encontrado en pacientes post-infarto: signos de ansiedad, miedo, depresión⁸⁶, angustia⁸⁷, cambios en la actividad sexual⁸⁸, reducción de la condición física⁸⁹, percepción de discapacidad⁹⁰ y una incertidumbre permanente sobre la posibilidad de morir⁹¹. De hecho, al menos el 50% de los pacientes con IAM presenta problemas psicológicos que conllevan la reducción de la calidad de vida, reportando secuelas incluso un año después del incidente cardíaco^{92,93, 94}. Pese a esto, en una revisión sistemática⁹⁵ se evidenció la reducción de la mortalidad cardíaca en un 26% como resultado de un exhaustivo tratamiento de rehabilitación⁹⁶, lo que demuestra la necesidad de realizar un análisis más individualizado, es decir, a partir de los objetivos o metas personales de cada paciente⁹⁷. Infortunadamente, los estudios sobre autoeficacia en relación al apoyo social han recibido poca atención en los procesos de rehabilitación cardíaca⁹⁸. Según Rydlewska et al. (2013)⁹⁹, con base en el análisis del enlace entre la autoeficacia y la función cardíaca¹⁰⁰, una máxima autoeficacia es altamente predictiva del estado de salud, si el desempeño es exitoso en los hábitos adquiridos, incluida la carga de los síntomas, la función física, calidad de vida y la salud en general¹⁰¹.

En este sentido, los estudios sobre autoeficacia aportan a la Enfermería como disciplina en la medida en que los resultados sugieren cambios en la práctica que permitan ver el impacto de intervenciones creativas sustentadas en referentes teóricos de la Enfermería y a partir de los juicios y capacidades de las personas que han vivido un infarto de miocardio. Así pues, para el desarrollo de la investigación, fue implementado el modelo conceptual de la teoría de autoeficacia de Bandura y la teoría de rango medio de autoeficacia de Bárbara Resnick que permite operacionalizar la teoría social cognitiva acercándola al fenómeno de salud post-infarto de miocardio. Cabe anotar que fue también implementado el instrumento de “autoeficacia general” que cumple con las medidas psicométricas para el uso con población colombiana.

Conceptos Mayores de la Investigación

1.2.4 Paciente en post-infarto agudo de miocardio

Para la presente investigación, un paciente en post-infarto agudo de miocardio será todo hombre y mujer entre 35 y 65 años que haya experimentado signos y síntomas isquémicos y diagnosticados con infarto agudo de miocardio¹⁰².

1.2.5 Autoeficacia

Para Albert Bandura, la autoeficacia consiste en “la creencia y confianza de la persona acerca de sus capacidades para producir niveles diferentes de desarrollo [...] que ejercerán influencia sobre eventos que afectan sus vidas. Los sentimientos de autoeficacia determinan cómo la persona siente, piensa, se motiva a sí mismo y se comporta”¹⁰³. Además, según Bárbara Resnick¹⁰⁴, autoeficacia es “el juicio que cada persona tiene acerca de sus capacidades para organizar y ejecutar acciones, de manera que, con base en un pensamiento reflexivo, el uso del conocimiento, las habilidades y otras herramientas, una persona puede decidir cómo comportarse”.

1.2.6 Rehabilitación cardiaca

Es un proceso de entrenamiento físico, educación y consejos buscando la reducción de riesgos y la adopción de cambios en los estilos de vida, tendientes a modificar la conducta dadas las repercusiones del infarto agudo de miocardio. La rehabilitación busca mejorar la capacidad física, modificar hábitos y estilos de vida y reducir los riesgos de nuevos episodios de infarto de miocardio o reinfarcto¹⁰⁵. En suma, **constituye** una parte esencial del tratamiento de dichos

pacientes porque su objetivo principal es brindar a los pacientes un nivel funcional óptimo desde el punto de vista mental, físico y social, que facilite la reincorporación de los pacientes a la vida familiar y profesional¹⁰⁶.

1.2.7 Niveles de autoeficacia

Siendo la autoeficacia el conjunto de creencias personales sobre las propias capacidades encaminadas al aprendizaje y ejecución de ciertas acciones a ciertos niveles, es necesario señalar la importancia, para el desarrollo exitoso del tratamiento, de la evaluación de las habilidades y capacidades por parte del paciente con la intención de transformar esos nuevos conocimientos individuales en acciones, en un proceso de concientización de sus propias habilidades y no de los deberes (Bandura, 1986). La autoeficacia ha sido puntualizada en la investigación de Olaz (2001) en “juicios de las personas acerca de sus propias capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento”¹⁰⁷. En otras palabras, son las creencias en las propias capacidades para “organizar y poner en marcha planes de acción indispensables para afrontar situaciones futuras y alcanzar una meta”¹⁰⁸. El valor de este proceso está en el hecho de ser un predictor de conductas del sujeto autoreforzadas en la medida en que él mismo las vaya construyendo y avanzando con la intención de alcanzar logros. Con razón afirma Pascual (2009)¹⁰⁹ que la autoeficacia se refiere a la capacidad de juzgar las cualidades y habilidades que posee cada individuo para ponerlas en práctica, aplicarlas y conseguir las metas propuestas.

Así pues, es posible afirmar que las personas que gozan de altos niveles de autoeficacia tienen la capacidad de alcanzar con facilidad metas estipuladas gracias a la mediación de ésta en el impacto de las condiciones ambientales sobre la conducta. Por tanto, el paciente, consciente de sus habilidades, buscará actividades adecuadas para solucionar las dificultades que se presenten y poder alcanzar lo propuesto¹¹⁰. En cambio, cuando los individuos tienen bajos niveles de autoeficacia y se enfrentan a procesos más complejos para conseguir objetivos y metas, no tienen el mismo tipo de procesamiento de las conductas y pensamientos debido a

diversas razones. Entonces, cuando estos individuos atraviesan situaciones difíciles, se perciben a sí mismos como seres poco eficaces contraponiéndose a quienes gozan de esa capacidad y viven experiencias exitosas. Por eso, tenderán a sufrir depresión y sentimientos de minusvalía (Bandura, 1997).

Por último, sobre los niveles de autoeficacia, Castillo (2009) menciona que las personas “con alta firmeza y credibilidad confían en las propias capacidades, tiene(n) la cualidad de imponerse retos aún más complejos”. Es posible afirmar, además, que los sujetos con altos niveles de autoeficacia poseen un excelente pensamiento analítico, hecho que les permite obtener logros satisfactorios en la ejecución mientras que individuos que mantienen niveles bajos de autoeficacia son más vulnerables al error, factor determinante en la reducción de las aspiraciones y la disminución de la calidad de ejecución¹¹¹.

1.2.8 Dimensiones de la autoeficacia.

Según Castillo (2009), la teoría ha sido puntualizada para realizar mediciones de las expectativas de autoeficacia de acuerdo a los planteamientos de Bandura (1977)¹¹²:

Magnitud: se refiere a los logros de ejecución del sujeto y es el número de actividades que podría realizar un individuo para conseguir un determinado objetivo. Es necesario, entonces, ejecutar la máxima cantidad de tareas que expone el individuo para rendir y cumplir.

Fuerza: es el mayor o menor grado de convencimiento del individuo acerca de sus propias capacidades para poder obtener lo planteado. Es el parámetro que señala el grado de confianza que tiene cada individuo en sí mismo.

Generalidad: es el dato concreto del número de tareas o actividades en las que el individuo se considera eficaz y cuyos objetivos se cree capaz de alcanzar.

1.3 Fundamentación filosófica

El prototipo de la presente investigación es crítico-propositivo y gira entorno al fenómeno de la autoeficacia en pacientes post-infarto de miocardio. Es crítico porque analiza el nivel de autoeficacia en pacientes post-infarto de miocardio y permite indagar y conocer las capacidades, habilidades, juicios y comportamientos generados después de un infarto de miocardio, logrando explorar y determinar el fenómeno de autoeficacia puesto que es producto de una formación individualizada de cada paciente. Es propositivo porque se ha elaborado una propuesta investigativa sobre el fenómeno de autoeficacia.

1.4 Fundamentación epistemológica

En este estudio, el paciente (persona) que ha presentado un infarto agudo de miocardio es concebido como un ser social con entendimiento, pensamientos y conductas propias frente al fenómeno de salud que está viviendo. La autoeficacia, por eso, afectará el comportamiento del paciente influyendo sobre los juicios, ideas y reacciones emocionales y determinando conductas y comportamientos saludables.

1.5 Fundamentación ontológica

Este trabajo establece que el paciente post-infarto es un individuo integral con interacción recíproca y visualiza al ser humano en toda su complejidad, en constante relación con su entorno y con los procesos de cambio que se dan de manera continua. De antemano, se considera a la persona como competente en el desarrollo de sus actividades y en el cumplimiento de conductas saludables frente a la enfermedad.

1.6 Fundamentación metodológica

Para llegar a la identificación de la autoeficacia en pacientes post-infarto agudo de miocardio, se privilegió la interacción comunicativa participantes-investigador mediado por la escala general de autoeficacia que permitió a los pacientes expresar los juicios, dar respuestas emocionales y evidenciar capacidades para enfrentar el fenómeno de salud.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Teoría de Autoeficacia

La autoeficacia es un concepto que hace parte de la teoría del aprendizaje social o teoría social cognitiva, creada por Bandura. La teoría del aprendizaje social se fundamenta en estructuras cognoscitivas mediante las cuales los sujetos se relacionan con su ambiente y le permiten moldear su conducta. Si bien es cierto que los estímulos ambientales influyen en la conducta, los factores personales individuales, como las creencias y las expectativas también influyen en el modo en que las personas se comportan. Por ende, la conducta es el resultado de la interacción entre la persona y el ambiente, y no de un solo factor aislado¹¹³.

2.1.1 El constructo de la autoeficacia

La autoeficacia se define como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento” (Bandura, 1983)¹¹⁴. Estas creencias entorno a las propias capacidades actúan como mediadores en la actividad humana estableciendo una especie de filtro entre las habilidades y logros previos y la conducta subsiguiente (Zeldin, 2000)¹¹⁵. Para Bandura (1987) estas creencias de eficacia son mejores predictores de la conducta futura que las habilidades, los logros previamente alcanzados o el conocimiento adquirido por el sujeto acerca de la actividad a realizar, porque ésta es capaz de determinar aquello que hará el sujeto según sus conocimientos o las habilidades que posee (Valiante, 2000)¹¹⁶. Para Bandura (1993)¹¹⁷, en suma, la autoeficacia determina la manera en que la persona piensa, siente, se motiva y se comporta, a través de cuatro procesos principales: selección, motivación, cognición y afecto¹¹⁸.

Las páginas anteriores han señalado que la autoeficacia influye en la selección de actividades y conductas y, es sabido, gracias incluso a la experiencia, que las personas tienden a elegir actividades y comprometerse en acciones para las cuales se consideran altamente eficaces y tienden a evitar aquellas en las cuales se consideran ineficaces. Con todo, la autoeficacia establece qué tanto esfuerzo y motivación invierten las personas en una actividad, como así también, cuán perseverantes son frente a los obstáculos que puedan presentársele. Cuanto mayor sea la autoeficacia, mayor será el grado de esfuerzo invertido y la persistencia de las personas en la actividad. La autoeficacia afecta también el comportamiento humano influyendo sobre los patrones de pensamiento y las reacciones emocionales. Las personas de baja autoeficacia, por ejemplo, pueden considerar que las actividades que deben realizar son mucho más difíciles de lo que realmente son, lo cual les ocasionara un alto grado de estrés y ansiedad, así como pensamientos negativos acerca de su posible desempeño. Un alto nivel de autoeficacia, a su vez, brinda una mayor confianza y serenidad en el afrontamiento de tareas difíciles. La autoeficacia influye a su vez en las atribuciones causales que el individuo realiza frente al éxito o al fracaso en las actividades.

Por último, la autoeficacia influye en el comportamiento afectivo. Aquellos sujetos que se perciben a sí mismos eficaces se imponen retos, intensifican sus esfuerzos y, si el rendimiento no es suficiente de acuerdo a las metas que se habían propuesto, experimentan bajos grados de estrés y no se atemorizan ante tareas difíciles; por el contrario, no se agota el interés por actividades nuevas.

Por otro lado, Bandura se refiere a las expectativas de los resultados como el juicio que hace la persona acerca de las posibles consecuencias que determinan ciertas conductas en una situación particular. Las expectativas de autoeficacia tienen que ver con “la creencia que tiene la persona acerca de si se siente capaz o no de lograr un cierto nivel de ejecución en una situación particular”¹¹⁹.

Otros elementos de la teoría de la autoeficacia de Bandura son las cuatro fuentes de información: los logros de ejecución, la experiencia vicaría, la persuasión verbal y la retroalimentación fisiológica y emocional. Cualquiera de estas fuentes, dependiendo de cómo sea aplicada, puede interactuar con las otras fuentes de información¹²⁰.

Teniendo en cuenta que el éxito eleva las expectativas de dominio mientras que el fracaso las disminuye, los **logros en la ejecución o experiencia propia** se basan en las experiencias de dominio real (Bandura, 1987)¹²¹. Las repercusiones del fracaso en la autoeficacia dependen, en parte, del momento y del patrón de experiencias en las que éste se encuadra. De esta forma, el éxito continuado reduce la incidencia del fracaso así como los fracasos ocasionales anulados por esfuerzos posteriores pueden reforzar la persistencia automotivada. Es por esta razón que las personas con un fuerte sentido de autoeficacia recuperan su confianza más rápidamente después de fracasar en la realización de alguna actividad o en el cumplimiento de una meta y tienden a atribuir su fracaso a un esfuerzo insuficiente o a conocimientos y habilidades incompletos que pueden aún ser adquiridos.

La **experiencia vicaria** se refiere a la influencia sentida a partir de experiencias indirectas, vicarias o que se observan en los demás. Viendo a otras personas ejecutar exitosamente ciertas actividades, o imaginándolas, el sujeto puede llegar a creer que él también posee las capacidades suficientes para desempeñarse con las mismas probabilidades de éxito. Esta fuente de autoeficacia adquiere particular relevancia en los casos en que los individuos no tienen un gran conocimiento de sus propias capacidades o cuentan con poca experiencia en la tarea a realizar. Cabe recordar que las experiencias personales no son los únicos canales por medio de los cuales se puede obtener información y que, si los otros realizan actividades que no implican consecuencias adversas para quien observa, habrá una generación de expectativas tal que esta persona, ante todos esos eventos, habrá inhibido sus miedos en gran medida¹²².

La **persuasión verbal** es otra importante fuente de autoeficacia, en especial para aquellas personas que ya poseen un nivel elevado de autoeficacia y solamente necesitan afianzar aún más su confianza para realizar un esfuerzo adicional para poder alcanzar el éxito. La persuasión verbal no debe confundirse con el simple elogio sino que, por el contrario, los persuasores deben asegurarse de cultivar las creencias de autoeficacia en quienes los oyen, hecho que permite acercarse aún más al éxito prometido (Pajares, 1997)¹²³. Las expectativas de autoeficacia producidas por esta fuente son mucho más débiles que las anteriormente mencionadas. Así pues, la persuasión verbal por sí sola puede influir de forma muy limitada el cambio conductual y, en última instancia, a la autoeficacia. Sin embargo, unida a la

información correcta, puede ser de gran utilidad (Pajares. 2009)¹²⁴. De hecho, según Bandura (1997), la persuasión verbal es quizás la fuente menos fructífera debido a que la gente no suele implementar cambios simplemente porque hay alguien que los intenta persuadir aunque toda ayuda pueda resultar benéfica¹²⁵.

Retroalimentación fisiológica y emocional Las situaciones estresantes crean respuestas emocionales que, dependiendo de las circunstancias, ofrecen información sobre las competencias de quien las vive¹²⁶. Los múltiples indicadores de activación autonómica, así como los dolores y la fatiga, pueden ser interpretados por el individuo como signos de su propia ineptitud y, en general, los estados elevados de ansiedad se entienden como signos de vulnerabilidad y por ende como indicadores de un bajo rendimiento. Por eso, si la autoeficacia representa un sentido de control sobre el entorno y el comportamiento gracias al cual la persona interactúa, fundamentando las acciones en la capacidad para establecer conductas, uno de sus resultados son construcciones conocidas como creencias de autoeficacia, esenciales para determinar si se iniciará o no un cambio de comportamiento en el cuidado de la salud y evaluar si el paciente será o no persistente en su tratamiento, a pesar de los obstáculos y contratiempos que puedan presentarse^{127,128,129}.

Por último, se entiende por autoeficacia percibida "los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, con base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado" (Bandura 1987). En otras palabras, son las creencias (percepciones) que tiene un individuo de sus capacidades para organizar y llevar a cabo determinadas acciones en busca de un cierto nivel de desempeño¹³⁰.

2.2 Teoría de mediano rango de la autoeficacia

(Síntesis de SMITH, M. y LIEHR P., *Middle range theory for nursing*. Springer Publishing Company (pp. 49 – 68). Traducción de María Trujillo, 2014.)

Desde la enfermería, Bárbara Resnick ha retomado el concepto-núcleo de esta investigación definiéndolo así: autoeficacia es "el juzgamiento del individuo de sus capacidades para

organizar y ejecutar cursos de acción". Así, la teoría de la autoeficacia se basa en la capacidad de las personas para influir sobre lo que hacen. A través del pensamiento reflexivo, los diferentes aprendizajes, las destrezas y otras herramientas de autoinfluencia, la persona decidirá cómo comportarse¹³¹. Por eso el individuo, para identificar su propia autoeficacia, deberá realizar ejercicios comparativos entre los resultados obtenidos con los que busca obtener. Es este proceso comparativo lo que permite a un individuo juzgar su capacidad de rendimiento y así mismo establecer las expectativas de autoeficacia¹³².

Así, tomando como base la teoría cognitiva social, la teoría de la autoeficacia propone la interacción de la persona, la conducta y el ambiente como una reciprocidad trídica (Bandura, 1977, 1986)¹³³. La reciprocidad consiste en la creencia de que la conducta, el conocimiento y otros factores personales, así como los agentes ambientales, interactúan y se determinan el uno al otro. Sin embargo, esto no quiere decir que el influjo del comportamiento, los factores personales y ambientales sean iguales pues, dependiendo de la situación, el peso de uno de los factores puede ser más grande que el de otros y estas influencias pueden variar con el tiempo.

Por otro lado, Resnick sugiere que los individuos desarrollan pensamientos sobre sí mismos verificables a través de cuatro procesos diferentes: la experiencia directa de los efectos producidos por sus acciones, la experiencia vicaria, los juicios con la experiencia de otros, y la derivación de un mayor conocimiento. Así, el accionar humano es visto como una interacción dinámica de la persona, del comportamiento, y de las influencias ambientales.

Los dos grandes componentes de esta teoría son las expectativas de autoeficacia y las expectativas de resultados, siendo las expectativas de autoeficacia los juicios acerca de la capacidad personal para realizar una tarea determinada y las expectativas de resultados, los juicios sobre lo que sucederá, si se lleva a cabo con éxito una tarea determinada. Con esto, se han planteado cuatro fuentes de información para establecer las características de la autoeficacia en una persona: la capacidad de identificación del rendimiento efectivo de una conducta (modelado); la experiencia vicaria (Bandura, Adams, Hardy y Howells, 1980); la persuasión verbal o exhortación; el estado fisiológico o retroalimentación (conciencia de los cambios emocionales y fisiológicos generados por un comportamiento).

2.3 Relaciones entre conceptos

Figura 1. Teoría de la autoeficacia



Tomado de SMITH, M., LIEHR, P. (ed.) *Middle range theory for nursing Self Efficacy*. Springer Publishing Company, 2013. Traducido al español.

Tabla 1. Componentes de la Teoría rango medio de Autoeficacia

| Aspecto | Visión interactiva/ integrativa/ reciprocidad |
|---|--|
| Origen | Esta teoría deriva de la teoría del aprendizaje social o teoría social cognitiva (Bandura). En enfermería, es retomada por Barbara Resnick. |
| Escuela filosófica | Post-positivismo (Larson Kise. 2000). |
| Visión del mundo de enfermería | La visión de esta teoría es la visión interactiva-integrativa-reciprocidad y establece que las personas interactúan con el ambiente creando relaciones recíprocas entre la persona, el ambiente y el comportamiento. |
| Concepto del metaparadigma¹³⁴ | La teoría no describe los conceptos del metaparadigma. Esto no impide que se puedan retomar algunas |

| Aspecto | Visión interactiva/ integrativa/ reciprocidad |
|---|--|
| | <p>consideraciones:</p> <p><u>Persona</u>: ser humano íntegro caracterizado por una dimensión física, psicológica, social a través de la cual percibe su entorno, su ambiente.</p> <p><u>Salud</u>: aspecto que se fortalece con el cumplimiento de las metas, como son las expectativas de autoeficacia y de resultado.</p> <p><u>Ambiente</u>: conjunto de las características del entorno en el que se desenvuelve la persona. Depende de los factores personales y situacionales.</p> <p><u>Comportamiento</u>: conjunto de acciones que pueden influir sobre otras, producto del pensamiento reflexivo.</p> |
| <p>Conceptos de la teoría</p> | <p>Reciprocidad triádica entre la interacción de la persona, el comportamiento y el ambiente. Expectativas de autoeficacia y expectativas de resultados.</p> |
| <p>Descripción de supuestos compartidos por la teoría de Bandura y Resnick</p> | <ul style="list-style-type: none"> ❖ La autoeficacia se refiere a un sentido de control sobre el entorno y el comportamiento logrando que la persona interactúe de manera activa, fundamentada en el juicio, agente que capacita a las personas en la definición de conductas. (Bandura, 1982) (Resnick, 2003). ❖ Los juicios de autoeficacia representan procesos inferenciales en los que debe establecerse la certeza de las posibilidades, en acuerdo con factores situacionales y personales. (Bandura, 1982) (Resnick, 2003). ❖ El ambiente influye en la conducta aunque no sea su único determinante. ❖ Los factores personales y ambientales tienen |

| Aspecto | Visión interactiva/ integrativa/ reciprocidad |
|---------|--|
| | incidencia variable puesto que, según la situación, un factor puede influir más que otro y estas influencias varían con el tiempo. |

Elaborado por: Mauricio Medina Garzón. Universidad Nacional de Colombia, Magíster en Enfermería. 2015.

Tabla 2. Sistema Conceptual Teórico-Empírico

El sistema conceptual teórico-empírico es una estructura propuesta por Fawcett¹³⁵ para demostrar las relaciones existentes entre los modelos conceptuales de enfermería, la teoría y la prueba empírica.

| Aspecto | Sistema Conceptual teórico-empírico |
|--------------------------------|--|
| <i>Modelo conceptual</i> | Autoeficacia |
| <i>Teoría de Mediano Rango</i> | Teoría cognitiva Social según Albert Bandura. Teoría de autoeficacia según Bárbara Resnick. |
| <i>Indicador Empírico</i> | Escala general de autoeficacia (Schwarzer y Jerusalem en Alemania) |

Elaborado por Mauricio Medina Garzón, Magíster en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 2015.

Esta teoría, basada en el constructo, ha sido propuesta en algunos estudios. En uno, se intentó exponer el conjunto de beneficios producidos por la autoeficacia directamente sobre el comportamiento y el estado de la salud en los adultos a partir de la determinación y descripción de los cambios en la calidad de la salud de 2.524 pacientes. Se recogió información en 5 áreas de comportamiento (ejercicio, ingesta de grasa en la dieta, control de peso, ingesta de alcohol y cigarrillo) evidenciando cómo se manifiesta la autoeficacia y mostrando cómo las expectativas de resultados no son ajenas a estos comportamientos. Así

pues, resultó que los adultos mayores que gozaban de alta autoeficacia pusieron menor riesgo a su salud durante la actuación de todos los comportamientos¹³⁶.

En otro estudio similar entre la autoeficacia y la calidad de la salud de los pacientes de consulta externa durante el período comprendido entre noviembre de 2014 y enero de 2015, desarrollado bajo el paradigma cognitivo-conductual y apoyado en los datos obtenidos a través de la aplicación de la escala de autoeficacia, buscando medir los niveles de autoeficacia. Se aplicó, también, el cuestionario de salud SF-36 elaborado por Ware y Shebourne (traducido al español por Alonso, Prieto y Antó, 1995) y el de calidad de vida con cada una de las dimensiones que mide ese cuestionario. Demostró que existe efectivamente una relación entre tres de las ocho áreas que evalúan la calidad de vida y que, por tanto, la autoeficacia sí participa en el mantenimiento de la calidad de vida en las dimensiones de “Rol emocional, Salud Mental y Transición de Salud”¹³⁷.

Otro estudio transversal de 1.024 pacientes ambulatorios con enfermedad coronaria que fueron reclutados entre 2000 y 2002, buscó medir la autoeficacia cardíaca y evaluar la función cardíaca mediante pruebas de caminadora de ejercicio con la ecocardiografía de estrés. Además, se midieron síntomas depresivos utilizando el cuestionario de salud y el cuestionario de angina de Seattle. Los síntomas depresivos y la capacidad de ejercicio también se asociaron con un mal estado de salud pero la fracción de eyección ventricular izquierda y la isquemia no lo eran. Por otro lado, la baja autoeficacia cardíaca se pudo asociar con un mal estado de salud independientemente de la gravedad de las enfermedades del corazón y de los síntomas depresivos¹³⁸.

En otro, se evaluó la autoeficacia midiendo la asistencia a sesiones de actividad física de cerca de 300 participantes en un programa de acondicionamiento distribuido en 10 sesiones. En la semana tercera, 127 mujeres completaron las metas propuestas desde su autoeficacia y

finalizaron el programa. Se comprobó que las percepciones están relacionadas con la autoeficacia y pueden incluso predecir el rendimiento durante el ejercicio¹³⁹. Un estudio similar fue realizado en relación al conocimiento previo y la autoeficacia a partir de dos conjuntos de datos longitudinales (de uno a dos años y de uno a seis años) tomados en un experimento de campo que quiso promover el cuidado ante la enfermedad cardiovascular en California. En él, fue posible establecer que el comportamiento en la actividad subsiguiente será mediado por conductas saludables¹⁴⁰. También fue útil para recordar la necesidad que tienen las personas que padecen una enfermedad crónica de adoptar hábitos saludables y nuevas conductas. En suma, demuestra la posibilidad de cambio depende de las creencias de autoeficacia de la persona y de las expectativas de resultados¹⁴¹.

En este caso, un estudio comparativo entre afrontamiento, apoyo social y calidad de vida en Suecia aplicado a mujeres y hombres 1 mes después de un infarto de miocardio evidenció que las mujeres obtuvieron los niveles más bajos de autoeficacia teniendo en cuenta las mediciones de factores físicos y psicológicos de calidad de vida¹⁴². Cabe añadir que dicho estudio se centró en los cambios provocados por la autoeficacia durante la rehabilitación cardíaca y en la relación mutua de la autoeficacia con la actividad física¹⁴³. Se demostró, además, que es posible ejercer alguna influencia en la población para conducirla a la rehabilitación cardíaca partiendo de las percepciones de autoeficacia¹⁴⁴.

Finalmente, en el caso de este estudio, la teoría de la autoeficacia representa el soporte sobre el cual se intentarán estructurar los comportamientos o estilos de vida más benéficos, los procesos de modificación de hábitos en pos del cuidado de la salud y describir la posibilidad de éxito con que cuentan las personas que presentaron infarto agudo de miocardio. Otro hallazgo relevante es que la autoeficacia se puede convertir en un estímulo más para la práctica de enfermería por la labor de apoyo, acompañamiento y persuasión que se puede realizar.

2.4 Situación del infarto de miocardio

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reportó que, en las Américas, la tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón es de 76,4% por cada 100.000 habitantes y, en Colombia, la tasa alcanzó el 104,5% por cada 100 000 habitantes¹⁴⁵. American Heart Association¹⁴⁶, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, reporta que las enfermedades cardiovasculares causan 12 millones de muertes en el mundo cada año y representan la mitad de todas las muertes en los Estados Unidos y otros países desarrollados. De igual forma, el DANE presentó un informe sobre las principales causas de muerte para el año 2010 a nivel nacional y departamental en donde prevalece sobre todas las causas el infarto agudo de miocardio con 196.933 decesos, en el séptimo lugar aparecen otras enfermedades cerebrovasculares con 4.068, en noveno lugar la insuficiencia cardiaca con 3.233 y en décimo lugar la enfermedad cardiaca hipertensiva con un total de 3.184 de casos¹⁴⁷.

Por otro lado, hay estudios como los de Franco, Domínguez et al. (2006)¹⁴⁸; Velasco (2004)¹⁴⁹; García, Rodríguez, et al (2008)¹⁵⁰ en donde se expone cómo el alcance de incidencia de la enfermedad isquémica puede revertirse en muchas personas mediante intervenciones del equipo de salud, entre ellos, los profesionales de enfermería que, con acciones encaminadas en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, buscan influir en los procesos de cambio de estilos de vida de la población vulnerable a padecer esta enfermedad.

Por último, cabe anotar que el infarto agudo de miocardio (IAM) se caracteriza por ser también un episodio de necrosis de las células del miocardio como consecuencia de una isquemia prolongada y supone el 36% de los casos ingresados con sospecha diagnosticada de síndrome coronario agudo¹⁵¹. Además, es considerado un cuadro clínico ocasionado por la

enfermedad arterial coronaria en situación de inestabilidad, que se define desde diferentes perspectivas relacionadas con aspectos clínicos, electrocardiográficos, bioquímicos y características patológicas¹⁵².

2.5 Rehabilitación Cardíaca

La rehabilitación cardíaca es un tratamiento que pretende modificar percepciones y creencias del paciente motivándolo a acoger benévola las recomendaciones sugeridas, la nueva información acerca de su enfermedad y urgente necesidad de la adopción de cambios¹⁵³. Por medio de este tratamiento, el paciente experimenta mayor seguridad en sí mismo gracias también al apoyo social lo que mejora su involucramiento en la prevención secundaria. Por el contrario, los no participantes presentan opuestos: mayor desconocimiento sobre su enfermedad y menor implicación en el proceso rehabilitador.

La rehabilitación cardíaca se ha dividido en tres fases¹⁵⁴:

❖ La fase I (intrahospitalaria) se inicia cuando el paciente ingresa al hospital. El objetivo primordial de esta fase es la movilización temprana del paciente cardíaco, ofreciendo luego una consejería breve acerca de la naturaleza de la enfermedad, ciertas pautas educativas sobre la importancia del tratamiento, el control de los factores de riesgo, etc. Además, se describe el plan de seguimiento que involucra al especialista, al médico general y al programa ambulatorio de rehabilitación cardíaca¹⁵⁵.

❖ La Fase II (ambulatoria) consiste en monitorear el ejercicio y reducir de forma intensiva los factores de riesgo del paciente. Esta fase ha sido reconocida como punto clave para el mantenimiento permanente de la prevención secundaria. Por eso, los pacientes que son referidos a esta fase son tradicionalmente aquellos egresados de un centro hospitalario posterior o no a un proceso de revascularización por un infarto agudo de miocardio. Los

elementos principales de la fase II son la evaluación, revisión y asesoría de los parámetros físicos, psicológicos y sociales del paciente; la elaboración de un programa de actividad física individual o grupal de intensidad baja o moderada que incluya un periodo de calentamiento y recuperación y que se realice durante 30 minutos todos o casi todos los días de la semana¹⁵⁶; enseñanza de nociones básicas de fisiología del corazón y consejería entorno a su funcionamiento, ilustración de los efectos de la enfermedad cardiaca y de los factores de riesgo cardiovasculares, las maneras de reincorporación a la vida laboral y a otras actividades de cotidianas.

❖ La fase III (mantenimiento) consiste en continuar realizando las actividades y mantener los comportamientos con el fin de reducir al máximo los factores de riesgo de cada paciente¹⁵⁷. Esto incluye el entrenamiento físico continuo en el hogar o en gimnasios, el fin del consumo de tabaco y alcohol, el manejo del peso corporal, la educación nutricional, el uso adecuado de los medicamentos, el control del perfil de lípidos, el manejo de la patología psicosocial. En esta fase también hay una notable reducción de la mortalidad.

3. MARCO METODOLÓGICO

Esta investigación tuvo un abordaje descriptivo cuantitativo y su intención fue determinar situaciones e identificar características en una población determinada^{158,159}. En este caso, se determinó la autoeficacia general de los pacientes post-infarto agudo de miocardio atendidos en consulta de cardiología en una IPS especializada de la ciudad de Girardot.

3.1.1 Universo

Hombres y mujeres que padecieron infarto agudo de miocardio y que luego asistieron a los servicios asistenciales (consulta externa, urgencias, y hospitalización) en la IPS especializada de la ciudad de Girardot en el año 2014 y 2015.

3.1.2 Población

La población correspondió a varios hombres y mujeres que presentaron infarto agudo de miocardio, registrados en la base de datos del año 2014 y primer semestre de 2015 y que acudieron a servicio ambulatorio de cardiología. Éstos fueron reportados como pacientes rehabilitados o pacientes no rehabilitados de la IPS Sociedad de Especialistas de Girardot ubicada en la ciudad de Girardot, institución prestadora de servicios de salud de II Nivel. Para la construcción de la base de datos se realizó un proceso de selección de la población de acuerdo a la necesidad del fenómeno a investigar, siguiendo las recomendaciones brindadas

por un estadístico experto. Para llevar a cabo este proceso, se solicita a la IPS la autorización para el desarrollo del estudio (Anexo 1: Autorización de la Ips).

3.1.3 Muestra

Esta investigación estuvo conformada por 149 personas (69 hombres y 80 mujeres) que presentaron infarto agudo de miocardio y las cuales cumplieron los criterios de inclusión (definidos en el siguiente aparte). La muestra estuvo delimitada por los criterios de inclusión, las condiciones del investigador y el fenómeno a estudiar mediante la unidad de análisis (pacientes post-infarto). La selección de los pacientes se hizo aprovechando el seguimiento activo en la consulta de cardiología que realiza la IPS. Fueron valorados 28 pacientes atendidos por dos profesionales en cardiología. Un cardiólogo atendía 16 pacientes los días martes, miércoles y viernes y otro cardiólogo atendía a los 12 restantes los días lunes y jueves. El investigador captó los pacientes en el sitio de espera para la atención.

❖ Se revisó el registro de la consulta de cardiología de la IPS del año 2014 y del primer semestre del 2015. Se identificaron los pacientes diagnosticados según la clasificación internacional de enfermedades (CIE 10) y, posteriormente, fueron seleccionados aquéllos que hubiesen sufrido infarto agudo de miocardio.

❖ Se acudió a la ficha e historia clínica de cada paciente y de allí se obtuvo la fecha en que sucedió el episodio de infarto y si fueron o no rehabilitados.

❖ El tercer filtro consistió en el cruce de información entre la base de datos central y los datos del servicio por unidad de negocio asistencial (urgencias, hospitalización, sistema de

referencia) con los de la consulta de cardiología. De esta manera se logra compartir la información de los pacientes con episodios de infarto de miocardio.

❖ Después de captar la población en la base de datos se establecieron grupos por rango de edad, género y otros criterios entorno a la participación en los programas de rehabilitación cardíaca. También se recogieron datos de quienes participaron únicamente de las estrategias educativas brindadas en la consulta de cardiología (no rehabilitados).

❖ La población definida para este estudio fue de 149 pacientes.

3.1.4 Criterios de inclusión

❖ Pacientes (hombres y mujeres) en edades comprendidas entre 35 y 65 años.

❖ Pacientes (hombres y mujeres) que presentaron un primer episodio de infarto agudo de miocardio que asistieron o no al programa de rehabilitación cardíaca.

❖ Pacientes que asistieron a la consulta de cardiología en la IPS.

❖ Pacientes que presentaron IAM (6 meses antes del estudio) y que estaban en seguimiento en la consulta de cardiología.

Lo anterior se justifica por las siguientes razones:

Los pacientes post-infarto de miocardio que asistieron a la consulta de cardiología de manera ambulatoria eran pacientes egresados de una institución hospitalaria luego de haber participado o no en algún programa de rehabilitación. En esta fase los pacientes buscaron la información más relevante acerca de la enfermedad, de los modos de cambio de estilos de vida y de la reincorporación a las actividades familiares, laborales y sociales. Además, los estudios señalan el tiempo que las personas han invertido en el tratamiento de rehabilitación del post-infarto^{160, 161}. Los primeros 6 meses representan el período de adaptación y de

definición de comportamientos a partir de sus juicios y capacidades frente al manejo de la enfermedad. Después de este tiempo se puede evaluar el nivel de autoeficacia.

3.1.5 Criterios de exclusión

- ❖ Pacientes que habían ya sufrido más de un infarto de miocardio (pacientes reinfartados).
- ❖ Hombres y mujeres que por su capacidad cognitiva no pudieron responder el instrumento “Escala General de Autoeficacia”.

Los anteriores criterios de selección se justifican así:

El instrumento de autoeficacia general versión 2 es autodiligenciable. Los pacientes con deterioro neurológico y cognitivo no tienen la capacidad de responderlo. Además, la población de interés debe tener como característica principal ser paciente en post-infarto agudo de miocardio; esto excluye otras enfermedades cardiovasculares.

3.2 Propiedades psicométricas del instrumento

Por cumplir con los criterios de *confiabilidad* y *validez*, se escogió la Escala General de Autoeficacia. Estos criterios se definen así:

- ❖ La confiabilidad se refiere al grado de similitud existente entre los resultados a partir de distintas mediciones. La similitud, entonces, determina la fidelidad del instrumento.
- ❖ La validez corrobora si el instrumento es capaz o no de medir la variable en cuestión¹⁶².

La validez se subdivide, a su vez, en tres aspectos: validez de contenido, referida al grado en que un instrumento refleja un dominio específico del objeto de la medición; validez de un instrumento, que se obtiene a través de la comparación con algún referente externo. Por último, la validez de constructo, que se refiere al grado en que una medición se relaciona

consistentemente con otras mediciones de acuerdo con hipótesis derivadas teóricamente y que conciernen a los conceptos que están siendo medidos¹⁶³. Así, en esta línea metodológica de estudio se seleccionó, como fue mencionado antes, la Escala General de Autoeficacia que permite la descripción efectiva del constructo de autoeficacia. Ralf Schwarzer¹⁶⁴ es su principal exponente y la versión española fue validada en Chile por la Dra. Patricia Cid: ambos académicos han autorizado el uso de la escala y su aplicación en esta investigación. Para el caso colombiano, la Escala General de Autoeficacia fue adaptada por la enfermera Sandy Cruz (la información que a continuación se describe sobre la adaptación en Colombia, se encuentra en proceso de publicación y se ha obtenido la previa autorización de la autora para referirla en esta investigación. Anexo 2).

Desarrollada en 1979 por Ralf Schwarzer y Matthias Jerusalem en Alemania, la Escala General de Autoeficacia con el objetivo de medir la percepción que tiene el individuo de sus capacidades para sortear diferentes situaciones estresantes en su vida diaria¹⁶⁵. Más tarde, en 1981, la versión alemana se redujo de 20 a 10 ítems, y se tradujo a 28 idiomas¹⁶⁶. Finalmente, la versión en español fue traducida a partir del texto original en 1993, incluyendo adaptaciones culturales necesarias para medir de manera contextualizada el constructo *autoeficacia percibida* en la población costarricense, española y peruana¹⁶⁷⁻¹⁶⁸. Cabe señalar que el análisis de las características psicométricas de la Escala General de Autoeficacia (EAG) en español demostró empíricamente su confiabilidad y validez convergente y discriminante¹⁶⁹. Así, el constructo autoeficacia percibida se pudo relacionar positivamente con sensaciones de optimismo, autoestima, autorregulación, calidad de vida, competencia percibida, personalidad resistente, afrontamiento centrado en la tarea y satisfacción en el trabajo/colegio¹⁷⁰. Por otro lado, se relacionó negativamente con depresión y ansiedad¹⁷¹.

3.2.1 Validación de la versión en español de la escala de autoeficacia general

La validación se llevó a cabo a través de un estudio de muestra de 360 personas (hombres y mujeres) entre los 15 y 65 años de la ciudad de Concepción en Chile. Se realizaron entrevistas individuales como preparación para la aplicación de las Escala General de Autoeficacia, de Autoestima y de Estado de Salud Percibido, con previo consentimiento informado^{172, 173}. El criterio de confiabilidad se estudió a través de la consistencia interna establecida por el coeficiente alfa de Cronbach que mide la relación promedio entre ítems y el número de ítems de un instrumento. La confiabilidad de la escala indica que un 84% de la variabilidad de las puntuaciones obtenidas representa diferencias verdaderas entre las personas y el 16% restante refleja fluctuaciones al azar. Este resultado permitió corroborar que los elementos son homogéneos y que la escala mide de forma consistente los caracteres estipulados. El coeficiente de Cronbach para la Escala fue de -1,0 y +1,0, y se consideró que los ítems medían en forma óptima el constructo de autoeficacia. La validez del instrumento se verificó a través de la validez de constructo y de criterio siguiendo los planteamientos de Hernández, Fernández y Baptista (2003), quienes definen la validez de un instrumento como “el grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir”¹⁷⁴. Además, la escala fue sometida a revisión por expertos de las áreas de Psicología, Sociología y Enfermería para asegurar la comprensión de los ítems.

Finalmente, en el análisis descriptivo de los puntajes empíricos en esta indagación sobre autoeficacia percibida, se observó que las respuestas de las personas calificaron entre 10 (mínimo) y 40 puntos (máximo). Es posible afirmar, de acuerdo al valor de la media y de la mediana, que las personas en general perciben en sí mismas las facultades para ejecutar con éxito una acción.

3.2.3 Validez facial o de apariencia

Con el fin de evaluar la validez facial de la escala de autoeficacia, la prueba fue aplicada a un total de 384 personas en situación de post IAM de la ciudad de Girardot¹⁷⁵, incluyendo población de diferentes edades clasificada en distintos estratos socio-económicos y con diferentes niveles de formación académica. Fue necesario, además, escoger una muestra aleatoria simple (MAS) que incluyó proporcionalmente a cada subgrupo poblacional para estimar el porcentaje de comprensión de cada ítem. Así, los resultados evidenciaron una confiabilidad casi total (superior al 95%), un nivel de error máximo admisible (no superior al 5%) y un valor a priori de la proporción simétrico (50%).

3.2.4 Resultados de prueba facial

Al finalizar el cálculo de los resultados, se reportaron 2 ítems con dificultad de comprensión (ítem 5 de la Escala General de Autoeficacia, con un 89.4% de comprensión y el ítem 7, cuyo porcentaje fue de 88.3%). Dada su referencia, inferior al 90 %, estos ítems no fueron tenidos en cuenta para el análisis. Por tanto, se efectuó una nueva revisión exhaustiva basándose en nociones de la semántica y en cada una de las observaciones reportadas por los sujetos examinados en la prueba de la validez facial. Así, fue posible realizar ajustes a los ítems inconsistentes de la Escala, revisados por expertos en las áreas de Enfermería, Psicología, y Licenciatura en Lenguas Modernas.

Los ítems (o unidades) que presentaron deficiencias para su comprensión fueron:

TABLA 3. Validez de Contenido de la Escala General de Autoeficacia

| Versión 1 Escala General de Autoeficacia (Dra. Patricia Cid). | 1. Incorrecto | 2. Apenas Cierto | 3. Mas Bien cierto | 4. Cierto | Versión 2 Escala General de Autoeficacia En Sandy Cruz. | 1 Nunca | 2 Algunas veces | 3 Muy pocas veces | 4 Siempre |
|---|---------------|------------------|--------------------|-----------|--|---------|-----------------|-------------------|-----------|
| 5. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas. | | | | | 5. Gracias a mi iniciativa puedo superar situaciones imprevistas. | | | | |
| 7. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo. | | | | | 7. Puedo mantener la calma cuando enfrento dificultades porque confío en mis habilidades de afrontamiento. | | | | |

Fuente: *Validación facial de la Escala General de Autoeficacia.* Sandy Cruz, Enfermera. Universidad de La Sabana 2013.

3.3 Recolección de la información

El proceso de recolección de información tuvo los siguientes elementos característicos:

- ❖ Presentación del estudio ante los respectivos órganos administrativos (Junta directiva y Gerencia) de la IPS-SOCIEDAD DE ESPECIALISTAS DE GIRARDOT, que opera en la ciudad de Girardot, para poder así obtener la autorización al acceso de la información y al desarrollo de la investigación.
- ❖ Recolección y organización de la información por parte del investigador principal del estudio.
- ❖ Acercamiento inicial del investigador con cada uno de los posibles participantes del estudio a través de la concertación de un coloquio vía telefónica en la que se expusieron las intenciones perseguidas con el estudio y se hizo, oficialmente, la invitación de participación en su desarrollo.
- ❖ Encuentros entre el investigador y los participantes que decidieron colaborar en sus respectivos lugares de residencia o en un espacio de la IPS destinado exclusivamente para este fin, puesto que ofrecía garantías para la libre expresión del participante y el respeto de su privacidad. En este primer encuentro, se expusieron más detalladamente los procesos e intenciones de la investigación. Además, fue presentado el consentimiento informado para realizar su diligenciamiento.
- ❖ Aplicación del instrumento “Escala General de Autoeficacia versión 2”, en la cual cada participante se encargó de leer las preguntas y anotar las respuestas. Se hizo hincapié en el carácter confidencial de sus respuestas y en que su uso será académico e investigativo exclusivamente. Además, se garantizó absoluta confidencialidad tanto en el documento final de la investigación como en la publicación prevista al finalizar la investigación. Por eso, se usaron códigos numéricos para identificar a cada informante.

3.4 Marco de análisis

La Escala General de Autoeficacia en versión en español estuvo conformada por 10 ítems con una escala tipo Likert para cada uno con 4 opciones de respuestas cada una con un puntaje asignado: siempre (4 puntos); muy pocas veces (3 puntos); algunas veces (2 puntos) y nunca (1 punto). Los resultados mostraron que el nivel mínimo de autoeficacia correspondió a 10 puntos y el mayor, a 40 puntos^{176,177,178}. Al mismo tiempo, se implementó la estadística descriptiva “buscando la equivalencia de mayor o menor proporción conocida de un intervalo, a cualquier otra correlación múltiple”¹⁷⁹. Así pues, los resultados de este estudio derivaron de medidas estadísticas descriptivas, pruebas no paramétricas y pruebas de correlación.

Para la variable *edad*, se efectuó análisis estadístico de correlación de Spearman y, para su validación, se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis. Respecto a la variable del *género* se utilizó la prueba U no paramétrica de Mann-Whitney; finalmente, para describir la manera en que se relacionan la autoeficacia y la rehabilitación se implementó la misma prueba en muestras independientes. Cabe anotar que, para evaluar la relación rehabilitación-autoeficacia, se tuvieron en cuenta los datos tanto de los participantes que acudieron a rehabilitación como de quienes no lo hicieron. Además, la prueba de Kruskal-Wallis sirvió para el análisis de los niveles de autoeficacia en las distintas fases de rehabilitación y, por su parte, el coeficiente de correlación de Spearman se implementó para el análisis de los pacientes rehabilitados y no rehabilitados. Así, en busca de una probable relación entre la edad y la rehabilitación, se implementó la **estadística inferencial** a los resultados obtenidos. A partir de la información obtenida mediante la estadística inferencial se hacen predicciones, probabilidades, comparaciones y generalizaciones de una población estadística a partir de la información y los resultados de la muestra¹⁸⁰. Es, en suma, aplicar la probabilidad con los datos estadísticos.

3.4.1 Control de riesgos del diseño

Según la literatura, la investigación cuantitativa se caracteriza por tres tipos de sesgos: selección, información y confusión¹⁸¹. Por ese motivo, fue imprescindible el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión por parte de los participantes para sustentar la pertinencia de los datos. En este sentido, la aplicación de la “Escala General de Autoeficacia”, muy precisa y con validez psicométrica, se debió a la intención de disminuir el sesgo de información, siendo estos criterios escalares.

3.4.2 Minimizando sesgos en las respuestas

El procedimiento estándar para medir la autoeficacia incluye una serie de medidas para minimizar cualquier implicancia potencial de evaluación social¹⁸². Por eso, es importante anotar que:

- ❖ Para la definición de los niveles de autoeficacia, la información y las pruebas deben ser registradas en privado. Para esto, como dicho más arriba, se definió exclusivamente un área de la IPS para la aplicación del instrumento. Así, cada participante diligenció su formato habiendo hecho la lectura atenta del mismo.
- ❖ Se reiteró el carácter confidencial de las respuestas y que toda referencia a los informantes se haría a través de un código numérico asignado por el investigador.
- ❖ Durante el acercamiento inicial se insistió en la necesidad de veracidad de la información suministrada por los informantes.

3.5 Consideraciones éticas

Este estudio se fundamentó en las consideraciones éticas nacionales e internacionales contempladas en la resolución 008430, capítulo 3 del 4 de octubre de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud¹⁸³. Los principios sancionados en dicha resolución establecen los derechos a la autodeterminación, a la intimidad, a la confidencialidad, al tratamiento justo, a la protección ante la incomodidad y el daño, y todos aquellos que se estipulan en las leyes que regulan la investigación en seres humanos. En consecuencia, el investigador informó a los participantes acerca de estos parámetros éticos de procedimiento y aclaró las inquietudes surgidas luego de la explicación preliminar del presente trabajo y durante el diligenciamiento del instrumento.

3.5.1 Principios

La investigación se fundamentó en los siguientes principios:

- ❖ Beneficencia: consiste en el deber de buscar el bien para los participantes en una investigación, esto es, intentar obtener los máximos beneficios y reducir al mínimo los riesgos de los que puedan derivar daños o lesiones. Esto implica que, en una investigación, los riesgos deben ser razonables según los beneficios previstos. Por tanto, se plantea un diseño con validez científica y se garantiza la total competencia del investigador para realizar su labor, pensando siempre en el bienestar de las personas¹⁸⁴.

- ❖ No maleficencia: es el deber ético fundamental de no causar daño mediante ninguno de los procedimientos de investigación. Es inseparable del precepto de justicia, en cuanto que ambos deberes cobijan a todos los seres vivos por igual, indiferentemente de las intenciones y expectativas de las partes¹⁸⁵.

❖ Justicia: se refiere a la ecuanimidad que debe existir entre las obligaciones que contraen los participantes y los beneficios que deriven de la investigación.

❖ Autonomía: establece la posibilidad de ejercer con libertad inapelable su capacidad de discernimiento para determinar sus propias acciones de acuerdo con los planes trazados. Respetar a las personas como individuos autónomos es reconocer sus elecciones, fundamentadas en sus valores y creencias personales.¹⁸⁶

Dados estos principios, aparece un mecanismo como el consentimiento informado a través del cual se garantiza a los pacientes el derecho a decidir participar o no en la investigación. Igualmente, se garantiza el derecho a desistir de la participación en la investigación en cualquier punto del desarrollo de la misma (Resol 8430/93, Cap. 1, Art. 6e, 14 y 15). Por consiguiente, las consideraciones éticas están sustentadas en los principios anteriormente expuestos y por eso era imperioso insistir en el hecho de que la investigación no representaba riesgos para la integridad y la dignidad de la persona. Era necesario también insistir en el hecho esencial del respeto a la intimidad de los participantes y la confidencialidad, Se garantizó, por tanto, la no divulgación de los nombres propios de ningún participante, el uso exclusivamente académico y científico de la información recogida y la protección de todos los datos al finalizar la investigación. Además, estas consideraciones implican, de ambas partes, el compromiso de la total veracidad de la información: mientras los participantes se comprometen a entregar datos reales, el investigador debe asegurar que la información obtenida no sufrirá ninguna modificación. De esta manera, se puede ver que la investigación siguió lo estipulado en la Resolución 8430 de 1993, artículo 5, que declara el respeto a la dignidad, la protección de los derechos y la búsqueda de bienestar para los seres humanos que participan en el estudio. Por último, la presente investigación no requiere ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio entra en la categoría. De ahí que sea catalogada como una investigación sin riesgo, de acuerdo a los artículos 6, 9 y 11 del Título II, Capítulo 1 de la Resolución 8430.

3.5.2 Propiedad intelectual

Otro de los principios fundamentales que guió el desarrollo de esta investigación fue el respeto a la propiedad intelectual, en este caso, de los artículos analizados en la revisión integrativa. Desde la normatividad, el respeto a la propiedad intelectual se ratifica con el acuerdo 035 de 2003 de la Universidad Nacional de Colombia, en su acta 8 del 3 de diciembre de 2003, en donde se busca asegurar la no transgresión de la misma, entendiéndose que consiste en el "derecho complejo de dominio especial sobre las creaciones del talento humano que se concede a los autores e inventores y que a la vez permite a la sociedad hacer uso de esas creaciones". Así mismo, este acuerdo valida el respeto y el reconocimiento de los derechos de autor "estableciendo una relación de equilibrio entre los derechos de explotación de la obra y el interés de la sociedad en disfrutar de la cultura, el arte y el avance científico y compartir sus beneficios". De igual forma se tuvieron en cuenta tanto la Ley 266 de 1996 en su capítulo 1, artículo 2, como los principios de la práctica profesional (integralidad, individualidad, dialogicidad, calidad, continuidad), y de la Bioética. Además, para la ejecución metodológica y recolección de datos, la investigación recibió la aprobación del Comité de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y de la IPS, habiendo pactado la presentación de los resultados una vez que concluida la investigación a razón del principio de reciprocidad, establecido por la Resolución 8430 de 1993¹⁸⁷, ¹⁸⁸ en los artículos 18, 19, 21 y 22.

En cuanto a las herramientas diseñadas para garantizar estos derechos, cabe mencionar, por ejemplo, los instructivos escritos con lenguaje sencillo explicados por el investigador y motivar la veracidad de los datos. Así, se demuestra la necesidad de ejercer el derecho a la autonomía por parte de los informantes. De igual manera, velando por la intimidad y

confidencialidad, se implementaron códigos numéricos asignados a cada uno de los participantes ya desde el momento de diligenciar el consentimiento informado.

Finalmente, en consonancia con los principios de respeto a la propiedad intelectual y a los derechos de autor, fue contactado el profesor Ralf Schwarzer, autor de la Escala General de Autoeficacia, solicitándole autorización para el uso de su creación en la investigación. Se obtuvo, felizmente, respuesta positiva. Posterior a la solicitud hecha al prof. Schwarzer, fue contactada la dra. Patricia Cid, autora de la validación y versión de confiabilidad de la Escala en Chile, en busca de su autorización para el uso de dicha herramienta, obteniendo, también en este caso, respuesta positiva. Por último, fue contactada la enfermera Sandy Cruz para solicitarle autorización sobre el uso de la validación facial y transcultural de la Escala General de Autoeficacia. Su respuesta fue también positiva.

3.6 Prueba Piloto

Esta prueba consistió en aplicar el instrumento a personas con características semejantes a las de la muestra objeto de la investigación. Así, fue posible observar el funcionamiento del instrumento de medición y revisar la eficacia de las condiciones de aplicación y de los procedimientos involucrados. Además, se evaluó la claridad y transparencia de las instrucciones, su lenguaje y sintaxis. Todo esto buscando garantizar el buen diligenciamiento del instrumento. Así pues, en esta prueba piloto participaron 6 pacientes, distintos a los escogidos para la investigación, pero que sí adherían a los criterios de inclusión. Para la realización de las pruebas se dispuso de un consultorio del servicio de consulta externa.

Entre los muchos beneficios que tiene para una investigación la previa aplicación de una prueba piloto, se encuentran dos muy importantes. El primero tiene que ver con el grado

de conocimiento, apropiación e interiorización del instrumento por parte del investigador. Con la prueba piloto, estas habilidades aumentan. El segundo es una consecuencia del primero: si el investigador conoce mejor el instrumento, toda explicación del mismo mucho más a conciencia, habiéndose apropiado mucho más del instrumento.

Ya en el desarrollo de la prueba, sólo hubo un caso que representaba una excepción: un participante que solicitó ayuda para hacer la lectura y e diligenciamiento. Por eso, el tiempo estipulado para realizar la prueba fue de 10 minutos para todos excepto para el participante que pidió ayuda, quien contó con 20 minutos para realizar la prueba dada su condición de discapacidad visual. Como parte final de la prueba piloto, se realizó un seguimiento a la asistencia en las consultas de cardiología vía telefónica y a través de visitas domiciliarias. Así, el mínimo puntaje que un participante podía obtener, indicando el mínimo valor de autoeficacia, fue de 10; el máximo, indicando los máximos niveles de autoeficacia, fue de 40 puntos.

3.6.1 Aplicación

Este instrumento intentó ofrecer a los participantes, a través de 4 opciones de respuesta, todas las posibles maneras de representar el estado personal de cada participante. Por tanto, se aclaró la naturaleza neutral de las respuestas que podían definirse ni buenas ni malas. Las respuestas eran: nunca (1 punto); muy pocas veces (2 puntos); algunas veces (3 puntos); siempre (5 puntos)¹⁸⁹.

3.6.2 Interpretación

La escala está constituida por ítems que se caracterizan por presentar situaciones que se resuelven en positivo por lo que, cuánto más alta sea la puntuación obtenida por el individuo, más altos serán los niveles de autoeficacia. En la valoración de las puntuaciones, se entiende que una persona con altos niveles de autoeficacia piensa ser

capaz de realizar los objetivos que se propone. En cambio, bajos niveles de autoeficacia hablan de una persona que, aunque su capacidad se lo permita, no se cree capaz de alcanzar una meta.¹⁹⁰

3.7 Consideraciones ambientales

El impacto ambiental de esta investigación fue declarado mínimo. En efecto, no generó ningún deterioro o perjuicio al ambiente. De otra parte, se acogieron también las políticas internacionales de compromiso con el uso responsable de recursos, especialmente del papel¹⁹¹.

3.8 Procedimiento

Tras haber sido seleccionados por medio de los criterios de inclusión, los participantes empezaron oficialmente su labor con la firma del consentimiento firmado. Posteriormente, se realizó en la misma sesión la aplicación de la ficha de seguimiento y del instrumento de la Escala General de Autoeficacia versión 2, una vez aclaradas las dudas e inconsistencias de los participantes con el instrumento y luego de recordar los objetivos, el propósito, los beneficios y los posibles riesgos de la investigación. El investigador estuvo presente durante el diligenciamiento de estos instrumentos con el fin de aclarar a los participantes cualquier duda surgida durante la aplicación y verificar que cada instrumento hubiera sido correctamente diligenciado; además, era posible que algún participante necesitara ayuda para la lectura y diligenciamiento del instrumento. Luego de esta fase, la prueba continuó en dos espacios diferentes: algunos prosiguieron con la consulta de cardiología y otros con las pruebas de función cardiaca como Hollter, Ecocardiograma.

Finalmente, y gracias a la previa asesoría del estadístico, la información recolectada se plasmó en el programa de Excel para después continuar con su análisis con el programa SPSS v. 22 de la Universidad Nacional de Colombia. Por tanto, se hizo uso de la estadística descriptiva para observar las características generales de la muestra con base en la variable de autoeficacia.

4. Análisis de Resultados

Se exponen, en primer lugar, los resultados obtenidos del análisis estadístico de la autoeficacia según la edad y el género. Luego, aparecen los resultados de los niveles de autoeficacia según las variables anteriores relacionadas, esta vez, con la información acerca de la asistencia o no a los programas de rehabilitación cardiaca. Cabe mencionar que, para el análisis de resultados de la investigación, surgen hipótesis ligadas al análisis propias del contexto estadístico, más no surgen de la investigación.

4.1 Caracterización de la muestra

La muestra recogió información suministrada por un total de 149 personas entre los 35 y 65 años que habían sufrido infarto agudo de miocardio en un arco de tiempo igual o inferior a 6 meses, en consonancia con los criterios de inclusión.

Tabla 4. Nivel de autoeficacia

| Estadísticos descriptivos | | | | | |
|---------------------------|---------|--------|--------|--------|---------------------|
| | Muestra | Mínimo | Máximo | Media | Desviación estándar |
| TOTAL | 149 | 10,0 | 40,0 | 31,698 | 7,4740 |

Fuente: base de datos de la investigación *Autoeficacia en pacientes post-infarto agudo de miocardio en una IPS Especializada de Girardot*. 2015.

Con una media de 31,698, se evidencia que los participantes presentan en la generalidad niveles altos de autoeficacia.

Tabla 5 Caracterización de la Muestra por grupo de Edades.

| Grupo Edad | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------|-------------------|-------------------|
| Menor de 45 | 39 | 26.17 % |
| Entre 46 y 55 | 58 | 38,90% |
| Mayores de 65 | 52 | 34.85 |
| Total | 149 | 100% |

Fuente: base de datos de la investigación *Autoeficacia en pacientes post-infarto agudo de miocardio en una IPS Especializada de Girardot*. 2015.

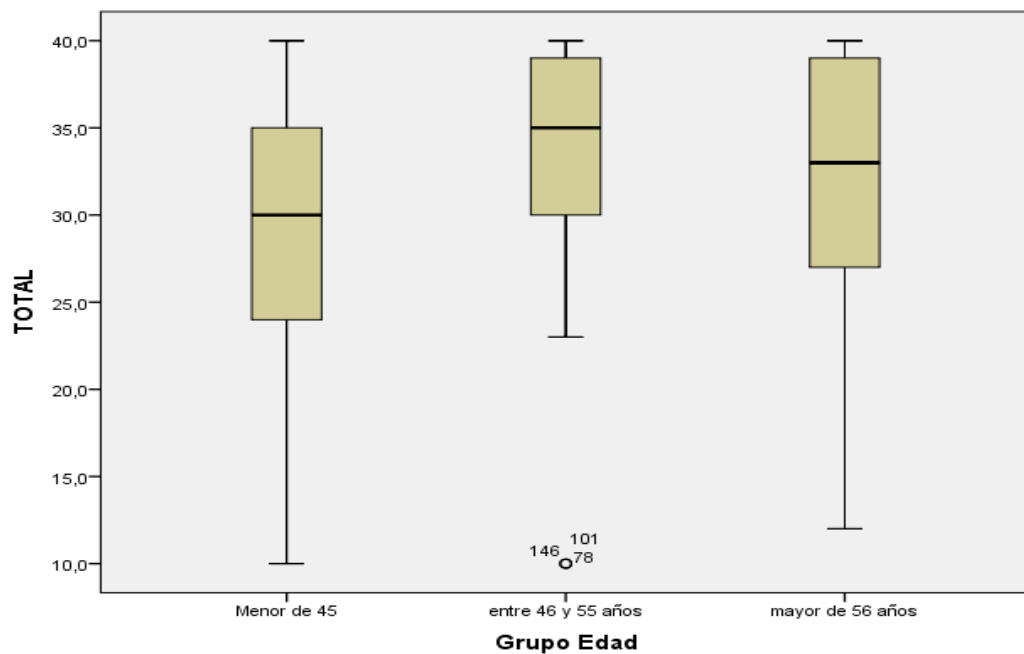
Como indica la tabla, la edad de los participantes de este estudio osciló entre los 35 a 65 años y el promedio fue de 52 años. Como se ve, la muestra se organizó por rangos de edad (para efectos de síntesis) y se evidencia heterogeneidad entre los grupos. El rango que va de los 46 a 55 años reportó un porcentaje de 38.9%. 34.8% fue el porcentaje reportado por el rango que va de los 56 a 65 años. El porcentaje más bajo correspondió al rango de edad que agrupó a todas las personas menores de 45 años, con un 26,17%. Esto indica que, según el estudio, hay una alta frecuencia de casos de infarto agudo de miocardio entre los 36 y 65 años.

Teniendo en cuenta otros estudios, se encuentran los siguientes datos: para hombres y mujeres mayores de 18 años que asistieron de forma voluntaria a las jornadas del día mundial del corazón durante los años 2012 y 2013 en la ciudad de Medellín se evidencia la

edad promedio de $48,8 \pm 17,1$ años¹⁹². Estos datos se acercan a aquéllos encontrados por Rubiera Jiménez et al.¹⁹³ En donde las personas que han sufrido una enfermedad isquémica están principalmente entre los 51 y 60 años.

4.2 El nivel de Autoeficacia según la Edad

Grafico 1. La autoeficacia en pacientes post IAM según los grupos de edad



Fuente: base de datos de la investigación *Autoeficacia en pacientes post-infarto agudo de miocardio en una IPS Especializada de Girardot*. 2015.

Al analizar los niveles de autoeficacia por grupos de edad, se evidencia que la autoeficacia no se ve afectada significativamente conforme con los grupos de edad. Sin embargo, en esta gráfica de box-plot, se evidencian los casos de 2 mujeres y 1 hombre (registrados en la base de datos con su respectivo código) ubicados en el rango de edad entre 46 y 55 años

que reportaron niveles mínimos de autoeficacia. Así, se confirma la idea planteada más arriba según la cual no existe proporción entre los niveles de autoeficacia y la edad.

Tabla 6 Correlación estadística entre la autoeficacia y la edad

| Correlación entre la autoeficacia y la Edad | | | Total | Edad |
|---|-------|-----------------------------|-------|-------|
| Rho de Spearman | Total | Coefficiente de correlación | 1,000 | ,077 |
| | | Valor P | 0.352 | ,352 |
| | Edad | Coefficiente de correlación | ,077 | 1,000 |
| | | Valor P | 0,352 | ,352 |

Fuente: base de datos de la investigación *Autoeficacia en pacientes post-infarto agudo de miocardio en una IPS Especializada de Girardot*. 2015.

El coeficiente de Spearman entre la edad y la autoeficacia evidencia un valor de 0.77 cuyo valor P es de 0,352. Esta es la comprobación de que no existe correlación entre estas variables. En otras palabras, la edad no afecta el nivel de autoeficacia.

Tabla 7. Contraste de hipótesis estadística de la autoeficacia por grupo de edad
Resumen de contrastes de hipótesis

| | Hipótesis nula | Prueba | Sig. | Decisión |
|---|--|---|------|-----------------------------|
| 1 | La distribución de TOTAL es la misma entre las categorías de Grupo Edad. | Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes | ,102 | Conserve la hipótesis nula. |

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Fuente: base de datos de la investigación *Autoeficacia en pacientes post-infarto agudo de miocardio en una IPS Especializada de Girardot*. 2015.

Buscando argumentos adicionales ante la discrepancia mencionada anteriormente, se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis para evaluar el comportamiento estadístico de la autoeficacia por grupo de edad. En esta prueba, el valor de P fue de 0,102, hecho que confirma la tesis según la cual la edad no modifica la autoeficacia en un paciente post IAM. De hecho, la prueba indicó que la autoeficacia se distribuye con cierto equilibrio entre los grupos de edad.

4.3 La Autoeficacia en pacientes post Infarto Agudo de Miocardio según el género

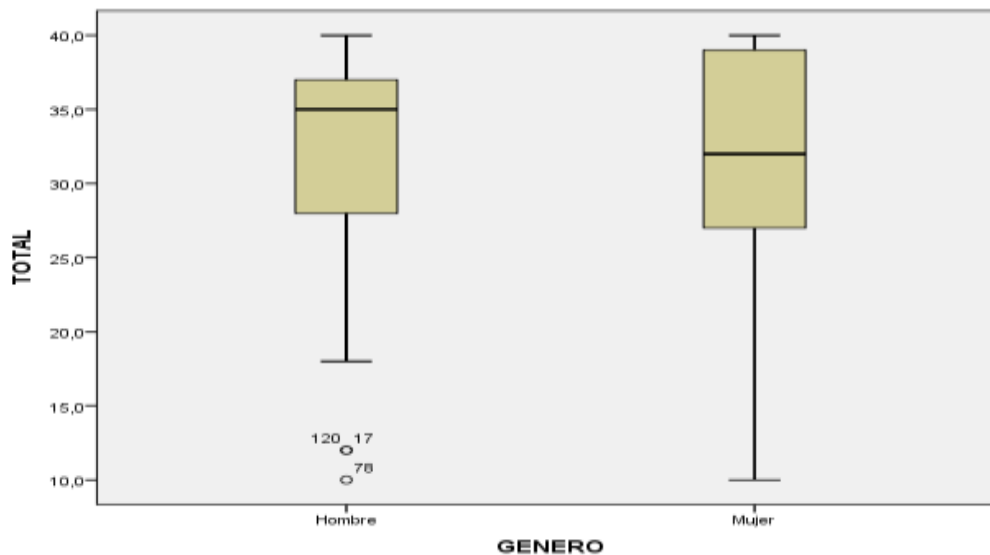
Tabla 8. Frecuencia de género

| Género | Frecuencia |
|---------------|-------------------|
| Hombre | 69 |
| Mujer | 80 |
| Total | 149 |

Fuente: base de datos de la investigación *Autoeficacia en pacientes post-infarto agudo de miocardio en una IPS Especializada de Girardot*. 2015.

De los 149 pacientes registrados para esta investigación, pacientes que habían sufrido infarto agudo de miocardio en el arco de los últimos 6 meses, 69 son hombres y 80 son mujeres. Estos dos grupos fueron comparados según el constructo de la autoeficacia y el comportamiento estadístico.

Gráfica 2. La Autoeficacia según el género



Fuente: base de datos de la investigación *Autoeficacia en pacientes post-infarto agudo de miocardio en una IPS Especializada de Girardot*. 2015.

La gráfica evidencia una sutil variabilidad entre mujeres y hombres en donde ellas presentan, en general, niveles levemente más bajos de autoeficacia que los hombres. Sin embargo, se dan casos de hombres con bajo nivel de autoeficacia, etiquetados con código 120-17 y 78. Es posible afirmar, entonces, que las mujeres presentan una actitud más flexible hacia el desempeño de actividades o roles en comparación a los hombres, comportamiento que no se refiere propiamente al constructo de la autoeficacia. En cambio, los hombres consideran mantener cierto nivel de autoeficacia debido a la posibilidad de delegar funciones y apoyarse en ellas¹⁹⁴.

Tabla 9. Contraste de hipótesis estadística de la autoeficacia según el género

Resumen de contrastes de hipótesis

| | Hipótesis nula | Prueba | Sig. | Decisión |
|---|--|---|------|-----------------------------|
| 1 | La distribución de TOTAL es la misma entre las categorías de GENERO. | Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes | .783 | Conserve la hipótesis nula. |

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia es ,05

Fuente: base de datos de la investigación *Autoeficacia en pacientes post-infarto agudo de miocardio en una IPS Especializada de Girardot*. 2015.

Utilizando la prueba U de Mann-Whitney, no se percibe una diferencia considerable en los niveles de autoeficacia entre hombres y mujeres, al reportar la prueba un valor de 0,783. Por tanto, es posible afirmar que el género no es un factor diferenciador del nivel de autoeficacia.

4.4 Autoeficacia en pacientes post IAM rehabilitados y no rehabilitados.

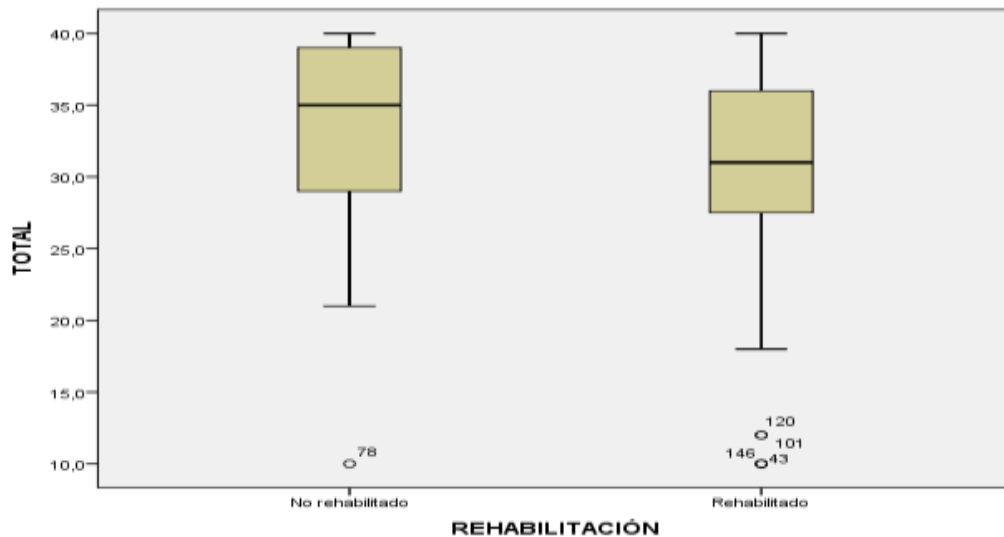
Tabla 10. Frecuencia de pacientes rehabilitados y no rehabilitados

| Categoría | Frecuencia |
|-----------------|------------|
| No rehabilitado | 82 |
| Rehabilitado | 67 |
| Total | 149 |

Fuente: base de datos de la investigación *Autoeficacia en pacientes post-infarto agudo de miocardio en una IPS Especializada de Girardot*. 2015.

Del total de pacientes involucrados en la investigación, menos de la mitad (67 pacientes) lograron acceder a cualquier forma de rehabilitación cardiaca mientras que la cantidad restante (82) no asistió al programa de rehabilitación cardiaca. Este comportamiento se puede asociar al estado actual de la rehabilitación cardiovascular en Colombia¹⁹⁵; cabe mencionar que la ciudad con mayor número de programas es Bogotá, seguida de Medellín, Manizales, Cali, Barranquilla, Cartagena y Pereira; el resto de ciudades cuenta con un único programa. Además, en la ciudad de Girardot no cuenta con un programa de rehabilitación cardiaca aunque sí es posible hallar algunos componentes de la primera fase de rehabilitación, ofrecidos por la IPS especializada, tales como asesoría en actividad física y entrenamiento y programas educativos diseñados para el cuidado de personas víctimas de infarto agudo de miocardio. Un dato relacionado con el comportamiento de los pacientes colombianos en relación a su enfermedad y reportado por la literatura especializada, indica que el promedio de pacientes nuevos atendidos por año en todos los programas del país es de 364¹⁹⁶. Con todo, hay diferencias entre los datos recogidos por las distintas investigaciones; algunas señalan, incluso, que la norma general entre las víctimas de IAM es la total desatención a los programas de rehabilitación. Recientemente, Leung¹⁹⁷ estableció que los pacientes con infarto agudo de miocardio asisten a los programas de rehabilitación cardiaca durante un tiempo inferior a 6 meses, si bien este comportamiento no reporta consideraciones relevantes sobre los niveles de autoeficacia.

Gráfica 3. Autoeficacia en pacientes rehabilitados y no rehabilitados



Fuente: base de datos de la investigación *Autoeficacia en pacientes post-infarto agudo de miocardio en una IPS Especializada de Girardot*. 2015.

La gráfica muestra que los pacientes no rehabilitados tienden a mantener un nivel de autoeficacia general ligeramente mayor que los pacientes rehabilitados. Se observa que la diferencia entre mediana de la autoeficacia general de los no rehabilitados y los rehabilitados es de 5 puntos en la escala. Cabe anotar que se dieron casos de la muestra del grupo de rehabilitados que reportaron niveles de autoeficacia mínimos con puntajes entre 10 y 15 correspondientes a los códigos 43, 101, 146, 120. Estos casos se consideraron *outliers*.

Es alta la probabilidad por la cual los pacientes no rehabilitados hayan conseguido niveles relativamente altos de autoeficacia gracias a diferentes fuentes de información: la persuasión verbal (información persuasiva dada por enfermeras, médicos y familiares); la experiencia vicaria (modelado de las actividades realizado por otras personas como los pacientes que se recuperan después de un infarto de miocardio). Esto hace pensar que estas fuentes pueden estar presentes en los procesos educativos que se desarrollan en la consulta de cardiología de la IPS de Girardot. Por su parte, los pacientes rehabilitados han vivido la experiencia directamente durante la asistencia a programas de rehabilitación: según la ficha de seguimiento, ellos asistieron a las dos primeras sesiones del programa de rehabilitación, realizados fuera de la ciudad.

4.5 Autoeficacia según las fases de la rehabilitación cardiaca

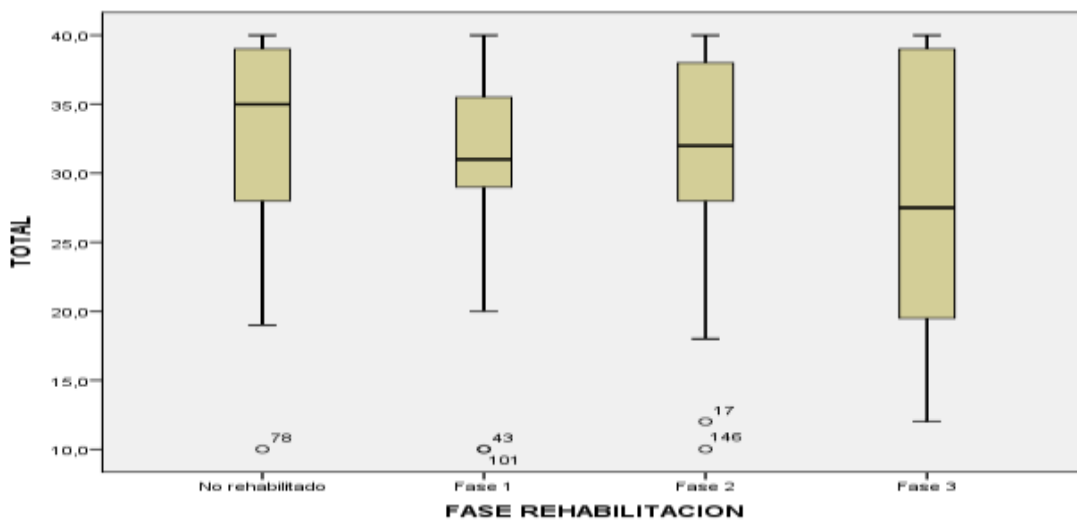
Tabla 11. Fases de rehabilitación cardiaca

| Fases de Rehabilitación Cardiaca | Frecuencia | Porcentaje |
|---|-------------------|-------------------|
| Fase I | 19 | 28.3% |
| Fase II | 40 | 59.7% |
| Fase III | 8 | 11.9% |
| Total | 67 | 100% |

Fuente: base de datos de la investigación *Autoeficacia en pacientes post-infarto agudo de miocardio en una IPS Especializada de Girardot*. 2015.

Del total de pacientes rehabilitados que lograron acceder a las sesiones del programa de rehabilitación cardiaca, 19 asistieron a la Fase I, 40 asistieron a la Fase II y 8 pacientes comenzaron la fase III de la rehabilitación. Es claro que los pacientes que participaron en la fase II lograron conocer las actividades y estrategias de la prevención secundaria.

Gráfica 4. Autoeficacia según las fases de rehabilitación cardiaca



En cuanto a las fases de rehabilitación cardiaca, el estudio evidencia que el 59.7% de la muestra, correspondiente a 40 pacientes, asistió a las fases I y II, es decir, a la etapa de prevención secundaria. En la gráfica se evidencia una sutil variabilidad en las fases de la rehabilitación cardiaca con un nivel ligeramente menor de autoeficacia. Pese a esto, se reafirma el hecho de que los pacientes que no asistieron a la rehabilitación cardiaca muestran niveles ligeramente más altos de autoeficacia en relación con los rehabilitados.

Tabla 12. Contraste de hipótesis estadística de autoeficacia y fases de rehabilitación.

Resumen de contrastes de hipótesis

| | Hipótesis nula | Prueba | Sig. | Decisión |
|---|---|---|------|-----------------------------|
| 1 | La distribución de TOTAL es la misma entre las categorías de FASE REHABILITACION. | Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes | ,341 | Conserve la hipótesis nula. |

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Fuente: base de datos de la investigación *Autoeficacia en pacientes post-infarto agudo de miocardio en una IPS Especializada de Girardot. 2015.*

Buscando una vez más argumentos adicionales ante esa discrepancia mencionada anteriormente, se empleó la prueba de Kruskal-Wallis para evaluar el comportamiento estadístico de la autoeficacia según las fases de rehabilitación. Los resultados mostraron un valor de P igual a 0,341, cifra que valida la idea según la cual el nivel de autoeficacia es el mismo para las distintas fases de rehabilitación cardíaca.

Tabla 13. Correlaciones no paramétricas

| Correlaciones de la autoeficacia con los pacientes no rehabilitados y la edad | | | | |
|--|-------|-----------------------------|-------|-------|
| | | | Total | Edad |
| Rho de Spearman | Total | Coefficiente de correlación | 1,000 | ,091 |
| | | Valor P | . | ,418 |
| | Edad | Coefficiente de correlación | ,091 | 1,000 |
| | | Valor P | ,418 | . |

Fuente: base de datos de la investigación *Autoeficacia en pacientes post-infarto agudo de miocardio en una IPS Especializada de Girardot. 2015.*

No existe correlación global entre la edad y la autoeficacia en pacientes no rehabilitados. Siendo el valor de P 0,418, no hay asociación entre ellas. Este resultado se debe a que la muestra es demasiado baja para justificar el uso de la estadística inferencial. Además, no hay proporcionalidad entre hombres y mujeres ni en el número de participantes que no asistieron al programa de rehabilitación cardíaca.

Tabla 14. Correlación estadística entre la autoeficacia y la edad en los pacientes rehabilitados

| Correlaciones de la autoeficacia con los pacientes rehabilitados y la edad | | Total | Edad | |
|---|-------|----------------------------|-------|-------|
| Rho de Spearman | Total | Coeficiente de correlación | 1,000 | ,013 |
| | | Valor P | . | ,919 |
| | Edad | Coeficiente de correlación | ,013 | 1,000 |
| | | Valor P | ,919 | . |

Fuente: base de datos de la investigación *Autoeficacia en pacientes post-infarto agudo de miocardio en una IPS Especializada de Girardot*. 2015.

De nuevo, la correlación global entre la edad y la autoeficacia en pacientes rehabilitados no existe porque no puede darse asociación entre ellas, según el valor P de 0,919. Este resultado se debe a que la muestra es muy baja para justificar el uso de la estadística inferencial y a la ausencia de proporcionalidad entre hombres y mujeres en relación con el número de los participantes rehabilitados.

Los resultados evidencian:

- ❖ De los resultados obtenidos de las pruebas a los 149 pacientes en situación de post IAM, se calculó una media de 31,698, cifra que equivale a un nivel general de alta autoeficacia.
- ❖ La edad de los participantes de este estudio osciló entre los 35 y 65 años con una media de 52 años.
- ❖ El análisis de la autoeficacia por grupos de edad evidencia que la autoeficacia sufre una variación mínima según los diferentes grupos de edad. En otras palabras, los grupos de edad no reflejan diferencias sustanciales entre niveles de autoeficacia.
- ❖ Las mujeres reconocieron en sí mismas niveles de autoeficacia ligeramente inferiores a los de los hombres; con todo, existen casos de miembros de la población masculina involucrada en el estudio que reportaron bajas puntuaciones y, por consiguiente, bajos niveles de autoeficacia (código 120-17 y 78).
- ❖ Gracias a la aplicación de la prueba U de Mann-Whitney, fue posible concluir que no existen diferencias considerables en los niveles de autoeficacia entre hombre y mujeres, al reportar la prueba un valor de 0,783.
- ❖ Se evidencia una sutil variabilidad en los niveles de autoeficacia en las diferentes fases de rehabilitación cardiaca.
- ❖ Fue posible señalar que los pacientes que no asistieron a la rehabilitación cardiaca presentan niveles más altos de autoeficacia respecto a quienes sí asistieron.

- ❖ No se encuentra correlación entre los distintos niveles de autoeficacia y las variables de edad, género y acceso o no a la rehabilitación por lo que se concluye que son otros los factores que determinan los cambios en los niveles de autoeficacia.

- ❖ No existe correlación entre las variables de edad, paciente rehabilitado y paciente no rehabilitado debido a, entre otros, la implementación del método no paramétrico, homogeneidad de la muestra, proporcionalidad en el número de participantes según la edad, entre otros.

Discusión

El fin de este capítulo es contrastar los resultados de la presente investigación con la literatura científica disponible.

Considerando que la edad de los participantes de este estudio osciló entre los 35 y los 65 años, con una media de 52 años, la población masculina estaba conformada por 69 participantes y la femenina de 80, el estudio de Rubiera y Jimenez¹⁹⁸ concluyó que el grupo de edad predominante en los casos de IAM es el que abarca el lapso que va de los 51 a los 60 años, con más casos de mujeres que de hombres. Por otro lado, según los datos estadísticos que presentan el DANE y la OMS¹⁹⁹ respecto a las enfermedades isquémicas del corazón, se presentaron 17.317 casos en hombres de edades comprendidas entre los 35 y 90 años mientras que se registraron 14.164 casos en mujeres entre los 40 y 95 años de edad. Todos estos datos correspondientes al primer semestre del año 2013. Se concluye que el rango de edad establecido para la presente investigación es acorde con las anteriormente mencionadas.

4.5.1 Nivel de autoeficacia

Con base en los datos obtenidos en este estudio, se evidenció un puntaje promedio de 31,698 equivalente a un nivel ligeramente alto de autoeficacia. En un estudio similar, la puntuación promedio de la autoeficacia general fue de 30,54 con una diferencia en la variable de género debido a diferencias en la capacidad cardíaca y el umbral de fatiga²⁰⁰. Además, en este mismo estudio, el nivel de autoeficacia se midió 4 meses después del suceso cardíaco, evidenciando un estado de mejoría de la calidad de vida relacionada con la salud. Otros estudios muestran semejanzas con el nivel de autoeficacia en personas con enfermedad cardíaca (Joeke et al., 2007; Boersma et al., 2006). Sin embargo, las personas con altos puntajes en las escalas de autoeficacia experimentan sensaciones que normalmente se equiparan con una buena calidad de vida puesto que la autoeficacia puede

ser una característica de la personalidad moldeable (Lorig y Holman, 2003). Por otra parte, otros estudios demuestran que la autoeficacia se asocia con conductas saludables (Carlson et al., 2001) y es determinante durante la rehabilitación cardíaca (Berkhuysen, Nieuwland, Buunk, Sanderman y Rispens, 1999). Además, Sarkar et al. (2009) asegura que niveles bajos de autoeficacia están asociados al funcionamiento deficiente del corazón en pacientes con enfermedad coronaria. Por tanto, es posible afirmar que la autoeficacia se ve perjudicada por la enfermedad y por los cambios comportamentales y de los hábitos luego de experimentar un episodio de infarto.

En relación al presente estudio, fueron objeto de evaluación las afirmaciones acerca de lo que el sujeto dice que puede hacer, y no de lo que dice que hará²⁰¹. De acuerdo con la teoría de la autoeficacia desde la enfermería elaborada por Bárbara Resnick, se puede afirmar que las personas con altos niveles de autoeficacia tienen la capacidad de juzgar, reflexionar y tomar decisiones para el cuidado de su salud²⁰². Asimismo, Carpi, González, Zurriaga, Marzo y Buunk (2010)²⁰³ demuestran que la autoeficacia influye notablemente sobre la conducta con miras a ejercer control y prevenir la enfermedad cardíaca^{204.205}. Al respecto, varios estudios han demostrado que es posible aumentar los niveles de autoeficacia luego de conocer las puntuaciones medias. A su vez, puede presentarse una transformación cognitiva de las experiencias y mejorar el estado de ánimo, la salud y la calidad de vida (Bandura, 2004; Blazer, 2002; Jones, Mandy, & Partridge, 2009; Ribeiro & Santos, 2015)²⁰⁶; Tse, Vong, & Tang, 2013; van Jaarsveld et al., 2005)²⁰⁷. Además, en estos estudios se pone en evidencia el hecho de que los pensamientos negativos son un factor vinculado a la depresión; el control sobre este tipo de pensamientos comprueba la influencia que las creencias ejercen sobre la autoeficacia (Zeng et al., 2012). Adicionalmente, se encontró que la baja autoeficacia cardíaca es un indicador que sirve para predecir un mayor riesgo de insuficiencia cardíaca y hospitalización (Sarkar, Ali y Whooley, 2009).

Por tanto, de acuerdo con los resultados, el desarrollo de un fuerte sentido de autoeficacia es vital para la prevención de la enfermedad cardiovascular²⁰⁸; esto es, valorar adecuadamente los juicios, habilidades y capacidades de cada individuo para realizar una conducta exitosamente (Bandura, 1999). El éxito, tanto para los pacientes como para el resto de la población, dependerá de las expectativas que tenga la persona de sus propias habilidades y aptitudes (González-Celis, 2005). Debido a que la autoeficacia puede verse afectada por los cambios que ocurren durante el post IAM, es necesario que las personas realicen una valoración de su autoeficacia en el desarrollo de acciones que hayan sido afectadas por modificaciones biológicas significativas, emocionales y físicas. Esto, en busca de la focalización de los esfuerzos y el control efectivo sobre el propio comportamiento (Sánchez-Sosa & González- Celis, 2002).

Todo lo expuesto anteriormente demuestra que la autoeficacia se revela como una variable que forma parte de la resiliencia y que se relaciona también con estilos de vida que promueven la salud (Cid, Merino y Stieповich, 2006; Katch y Mead, 2010). De manera particular, es posible observar cómo la autoeficacia se desarrolla en los pacientes post IAM y cómo la interacción con el entorno social puede influir sobre ella y, por ende, sobre el estilo de vida asociado a la salud²⁰⁹.

4.5.2 Autoeficacia y edad

Este estudio demostró que la edad no influye en la determinación de la autoeficacia y, además, tampoco se presentan diferencias según los diferentes grupos de edad. Respecto a la edad, Arroyave y Cepeda²¹⁰ presentan resultados similares, habiendo analizado individuos que recibieron tratamiento para el IAM en donde el 71% de la población

correspondió a pacientes cuyo promedio de edad era de 59 años²¹¹. Así mismo, existen estudios comparativos que analizan las variaciones de la autoeficacia según la edad en poblaciones mexicanas y españolas en donde esta variable sí influye en los niveles de autoeficacia pero en relación con el contexto situacional. Estos resultados vienen a confirmarse en los trabajos de Kennedy, Drennan, Renfrow y Watson (2003). Estos autores proponen la edad como determinante parcial de la autoeficacia emprendedora. Sin embargo, estos estudios refieren que a medida que aumenta la edad, las personas tienen más dominio situacional y garantías de alta autoeficacia.

4.5.3 Autoeficacia y género

Esta investigación mostró una sutil variabilidad en la autoeficacia según el género, siendo los niveles de autoeficacia levemente más bajos en las mujeres que en los hombres (la mediana del primer grupo es superior a la del segundo). Los hombres se percibieron más autoeficaces que las mujeres, con puntuaciones alrededor de 35; en otras palabras, los hombres se perciben capaces de enfrentarse a los cambios y comportamientos generados por el infarto de miocardio en una mayor medida que las mujeres. Es importante, en este sentido, mencionar algunos estudios paralelos con el fin de comprender las nociones de sexo y género. Sugieren Rocha y Díaz-Loving (2005) que cada persona establece y nutre expectativas, reglas y normas creadas a partir de los significados que culturalmente se asignan al hecho de pertenecer biológicamente a un sexo. La persona internaliza y procesa dichos significados construyendo así una identidad de género que puede, en muchos sentidos, aferrarse a este tipo de expectativas diferenciadas sobre los sexos. Esto explica por qué, tanto hombres como mujeres, tienden a desarrollar comportamientos y características de personalidad diferentes capaces de potenciar o debilitar el sentido de autoeficacia en determinadas tareas. En general, se observa que los hombres, a lo largo de esta construcción de identidad, tienden a reforzar el deseo de logro y la competitividad, se

propician las condiciones para que se perciban a sí mismos más inteligentes, responsables, trabajadores, fuertes y audaces. En cambio, a lo largo de este mismo proceso, a las mujeres se les inculcan roles y acciones menos “activas” y con bajo sentido del logro, de tal suerte que se ven a sí mismas como menos competentes y más orientadas hacia tareas de cuidado y expresión de afectos (Díaz-Loving, Rocha & Rivera, 2007; Rocha & Díaz-Loving, 2011).

Poniendo en relación la autoeficacia con el género, en esta investigación se observó una diferencia significativa según la apreciación de la escala general de autoeficacia para hombres y mujeres. Similar al contexto propuesto por Cerquera Córdoba y Meléndez Merchán (2010)²¹², estos investigadores plantean que el hombre es conceptualizado como un ser poderoso a quien nada lo puede afectar, por lo que los síntomas se escudan en otras áreas y no se manifiestan como comportamientos. Asimismo, la baja autoeficacia en mujeres se debe a una percepción latente de angustia y vulnerabilidad, aunque exista voluntad de lucha contra el miedo, sentimientos y reacciones que podrían aparecer después del alta hospitalaria luego de un infarto agudo de miocardio²¹³. Además, Chen, Greene y Crack (1998) afirman que las dificultades que tienen las mujeres para afrontar las situaciones son producidas por el contexto sociocultural.

4.5.4 Autoeficacia y la asistencia a la rehabilitación cardiaca

De los 149 participantes en esta investigación, 67 asistieron a la rehabilitación cardiaca mientras que 82 no lo hicieron; este ausentismo considerable se debe a que ninguna de las instituciones ubicadas en la ciudad de Girardot, epicentro de la investigación, ofrece las fases I, II y III del programa de rehabilitación²¹⁴, ²¹⁵. Otra causa probable evidenciada por la literatura es la no remisión de los pacientes por parte del médico tratante²¹⁶. Al respecto, Roberto Cuerda señala que “la probabilidad de remisión a los programas de rehabilitación cardiaca es menor si el enfermo es de mayor edad, presenta un infarto sin elevación del

segmento ST y coinciden comorbilidades”. En suma, los programas de rehabilitación cardíaca son poco frecuentados²¹⁷.

La situación en otros países no cambia significativamente. En España, por ejemplo, la población que accede a los programas de rehabilitación es escasa y fluctúa entre el 2-3%²¹⁸, aunque esta situación pudiera explicarse, siguiendo el informe European Cardiac Rehabilitation Inventory Survey (2008), dada la escasa oferta de programas de rehabilitación cardíaca. En Estados Unidos, sólo el 30% de las personas que se inscriben a programas de rehabilitación cardíaca participa de ellos hasta su finalización²¹⁹. Por tanto, es paradójico encontrar cifras tan bajas de frecuencia de participación toda vez que los pacientes rehabilitados buscan controlar los síntomas cardíacos, mejorar la capacidad funcional, disminuir los efectos psicológicos y comportamentales, frenar al máximo la progresión del aterosclerosis y, al mismo tiempo, el riesgo de muerte súbita y de re-infarto²²⁰.

Al estimar los efectos de la rehabilitación cardíaca en pacientes post IAM en la población colombiana, no se observaron diferencias significativas entre los grupos con y sin rehabilitación cardíaca en relación a la tasa de hospitalizaciones. Los pacientes cuya rehabilitación cardíaca se basó sólo en la actividad física presentaron una tasa de hospitalización significativamente mayor que la de los pacientes que acudieron al programa completo de rehabilitación cardíaca²²¹. Así, es posible describir la diferencia de los pacientes post IAM frente a la rehabilitación cardíaca. Los resultados evidenciaron que los más altos niveles de autoeficacia corresponden a los pacientes no rehabilitados. Esto se debe, posiblemente, al aprendizaje obtenido en las sesiones educativas y al seguimiento realizado por la IPS de Girardot. Otras fuentes de información como la experiencia vicaria (del ejemplo del otro), la persuasión verbal proveniente del personal de enfermería y

médico y la experiencia propia a partir del cumplimiento y seguimiento de la consulta de cardiología pueden ejercer influencia decisiva en la determinación de la autoeficacia. Asimismo, la experiencia vicaria²²² demostró que puede generar mayor expectativa en los pacientes con enfermedad cardiaca en comparación con otras fuentes.

En cambio, de acuerdo a los estudios²²³, los pacientes rehabilitados afirman que la autoeficacia se asocia con el comportamiento saludable (Carlson et al., 2001) y la actividad física, aspecto esencial de la rehabilitación cardiaca (Berkhuysen, Nieuwlandb, Buunkd, Sandermane, y Rispens, 1999) más hacia la respuesta y control de los síntomas (Sullivan 1998). Sin embargo, es evidente que los asistentes a rehabilitación cardiaca están mejor preparados y más motivados para llevar a cabo la prevención secundaria que aquellos que no asisten al programa.²²⁴ Por otra parte, Warren, Seymour y Brunner (2012) estudiaron la asociación entre la autoeficacia y las conductas de autocuidado en 190 pacientes afroamericanos con hipertensión arterial. Los resultados reflejan que más de la mitad de los participantes reportaron niveles de autoeficacia ligeramente significativos para llevar a cabo conductas saludables. En suma, elevados niveles de autoeficacia traen consigo consecuencias beneficiosas para el funcionamiento del individuo y su bienestar.

5. Conclusiones y recomendaciones

- ❖ Según la Escala General de Autoeficacia, existe un alto nivel, ligeramente significativo de autoeficacia entre los participantes de la muestra como lo demuestra el valor promedio establecido por la escala: 31,698. Es claro que el paciente post infarto de miocardio tiende a adaptarse a los cambios generados por el evento ocurrido y cree en sus juicios y capacidades para enfrentarlo. Además, ahondando en la teoría de autoeficacia, se puede inferir que los pacientes post IAM visualizan su entorno o ambiente como fuente de apoyo, teniendo en cuenta su capacidad funcional, rol social y las respuestas fisiológicas considerados factores situacionales que influyen en la persona, ayudándole a decidir cómo comportarse ante el evento vivido.
- ❖ Se evidenció que la edad no modifica ni influye en la disminución o aumento de los niveles de autoeficacia. En otras palabras, la edad no produce cambios en el juicio, la capacidad o la habilidad para tomar decisiones en relación a comportamientos saludables. La autoeficacia debe asociarse, por tanto, a otros factores que la fortalecen como la motivación, la confianza, la autorregulación²²⁵.
- ❖ De la investigación resultó que las mujeres son ligeramente menos autoeficaces que los hombres, aunque la diferencia no llegue a ser significativa. Esto se debe, tal vez, a la manera de desempeñarse en el rol de género asignado por la cultura y al apoyo brindado por la mujer a su pareja frente al cuidado de la enfermedad, fenómeno que no tiene la misma regularidad, si es considerado en sentido inverso. Sin embargo, al analizar las muestras de forma independiente mediante la prueba U de Mann-Whitney, se observa que los hombres y las mujeres tienen el mismo nivel de autoeficacia. Una de las posibles razones de la diferencia en los resultados es la

homogeneidad de la muestra. En un estudio relativamente reciente (Luque, González, Burba. 2005)²²⁶, se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres.

- ❖ La autoeficacia en los pacientes no rehabilitados es levemente significativo que en pacientes rehabilitados; esto se debe al aprendizaje efectuado mediante la experiencia vicaria (del ejemplo del otro), de la persuasión verbal brindada por el personal de enfermería y médico y la experiencia propia, elementos provenientes de las jornadas de atención en la institución escogida para la realización del estudio. Así pues, el paciente no rehabilitado busca las fuentes de información y, con base en su juicio personal, toma las decisiones pertinentes que le faciliten alcanzar las metas poniendo en práctica las estrategias educativas y de actividad física aprendidas durante las consultas de cardiología.
- ❖ Los pacientes rehabilitados que no completaron el programa de rehabilitación cardíaca pueden haber tenido que afrontar dificultades económicas, problemas de accesibilidad al servicio, falta de apoyo y/o de iniciativa propia; estos y otros factores hicieron que los pacientes post IAM desistieran de los comportamientos benéficos adquiridos y, con el paso del tiempo, no lograran mantenerlos, adoptando otros hábitos a medida que su estado de salud se lo permitía. Por tal razón, es clara la necesidad de que los pacientes tengan la posibilidad de interactuar con cada una de las fuentes de información (experiencia de logro, persuasión verbal, experiencia vicaria y retroalimentación fisiológico) para adquirir y mantener el nivel de autoeficacia.
- ❖ En este sentido, vale la pena resaltar que los resultados de esta investigación invitan a los profesionales de Enfermería a considerar los juicios y las decisiones, el nivel de autoeficacia de las personas en situaciones de salud de pos infarto y apoyar con la mayor asertividad los cambios requeridos para preservar la salud.

- ❖ Si bien el objetivo central de esta investigación no consistía en evaluar los programas de rehabilitación cardíaca, los resultados dejan ver la necesidad de implementar estrategias que contribuyan a reforzar la autoeficacia de las personas que asisten a los programas y así mejorar la adherencia a los mismos.
- ❖ De la misma manera, los resultados obtenidos invitan a seguir planteando estudios que ayuden a comprender posibles correlaciones entre otras variables que puedan influir en el nivel de autoeficacia de manera particular con personas en situaciones de salud post IAM para lo cual, entre otros criterios, se requiere ampliar la muestra de las personas estudiadas y considerar muestras homogéneas.
- ❖ Desde el punto de vista teórico-disciplinar, un aporte de la presente investigación es el manejo del constructo de Autoeficacia general con el fin de fortalecer el conocimiento derivado de la teoría en Enfermería. La autoeficacia general propicia, inicia y mantiene las buenas conductas de salud reguladas por el pensamiento reflexivo; por otra parte, interactúa con las fuentes de información y expectativas de resultado. Por lo anterior, se recomienda generar instrumentos de medida específicos para evaluar de manera objetiva la autoeficacia en pacientes post-infarto agudo de miocardio y así generar los cursos de acción para ayudar a los pacientes a cumplir las metas establecidas para fomentar el cuidado de la salud cardiovascular.
- ❖ La autoeficacia se debe involucrar en la práctica de Enfermería para brindar un cuidado integral a los pacientes post-infarto agudo de miocardio, haya o no asistido a programas de rehabilitación cardíaca por tanto, la gran importancia acudir a las fuentes de información e intentar alimentar las expectativas de autoeficacia para que los pacientes realicen conductas saludables y obtengan resultados benéficos que ayuden a preservar la buena salud cardiovascular.

6. Recomendaciones para futuros investigadores

- ❖ Proseguir el estudio de la autoeficacia general en diferentes contextos y fenómenos de salud a partir de las fuentes de información, expectativas de autoeficacia y de resultados.
- ❖ Utilizar la medición de las expectativas de autoeficacia y las expectativas de resultado en los estudios futuros para mejorar la comprensión de los factores que conducen a los resultados de salud y a los comportamientos de adaptación después un infarto agudo de miocardio.
- ❖ Construir un instrumento de autoeficacia para medir el nivel de autoeficacia específica definida²²⁷, como la creencia sobre el nivel de competencia en situaciones particulares o en determinados fenómenos de salud como el infarto agudo de miocardio.
- ❖ A la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia se le recomienda seguir promoviendo y apoyando la generación de conocimiento disciplinar para desarrollar las líneas de investigación sobre el cuidado en salud cardiovascular propiciando, de ese modo, la participación de la comunidad académica en la elaboración y uso de este tipo de instrumentos como parte del proceso de formación y en el ejercicio profesional, para garantizar un cuidado integral. Se recomienda, además, seguir fortaleciendo la línea de investigación en aspectos de autoeficacia y medición como predictores de cumplimiento de comportamientos saludables en el cuidado de la salud cardiovascular.
- ❖ Con el ánimo de enfatizar en la autoeficacia como valor predictivo para lograr mantener conductas saludables, se recomienda generar políticas y programas que incentiven el trabajo interdisciplinar en las instituciones de salud, con roles debidamente definidos, bajo la teoría de la autoeficacia.

- ❖ Ampliar el horizonte investigativo, permitiendo el desarrollo de estudios unidisciplinarias e interdisciplinarias que contribuyan a la salud y a la mejora en la prestación del servicio en cada una de las unidades de cardiología.

7. Aval del comité de Ética por parte de la Universidad Nacional de Colombia



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE GESTIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

AVAL-020-2015

Bogotá D.C., 7 de octubre de 2015

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

Respetada profesora Clara Virginia:

De manera atenta me permito informarle que el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería en sesión del 5 de octubre de 2015 Acta No. 14, se permite **dar aval** desde los aspectos éticos al proyecto de investigación del programa de Maestría en Enfermería titulado **"Autoeficacia en pacientes pos infarto agudo del miocardio atendidos en una IPS especializada de Girardot"** del estudiante de Maestría en Enfermería Mauricio Medina Garzón y bajo la dirección de la profesora Yuriam Lida Rubiano.

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. (Resolución No. 077 del 2006 del Consejo de Facultad de Enfermería).

Cordialmente,


YANIRA ASTRID RODRÍGUEZ H.
Presidenta Comité de Ética*
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia
*Delegada por la Decana

Copia: Yuriam Lida Rubiano – Director de Tesis
Mauricio Medina Garzón – Estudiante Maestría

8. Presupuesto

| Descripción | Cantidad | Costo | Costo |
|--|--------------|-----------|--------------|
| | | Parcial | Total |
| Recurso Humano | | | |
| Investigador principal | 600 horas | \$40.000 | \$24'000.000 |
| Asesora de tesis | 400 horas | \$180.000 | \$72,000,000 |
| Asesor estadístico | 30 horas | \$100.000 | \$3'000.000 |
| Subtotal | | \$320.000 | 99,000.000 |
| Recursos físicos | | | |
| Internet | 200 horas | \$1.000 | \$200.000 |
| Consulta de base de datos especializada (Universidad Nacional de Colombia) | 100 horas | \$1.000 | \$100.000 |
| Impresiones consentimientos (instrumento) | 149 hojas | \$200 | \$29. 800 |
| Cartuchos para impresión | 2 cartuchos | \$35.000 | \$70.000 |
| Servicio telefónico | 1490 minutos | \$200 | \$298.000 |
| Subtotal | | \$37.400 | 697.800 |
| Salida de campos o visitas | | | |

| Descripción | Cantidad | Costo | Costo |
|-------------|-------------|-----------|---------------|
| | | Parcial | Total |
| Transportes | 149 visitas | \$4.000 | \$596,000 |
| Publicación | 1 artículo | \$385.000 | \$385.000 |
| Total | | \$746,400 | \$100,678,800 |

| ACTIVIDADES | En e. | Fe b. | M ar. | A br. | Ma y. | Ju n. | Ag o. | Se p. | O ct. | No v. | Di c. | En e. | Fe b. | M ar. | A br. | Ma y. | Ju n. | Ju l. | Ag o. | Se p. | O ct. | No v. | Di c. | |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--|
| Comité de Ética de la IPS y a su gerente. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Organización de la información y elaboración del anteproyecto | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Anexos 1. Autorización para el desarrollo de la investigación y la aplicación del instrumento



SOCIEDAD DE ESPECIALISTAS DE GIRARDOT S.A.S.
NIT. 890.601.210-9

Girardot, Mayo 22 de 2015

Señores
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
Posgrado - Maestría en Enfermería Salud Cardiovascular
Facultad de Enfermería
Bogotá D.C.

Respetados señores

Comedidamente me permito informar que se autoriza al señor MAURICIO MEDINA GARZON, identificado con cédula de ciudadanía número 11.205.708 de Girardot, estudiante de la Maestría en Enfermería Salud Cardiovascular de la Facultad de Enfermería, a realizar en nuestra IPS Sociedad de Especialistas de Girardot S.A.S, la aplicación de las herramientas de investigación en el desarrollo del proyecto de "Autoeficacia en paciente pos infarto agudo de miocardio".

Atentamente.

LEONOR GONZALEZ
GERENTE GENERAL

Proyectado por: Diana María Díaz Gonzalez
Asistente de Gerencia

Cc Hoja de vida



Calle 13 No.10-65 Girardot PBX 8335055 EXT 502 TELEFAX 8332788

lgonzalez@clinicadeespecialistasgirardot.com, agerencia@clinicadeespecialistasgirardot.com

Anexo 2. Autorizaciones del instrumento

Autorización para el uso del instrumento de la Escala General de Autoeficacia y validación facial.

The image displays two screenshots of an email inbox from the Universidad Nacional de Colombia. The top screenshot shows an email titled "SOLICITUD RESPECTO AL PROCESO DE AUTORIZACIÓN DEL USO DEL INSTRUMENTO Y LA VALIDACIÓN" sent to "patricia" on May 24. The email content includes a greeting, a request for review of a thesis titled "VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE LA AUTO EFICACIA GENERAL EN CHILE", and a request for authorization to use the instrument in a research project. The bottom screenshot shows an email titled "AUTORIZACIÓN DEL ESCALA DE AUTOEFICACIA" sent to "health" on May 20. This email provides authorization for the use of the instrument in the research project.

Screenshot 1: SOLICITUD RESPECTO AL PROCESO DE AUTORIZACIÓN DEL USO DEL INSTRUMENTO Y LA VALIDACIÓN

Recepción: 24 may. (hace 7 días)

De: Mauricio Medina Garzón <mamedinaga@unal.edu.co> para patricia <>

Realiza un Cordial saludo.

Me dirijo a usted por este medio, por que he tenido la oportunidad de revisar y analizar su artículo titulado: " VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE LA AUTO EFICACIA GENERAL EN CHILE". Me ha llamado particularmente la atención por el proceso de la validación que ha hecho a la escala general.

En este momento soy Estudiante de Maestría en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, buscando la aproximación del fenómeno de salud y estudiar es la AUTO EFICACIA EN PACIENTES POS INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO QUE ASISTEN A LA CONSULTA DE CARDIOLOGIA DE LA SOCIEDAD ESPECIALISTAS DE GUARDUO.

El objeto de proyecto de investigación es medir el nivel de Autoeficacia que tiene el paciente con infarto de Miocardio. El motivo de mi comunicado es iniciar el proceso de solicitud para la autorización del instrumento y su construcción de la validación para ser aplicado en paciente pos infarto de miocardio en la Ciudad de Guarduó.

Espero contar con su apoyo para esta investigación, y la autorización para el uso de instrumento y su validación.

Cordialmente:

MAURICIO MEDINA GARZÓN
Estudiante De Maestría Enfermería
enferías en la Salud Cardiovascular
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia
Bogotá- Colombia

E-mail: mamedinaga@unal.edu.co
mamedinaga@unal.edu.co

Screenshot 2: AUTORIZACIÓN DEL ESCALA DE AUTOEFICACIA

Recepción: 20 may. (hace 2 días)

De: Mauricio Medina Garzón <mamedinaga@unal.edu.co> para health <>

Buenas Noches:

cordial saludo:

Actualmente soy estudiante de Maestría en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, solicito por lo presente la autorización del uso de la escala de Autoeficacia General en versión español para ser aplicada en un estudio de investigación desarrollado en el marco de la Maestría en Enfermería.

Es estado como su título correspondiente: "Nivel de Autoeficacia en paciente post infarto Agudo de Miocardio que asiste a la consulta de Cardiología en una IPS especializada de la Ciudad de Guarduó", con el objetivo de determinar el nivel de autoeficacia.

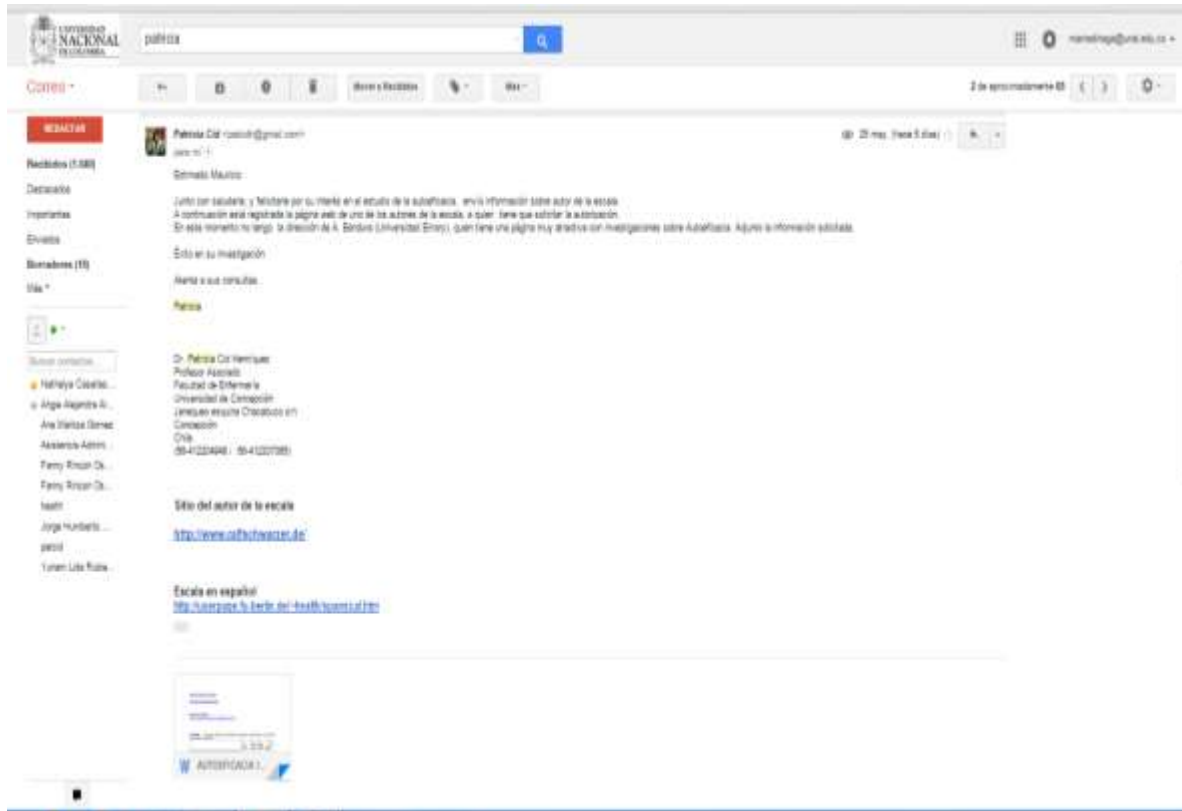
Espero contar con su colaboración.

Cordialmente:

MAURICIO MEDINA GARZÓN
Estudiante
Maestría en Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

The image displays two screenshots of a Gmail inbox from the Universidad Nacional de Colombia. The top screenshot shows an email from Mauricio Medina Gaxón (maurmedga@unal.edu.co) with the subject "AUTORIZACIÓN DEL ESCALA DE AUTORIZACIÓN" dated Friday, July 21, 2017, 09:55. The email content includes a greeting and a reference to a previous communication. The bottom screenshot shows a reply from Patricia Cifuentes (patricia.cifuentes@uncc.edu.co) with the subject "SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN" dated 11 hours ago. Her reply includes a question about the authorization process and provides contact information for Dr. Patricia Cifuentes at the Universidad de Cundinamarca.

Autorización para el uso del instrumento de autoeficacia de Patricia Cid y Ralf Schwarzer.



Autorización para el uso del instrumento de Autoeficacia
Versión II

Girardot, Mayo 11 de 2015

SEÑOR:

MAURICIO MEDINA GARZON

ESTUDIANTE MAESTRIA EN ENFERMERIA
EN ENFASIS EN SALUD CARDIOVASCULAR
FACULTAD DE ENFERMERIA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
BOGOTA

Por medio de la presente me permito autorizar al estudiante MAURICIO MEDINA, para el uso y la aplicación del instrumento La Escala General de Autoeficacia Versión 2, como resultado de la validación de contenido realizado en el año 2013, a una población de 379 sujetos, para hacer aplicado en la medición de la Autoeficacia en el paciente postinfarto agudo de miocardio construido en el marco de la maestría de la Universidad nacional de Colombia.

Cordialmente


SANDY CATERINE CRUZ ESPINOSA

C.C 39578288 de Girardot

Autorización del uso del instrumento Sandy Cruz.

Anexo 3. Consentimiento Informado

Título del Estudio: Autoeficacia en pacientes post infarto agudo de miocardio en una IPS Especializada en Girardot.

Investigador: Mauricio Medina Garzón. Estudiante de Maestría en Enfermería con Énfasis en Salud Cardiovascular, de la Universidad Nacional De Colombia

Objetivo Del Estudio: Determinar el nivel de autoeficacia en pacientes Post Infarto Agudo de Miocardio, atendidos en la consulta de Cardiología en una IPS especializada de la Ciudad de Girardot.

Lo estamos invitando a participar en la investigación mencionada. 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 a la persona encargada del estudio.

El beneficio a corto plazo de participar en este estudio, no va más allá de expresar el juicio para tomar decisiones frente al cuidado de su salud, después de haber presentado un infarto Agudo de miocardio. Los beneficios a largo plazo, incluyen los conocimientos que se pueden generar en esta investigación y apoye al personal de enfermería para el fortalecer el cuidado en pacientes que han presentado infarto agudo de miocardio.

Su participación en el estudio es totalmente voluntaria, tiene derecho a retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto repercuta sobre su atención por parte de los profesionales en salud. Por su participación en esta investigación usted no recibirá ningún tipo de remuneración económica.

Su participación consiste en leer y diligenciar el instrumento de Autoeficacia en Versión 2, que consta de 10 preguntas para responder en una escala con opciones de respuestas. La duración de su participación es aproximada de 20 minutos. El instrumento y el diligenciamiento serán explicados por el investigador.

La información del estudio se manejará a través del número consecutivo interno de la base de datos para evitar riesgo de identidad de los participantes, por lo cual, se garantiza el anonimato e identidad, la información personal no será publicada antes, durante y después de terminado el estudio. Toda la información del estudio será recopilada por el investigador y no será compartida con nadie sin su previa autorización. Los resultados de este estudio serán conocidos por usted, antes de ser publicados en una revista especializada. Además, el investigador los protegerá en un lugar seguro por un tiempo aproximado de 1 año y después se eliminarán. 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 institución de salud, donde usted ha sido atendido.

Los datos de contacto del investigador están a su disposición. Email: mamedinaga@unal.edu.co; número telefónico: 3125585446. Esta persona será quien solamente ingresará a su lugar de residencia previa cita anticipada concertada y acuerdo mutuo por vía telefónica como contacto inicial, de lo contrario se atenderán en la IPS, donde hay un espacio para la aplicación del instrumento; respetando su privacidad y comodidad.

Yo, _____, he leído y entiendo el contenido del consentimiento informado y he podido hablar sobre mi participación en el estudio con el investigador Mauricio Medina Garzón. He recibido suficiente información sobre el estudio, comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta sobre mi atención por parte del personal médico y de enfermería. Por tanto, voluntariamente, doy consentimiento para participar en este estudio.

_____ Firma de la persona
participante o huella Fecha

_____ Firma de testigo
Fecha

En caso de requerir ampliación de la información sobre la investigación puede contactarse con la presidente del Comité de ética de investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia: Yanira Astrid Rodríguez Holguín.

Anexo 4. Instrumento “Escala General de Autoeficacia versión 2”

I PARTE: Por favor conteste con sinceridad. Esta parte corresponde a lo que usted percibe de su capacidad.

| Indicadores de Autoeficacia | 1 Nunca | 2 Algunas veces | 3 Muy pocas veces | 4 Siempre |
|---|---------|-----------------|-------------------|-----------|
| 1. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente. | | | | |
| 2. Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga. | | | | |
| 3. Me es fácil persistir en lo que me propongo y alcanzar mis metas. | | | | |
| 4. Me siento seguro de poder manejar situaciones inesperadas. | | | | |
| 5. Gracias a mi iniciativa puedo superar situaciones imprevistas. | | | | |
| 6. Puedo resolver mis problemas si dedico el esfuerzo suficiente. | | | | |
| 7. Puedo mantener la calma, cuando enfrente dificultades porque confío en mis habilidades de afrontamiento. | | | | |
| 8. Cuando enfrente un problema puedo proponer diferentes soluciones. | | | | |
| 9. Estoy en dificultades, puedo pensar en soluciones. | | | | |
| 10. Puedo manejar lo que se me presente. | | | | |
| TOTAL | | | | |

Fuentes: Bäßler, J. & Schwarzer, R. (1996). *Evaluación de la autoeficacia: adaptación española de la Escala de Autoeficacia General*. Instrumento validado por Sandy Cruz, Maestría de la Universidad de la Sabana. 2013.

Anexo 5. Ficha de seguimiento en paciente post infarto agudo de miocardio

| | | | |
|---|-------------|---|-----------|
| Código identificación | | Fecha aplicación | |
| Edad: | | Género | Hombre |
| | | | Mujer |
| Fecha evento infarto miocardio | | Meses transcurridos después del evento | 1-3 meses |
| | | | 3-6 meses |
| | | | 1 año |
| ¿Asiste programa rehabilitación cardiaca? | Si | Fase rehabilitación cardiaca | Fase 1 |
| | No | | Fase 2 |
| | | | Fase 3 |
| ¿Asiste consulta cardiología? | Si | ¿Cuántas veces asistido consulta cardiología? | 1 |
| | No | | 2 |
| | | | 3 |
| | | | 4 |
| Estado civil | Soltero | ¿Sus familiares se preocupan por su salud? | Si |
| | Casado | | No |
| | Unión libre | | |
| | Separado | | |

Elaborado por Mauricio Medina Garzón. Universidad Nacional de Colombia, Maestría En Enfermería. 2015.

Anexo 6. Carta de compromiso de derechos de autor

ANEXO: CARTA DE COMPROMISO DE DERECHOS DE AUTOR



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE GESTIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

DECLARACIÓN

Yo **MAURICIO MEDINA GARZÓN**, declaro respecto al proyecto de investigación titulado: **" AUTOEFICACIA EN PACIENTES POST INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO QUE ASISTEN A CONSULTA DE CARDIOLOGÍA EN UNA IPS ESPECIALIZADA DE LA CIUDAD DE GIRARDOT "**, manifiesto mi compromiso de respetar el Acuerdo No.035 de 2003 del Consejo Académico por el cual se expide el Reglamento sobre Propiedad Intelectual, Capítulo II, Derechos de Autor, Artículo 18°. Se sugiere que en los proyectos sea pertinente incluir la propiedad intelectual.

MAURICIO MEDINA GARZÓN

CC: 11205708 Girardot

Estudiante de Maestría en Enfermería

Facultad de Enfermería

Universidad Nacional de Colombia

Anexo 7. Carta de compromiso de no recolección de datos

CARTA DE COMPROMISO DE NO RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE GESTIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

DECLARACIÓN

Yo **MAURICIO MEDINA GARZÓN**, declaro respecto al proyecto de investigación titulado: " **AUTOEFICACIA EN PACIENTES POST INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO QUE ASISTEN A CONSULTA DE CARDIOLOGÍA EN UNA IPS ESPECIALIZADA DE LA CIUDAD DE GIRARDOT** ", que no he iniciado el proceso de recolección de datos y no se hará hasta cuando esté siendo sometido a evaluación por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y haya recibido el respectivo aval ético.

MAURICIO MEDINA GARZÓN

CC: 11205708 Girardot CC:

Estudiante de Maestría en Enfermería

Facultad de Enfermería

Universidad Nacional de Colombia

DRA YURIAM RUBIANO M.

CC: 41748658Bogota

Directora del Proyecto

Facultad de Enfermería

Universidad Nacional de Colombia

Bibliografía

1. OPS, Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud. *Indicadores básicos 2010*. Situación de Salud en Colombia.
2. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2011. *Informe de un grupo científico de la OMS*. Ginebra, 2011. Consultado el día 15 de abril de 2015. Disponible en: http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf
3. Cubillos LA, Casas JP, Morillo C, Bautista LE. *Congestive heart failure in Latin America: the next epidemic Am Heart*. 2004
4. DANE. *Estadísticas Vitales. Defunciones no fetales 2013*. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/es/poblacion-demografia/nacimientos-y-defunciones/118-demograficas/estadisticas-vitales/2877-defunciones-no-fetales>
5. OPS, Ministerio de la Protección Social, Op. cit.
6. Alsen P, Brink E, Persson L-O, Brändström Y, Karlson B. *Illness perceptions after myocardial infarction: relations to fatigue, emotional distress, and health-related quality of life*. J. of Cardiovascular Nurs. 2010; 25; disponible en <http://dx.doi.org/10.1097/JCN.Ob013e3181c8dcdf>. Accessed April 20, 2015
7. Eriksson M, Asplund K, Svedlund M. *Couples' thoughts about and expectations of their future life after the patient's hospital discharge following acute myocardial infarction*. J. of Clinical Nurs. 2010; 19:34, 85-93.
8. Vargas Toloza, R et al. *Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes postinfarto de miocardio*. R. Ciencia y Cuidado. 2008; vol. 5: n° 1, 40-50.
9. Baldacchino D. *Myocardial infarction: a turning point in meaning in life over time*. Br. J. Nurs. 2011; 20, 107.
10. Vargas Toloza. Op. cit., p. 3.

-
11. Thombs, B et al. *Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction*. I. J. of Medical Gen. 2006; Vol. 21: n°. 1, 30-38
 12. Téllez, J. *Depresión, ansiedad y enfermedad cardiovascular* [Internet]. 2015 (citado 19 de Mar. 2015). Disponible en: <www.psiquiatriabiologica.org.co/avances/vol3/.../articulo5.pdf >
 13. Vargas Toloza. Op. cit., p. 3.
 14. Álvarez ML, Gómez SW, Álvarez, OD. *Depresión como factor de riesgo en el post infarto*. R. de Posg. de la VIa Cátedra de M. 2007. No. 165, p. 26.
 15. Vargas Toloza. Op. cit., p. 3
 16. Varela Montero, I. *Apoyo social y afrontamiento en enfermedad cardíaca*. 2011.
 17. *Ibid.* 11.
 18. World Health Organization, et al. *Rehabilitation of patients with cardiovascular diseases: report of a WHO Expert Committee* [meeting held in Geneva from 23 to 29 July 1963]. Consultado Julio 2014.
 - 19 De Pablo C, Artigao R, Morales M. *Rehabilitación cardíaca*. Olalla, 1999.
 - 20 Maroto JM, et al. *Rehabilitación cardíaca en pacientes con infarto de miocardio. Resultados tras 10 años de seguimiento*. R. E. de Cardiología [internet] 2015 (citado 9 de jul. 2015) 2005; 58: 10, p. 1181-1187.
 21. Álvarez ML, Gómez, SW, Álvarez OD. *Op. cit.* p. 26-28. Consultado abril 2015.
 22. Beswick A et al. *Provision, uptake and cost of cardiac rehabilitation programmes: improving services to under-represented groups*. Health Technology Assessment. 2004; 8: 41. Consultado Noviembre 2014.
 23. Jiang X, Sit JW, Wong, TK. *A nurse-led cardiac rehabilitation programmer improves health behaviours and cardiac physiological risk parameters: evidence from Chengdu, China*. J. of Clinical Nurs. Oct. 2007. 16 (10), p. 1886-97. Consultado Noviembre del 2014.
 24. Anssen, V et al. *A self-regulation lifestyle program for post-cardiac rehabilitation patients has long-term effects on exercise adherence*. J. of Behavioral Med. 2013.

-
25. Fernández-Abascal EG, Martín MD; Domínguez FJ. *Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares*. *Psicothema*, 2003; 15 (4), p. 615-630. Consultado Noviembre 2014.
26. Urquijo S et al. ISSN 0326-646X. *Rev. Fed. Arg. de Cardiología*. 2003; 32, p. 190-198.
27. Hildingh C, Frid Lund B, Lidell E. *Women's experiences of recovery after myocardial infarction: A meta-synthesis*. *Heart & Lung: J. of Acute and Critical C.*, 2007; 36, (6), p. 410-417.
- 28 Williams RI, Fraser AG, West RR. *Gender differences in management after acute myocardial infarction: not 'sexism' but a reflection of age at presentation*. *J. of Public H.* 2004; 26 (3), 259-63. Consultado mayo 2015.
29. O'Donnells CS, Begley CM. 'Add women & stir' - The biomedical approach to cardiac research. *Eur. J. of Cardiovascular Nurs.* 2004.
30. Kristofferzon MJ, Löfmark R, Carlsson M. *Myocardial infarction: gender differences in coping and social support*. *J. of Advanced Nurs.* 2003; 44 (4), 360-74.
31. Lacey EA, Walters SJ. *Continuing inequality: gender and social class influences on self-perceived health after a heart attack*. *J. of epidemiology and community h.* 2003, 57 (8), p. 622-627. Consultado enero 2015.
32. King KB. *Emotional and functional outcomes in women with coronary heart disease*. *J. of Cardiovascular Nurs.* 2001; 15 (3), 54-70.
33. Olivari C, Urra E. *Autoeficacia y conductas de salud*. *Ciencia y enfermería*. 2007; 13 (1), p. 9-15.
34. Resnick, B. *The theory of self-efficacy*. En: Smith M, Liehr P. *Middle range theory for nursing*. Springer Publishing Company. Pp. 49-68.
35. McDonald D, O'Brien J, Farr E, Haaga DA. *Pilot study of inducing smoking cessation attempts by activating a sense of looming vulnerability*. *Addictive Behaviours*, 35, 599-606. Disponible en:10.1016/j.addbeh.2010.02.008

-
36. Álvarez M, Villamarín F. *El papel de la autoeficacia en el entrenamiento para controlar la frecuencia cardíaca durante pruebas de esfuerzo*. *Psicothema*. 2004; 16 (1), p. 50-57.
37. McAuley E, Jacobson, L. *Self-efficacy and exercise participation in sedentary adult females*. *Am. J. of Health Prom.* 1991; 5 (3), p. 185-207.
38. Carpi A, González P, Zurriaga R, Marzo JC, Buunk AP. *Autoeficacia y percepción de control en la prevención de la enfermedad cardiovascular*. *Uni. Psychologica*; 9 (2), 423-432. Disponible en :http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672010000200010&lang=pt
39. Girardi CI et al. *Síndrome coronario agudo y autoeficacia para el afrontamiento del estrés en pacientes varones*. *R. Cubana de Med. Gen. Integral*. 2015; 31 (4).
40. Wiendenfeld S, O'Leary A, Bandura A et al. *Impact of perceived self-efficacy in coping with stressors on components of the immune system*. *J. of Personality and Social Psycho*. 1990; 59, 1082-94.
41. Sniehotta FF, Scholz U, Schwarzer R. *Bridging the intention-behaviour gap: Planning, self-efficacy, and action control in the adoption and maintenance of physical exercise*. *Psychology & Health*. 2005; 20 (2), p. 143-160.
42. Meland E, Mæland JG, Lærum E. *The importance of self-efficacy in cardiovascular risk factor change*. *Scand. J. of Public H.* 1999; 27 (1), p. 11-17.
43. Boehmer S, Luszczynska A, Schwarzer R. *Coping and quality of life after tumor surgery: personal and social resources promote different domains of quality of life*. *Anxiety, stress, and coping*. 2007; 20 (1), p. 61-75.
44. Ministerio de la Protección Social. *Informe sobre la situación de salud en Colombia - Indicadores de salud 2011*. Colombia: Ministerio de la Protección Social; consultado octubre 2014.
45. Ministerio de la Protección Social. Boletín de Prensa N° 077 de 2014, 21 de marzo de 2014. *Entrevista sobre hábitos en enfermedad cardiovascular*.
46. Maldonado J, *Sobre riesgo de hombres colombianos de enfermar y morir de infarto*. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Hombres,-m%C3%A1s-propensos-en-Colombia-a-morir-de-infarto.aspx>. Boletín de prensa N° 072 de 2014.

-
47. *Estadísticas de morbilidad del periodo 2014*. Sociedad de Especialistas de Girardot. Revisado enero 2015.
48. Fernández A, Gálvez AM, Castillo A. *Costo institucional del infarto agudo de miocardio en el Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*. R. Cubana de Salud Pública. 2008; 34 (4).
49. Buitrago LA, *Experiencias de los hombres durante la etapa post-infarto de miocardio y presencia de estados depresivos*. Cultura del Cuidado. 2011; 8 (1), p. 42-51. Consultado septiembre 2014.
50. Buitrago LA et al. *Experiencias vividas de las mujeres en la etapa post-infarto agudo de miocardio*. Tesis Doctoral. Universidad Nacional de Colombia. Año 2010.
51. Etemad RL, McCollam LP. *Total first-year costs of acute coronary syndrome in a managed care setting*. J. of Management Care Pharm. 2005; 11 (4), 300-306.
52. Braverman DL. *Cardiac rehabilitaci3n: a contemporary*. Am. J. of Physical Med. Rehab. 2011; 90 (7), 599-611.
53. *Ibid*, 35
54. Blas JR, Rey D, Pérez E. *Cardiopatía Isquémica: Infarto de Miocardio*. Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario Gregorio Marañ3n, Madrid.
55. Boyde M, et al. *What have our patients learned after being hospitalised for an acute myocardial infarction?* Australian Critical Care, 2014.
56. Zullo M, Dolansky M, Jackson L. *Cardiac rehabilitation, health behaviours and body mass index post-myocardial infarction*. J. of Cardiopulmonary Rehabil. and Prev. 2010; 30, 28-34. Consultado marzo 2015.
57. Cooney M, Kotseva K, Dudina A, De Baker G, Wood D, Graham I. *Determinants of risk factor control in subjects with coronary heart disease: a report from the EUROASPIRE III investigators*. Eur. J. of Preventive Cardiol. 2013; 20, 686-691.
58. Heran B, Chen J, Ebrahim S, Moxham T, Oldridge N, Rees K, et al. *Exercise based cardiac rehabilitation for coronary heart disease*. Cochrane Database Syst. Rev 2011; 7. Art. No. CD001800.

-
59. Alm-Roijer C, StagnoM, Uden G, Erhardt L. *Un mejor conocimiento mejora la adherencia a los cambios de estilo de vida y la medicación en pacientes con enfermedad coronaria*. Eur. J. of Cardiovascular Nurs. 2004; 3, 321-330 Consultado abril 2015.
60. De Feo, S et al. *Gender differences in cardiac rehabilitation programs from the Italian survey on cardiac rehabilitation (ISYDE-2008)*. I. J. of Cardiology. 2012; 160 (2), 133-139.
61. Ghali WA, Faris PD, Galbraith PD, et al. *Sex differences in access to coronary revascularization after cardiac catheterization: importance of detailed clinical data*. Ann. Intern. Med. 2002; 136, 723-732.
62. De Feo S, Tramarin R, Ambrosetti M, Riccio PL, *Gender differences in cardiac rehabilitation programs from the Italian survey on cardiac rehabilitation (ISYDE-2008)* Contents lists available at ScienceDirect International Journal of Cardiology journal homepage: www.elsevier.com/locate/ijcard. International Journal of Cardiology 160 (2012) 133–139. consultado Julio 2015.
63. Pack MD, et al *Participation in cardiac rehabilitation, readmissions, and death after acute myocardial infarction*. 2014.
64. Polsky D, Doshi JA, Marcus S, Oslin D, Rothbard A, Thomas N, et al. *Longterm risk for depressive symptoms after a medical diagnosis*. Arch. of Internal Med. 2005; 165, 1260-6.
65. Anjo D, Santos M, Borchado B, Joao M. *Los beneficios de la cardiaca rehabilitación en la enfermedad coronaria: ¿una cuestión de género?* Investigación Artículo Original. Revista Portuguesa de Cardiología (English edition). 2014; 33 (2), 79-87.
66. Anchique CV, et al. *Estado actual de la rehabilitación cardiovascular en Colombia*. R. Colombiana de Cardiol. 2011; 18 (6), p. 305-315.
67. Ferreira U, Pierrez A, Chiminelli T. *Escenarios para los Cuidados humanizados*. 2013; 1 (3), p. 211-215.
68. Mulet C. *Hablando de promoción con enfermería*. Rev. Cubana de Enfermería. Enero-marzo 2002. 18 (1), p. 69-71.

-
69. Jaramillo N, Valencia, GI. *Presencia de sintomatología ansiosa, depresiva o mixta (trastornos adaptativos) en un grupo de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama y en tratamiento oncológico*. 2011.
70. Everett B. *Ejercicio escala de autoeficacia de Bandura: validación en un centro de rehabilitación cardíaca australiano*. Escuela de Enfermería de la Universidad de Western Sydney, Sydney. *Vista Internacional de Estudios de Enfermería*. 2015; 46 (6), 824-9.
71. De La Rosa LJ, Jústiz IA, Ibarra, IB. *Papel de la enfermera en la aplicación de una escala de medición de la autoeficacia para dejar de fumar*. R. Cubana de Enfermería. 2003; 19 (3), p. 3. Consultado julio 2015.
72. Contreras F, Espinosa, JC; Esguerra, GA. *Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis*. *Psicología y salud*. 2013; 18 (2), p. 165-179.
73. Resnick, B. *Op. cit.* p 28.
74. Luscsynska A, Schwarzer R. *Planificación y auto-eficacia en la adopción y mantenimiento de auto-examen de mama: un estudio longitudinal sobre las cogniciones de autorregulación*. *Psicología y Salud*, 18, 93-108.
75. Bagozzi RP, Edwards EA. *Goal setting and goal pursuit in the regulation of body weight*. *Psychology and Health*. 1998; 13 (4), p. 593-621. Consultado marzo 2015.
76. Brug J; Hospers HJ, Kok G. *Differences in psychosocial factors and fat consumption between stages of change for fat reduction*. *Psychology and Health*. 1997; 12 (5), p. 719-727.
77. Gollwitzer PM, Oettingen, G. *The emergence and implementation of health goals*. *Psychology and Health* 1998; 13 (4), p. 687-715.
78. Pinto BM, Friedman R, Marcus BH, Kelly H, Tennstedt S, Gillman MW. *Efectos del sistema telefónico de asesoramiento basado en computadora sobre la actividad física*. *Am. J. of Preventive Med.* 23; 113-120. Consultado Agosto 2014.
79. Kaljee LM, et al. *Effectiveness of a theory-based risk reduction HIV prevention program for rural Vietnamese adolescents*. *AIDS Education and Prevention*. 2005; 17 (3), p. 185.

-
80. McAuley E. *La autoeficacia y el mantenimiento de la participación de ejercicio en los adultos mayores*. D. de la medicina conductual. 1993; 16 (1), p. 103-113.
81. Kobau R, Diiorio C. *Autogestión Epilepsia: una comparación de la autoeficacia y la expectativa de resultado para la adherencia a la medicación y estilo de vida comportamientos entre las personas con epilepsia*. Epilepsia y Comportamiento. 4; 217-225.
82. Hernández D. *Relación entre estados de salud y riesgos de no adherencia al tratamiento en pacientes en rehabilitación cardiaca*. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Bogotá D.C, Colombia 2013.
- 83 Resnick B. *The theory of self-efficacy*. En: Smith M, Liehr P. *Middle range theory for nursing*. Springer Publishing Company. 49-59.
84. Senosiain LU, et al. *Efecto de la rehabilitación cardiaca en la vivencia de la enfermedad tras el IAM*. Enfermería en Cardiología. R. C. e Informativa de la Asoc. Esp. de Enfermería en Cardiología. 2011; 53, 72-81.
85. Cazorla M, Ortigosa L, Isla P, Vivas E, Gil D, Gómez MJ, Roig C, et al. *La percepción del paciente con Cardiopatía Isquémica a los dos años del Primer Evento Coronario*. Enfermería de Cardiología. 2004; 6 (31), 30-35.
86. Varela Montero, *Apoyo social y afrontamiento en enfermedad cardiaca*. Op cit 11.
87. Madrid: Sociedad Española de Cardiología, Inc.; octubre, 2008. [actualizado 29 mayo; citado 12 mayo 2015]. Disponible en: www.secardiología.es
88. Ames R, *Intolerancia, al ejercicio y actividad sexual post infarto*. Revista Peruana de Cardiología, 2004, vol. 171.
89. Ilarraza H. *Rehabilitación y prevención cardiovascular. El complemento necesario a la terapéutica de hoy*. Archivos de Cardiología de México. Octubre – diciembre, 2003; 73 (4), 247-252.
90. Ades Ph. *Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention of Coronary Heart Disease*. New English J. of Med. 2001; 12, 892-902.

-
91. Aalto AM, Heijmans M, Weinman J, Aro AR. *Illness perceptions in coronary heart disease Sociodemographic, illness-related, and psychosocial correlates*. J. of Psychosomatic R. 2005; 58, 393-402.
92. Pleiver CM, Mooy JM, De Meen PJMV, Stouthard MEA, Visser MC, Grobbee DE, et al. *Persistent impaired emotional functioning in survivors of a myocardial infarction*. Qual. Life Res. 2001; 10, 123-132
93. Varela Montero. *Apoyo social y afrontamiento*. Op. cit. 11.
94. Rollman B, Counihan P, Reynolds Ch. *Potential new cardiovascular risk factors*. Ann. of Intern. Med. 2000; 132, 761.
95. Senosian LU, et al. *Efecto de la rehabilitación cardiaca en la vivencia de la enfermedad tras el IAM*. Op. cit.; 72-81
96. Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS, Thompson D, Oldridge N, Ebrahim S. *Exercise based rehabilitation for coronary heart disease (Cochrane review)*. The Cochrane library, vol.2: John Wiley and Sons, Chichester, UK. 2004.
97. Sebregts EHWJ, Falger PRJ, Bär FWHM. *Risk factor modification trough nonpharmacological interventions in patients with coronary heart disease*. J. of Psychosomatic Res. 2000; 48, 425-441.
98. Fraser ShN, Rodgers WM. *An examination of psychosocial correlates of exercise tolerance in cardiac rehabilitation participants*. J. of Behavioral Med. 2010, 33 (2), 159-167.
99. Rydlewska A, et al. *Health locus of control and the sense of self-efficacy in patients with systolic heart failure: a pilot study*. Patient Preference and Adherence. 2013; 7, 337.
100. Sarkar U, Ali S, Whooley MA. *Self-efficacy as a marker of cardiac function and predictor of heart failure hospitalization and mortality in patients with stable coronary heart disease: findings from the Heart and Soul Study*. Health Psycho. 2009; 28 (2), 166.
101. Lorig K, Holman H. *Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms*. Ann. of Behavioral Med. 2003; 26, 1-7.
102. Farjat-Ruiz JI, et al. *Conceptos actuales sobre el infarto agudo de miocardio*. T. de Cardio. Isquémica II, 2009, 5.

-
103. Bandura A. *Self-Efficacy*. En: Encyclopedia of Human Behavior. Ed. Vs. Ramachaudran. 1994. New York pág 71-81.
104. Resnick, B. Op. cit. 28.
105. Sanagua JO, Acosta G, Rasmussen R.. *La rehabilitación cardiaca en la prevención secundaria*. R. Fed. Arg. de Cardio. 1999; 28, 337-343.
106. World Health Organization. Technical Report Series 270. *Rehabilitation of patients with cardiovascular diseases*. Report of a WHO expert committee, Geneve. 1964.
107. Olaz FO. *La Teoría Social Cognitiva de la Autoeficacia*. J. of College St. Develop. 2001; 35, 19-24.
108. Alpuche A, Vega LO. *Predicción del comportamiento lector a partir de la autoeficacia*. R. Mex. de Inv. Educativa. 2014; 19 (60), 241-266.
- 109 Pascual PL. *Innovación y experiencias educativas: teorías de Bandura aplicadas al aprendizaje*. 2009; 45 (6), Revisado en: http://www.csicsif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_23/PEDRO%20L UIS_%20PASCUAL%20LACAL_2.pdf
110. *Ibid* 101.
111. Castillo MR. *Creencias de autoeficacia y coaching*. Trabajo presentado en las IV Jornadas Internacionales Mentoring & Coaching, Madrid, 2009. Disponible en: http://innovacioneducativa.upm.es/jimcue_09/comunicaciones/02_22-5_Coaching_Creencias.pdf.
112. Bandura A. *Self-efficacy: toward a unifying theory of behavior change*. Psycho. R. 84 (2), 191-215.
113. Balcázar NP, Delgadillo GL, Gurrola PM, Mercado MA, Moysén CA. *Teorías de la personalidad*. Universidad Autónoma del Estado de México, 2003.
114. Bandura, A. *Modelo de Causalidad en la Teoría del Aprendizaje Social*. En: Mahoney M, Freeman A. *Cognición y Psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
115. Zeldin A. *Review of Career Self-efficacy Literature*. Disertación Doctoral. Universidad de Emory, Atlanta (Inédita).

-
116. Valiante G. *Writing Self-efficacy and Gender Orientation. A developmental Perspective. A Dissertation Proposal*. Emory University, Atlanta.
117. Bandura A. *Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning*. Educational Psychologist. 1993; 28 (2), 117-148
118. Busot I. *Teoría de la auto-eficacia (A. Bandura): Un basamento para el proceso instruccional*. Encuentro Educacional 1997; 4 (1).
119. Bandura A. *Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change*. Psychological R. 1993; 84 (2), 191-215.
120. Bandura A. *Ibid.*
121. Bandura A. *Teoría del Aprendizaje Social*. Espasa Calpe. Madrid, 1982.
122. Busot I. *Op. cit.*
123. Pajares F. *Currents directions in self-efficacy research*. En: Maehr M, Pintrich, P. (Eds.) *Advances in motivation and achievement*. 1982; 10, 1-49. Greenwich CT: JAI Press.
- 124 Schunk DH, Pajares F. *Self-efficacy theory. Handbook of motivation at school*. 2009, 35-53.
125. Navarro L. *Autoeficacia del profesor universitario: eficacia percibida y práctica docente*. Narcea Ediciones, 2007.
126. Bandura A. *Self-efficacy: towards a unifying theory of behavior change*. Op. cit.
127. Olaz FO. *La teoría social cognitiva de la autoeficacia*. J. of College St. Development. 2001; 35, 19-24.
128. Devellis BM, Devellis RF *La autoeficacia y la salud*. En: Baum A, Revenson TA, Singer JE (Eds.), *Manual de Psicología de la Salud* Mahwah, NJ: Erlbaum, 235-247.
- 129 Busot I. *Teoría de la autoeficacia (A. Bandura): un basamento para el proceso instruccional*. Encuentro Educacional. 1997; 4 (1).
130. Imantas J. Brabander C. *Teachers' and Principáís' sense of efficacy in elementary Schools*. Teaching and Teacher Education. 1996; 12 (2), 179- 195.

-
131. Smith MJ, Liehr PR. (ed.) *Middle range theory for nursing self-efficacy*. Op.cit., 2013.
- 132 Resnick B. *Op. Cit.* 2003.
133. Olaya GP, Silva JM. *Resultados de intervenciones en adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial analizados desde el modelo de Dorothea Orem: una revisión integrativa*. Diss. Universidad Nacional de Colombia, 2013.
134. Fawcett J. *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge*. En: *Nursing Models and Theories*. Philadelphia; F.A. Davis Company: 2000. Traducción por Edilma de Reales.
135. FAWCETT J. *The relationship of theory and research*. 3 ed. Philadelphia: F.A. Davis 2000; 1, 4.
136. Grembowski D, Patrick D, Diehr P, Durham M, Beresford S, Kay E, Hecht J. *Self-efficacy and behavior among older adults*. J. of Health and Social B. 1993; 34, 89-104.
137. Sánchez AC. *Influencia de los niveles de autoeficacia en la calidad de vida de los pacientes del departamento psicológico del centro de salud n° 2 de la ciudad de Ambato*. 2015.
138. Sarkar U, Ali S, Whooley MA. *Self-efficacy and health status in patients with coronary heart disease: findings from the heart and soul study*. Psychosomatic med. 2007; 69 (4), 306.
139. Bray S, Gyurcsik N, Culos-Reed S, Dawson K, Martin K. *An exploratory investigation of the relationship between proxy efficacy, self-efficacy and exercise attendance*. J. of Health Psycho. 2001; 6 (4), 425-434.
140. Rimal R. *Longitudinal influences of knowledge and self-efficacy on exercise behavior: Test of a mutual reinforcement model*. J. of Health Psycho. 2001; 6 (1), 31-46.
141. Rapley P, Fruin D, *Self-efficacy in chronic illness: The juxtaposition of general and regimen-specific efficacy*. Inter. J. of Nursing Pr. 1999; 4, 209. Consultado mayo 2015.
142. Kristofferzon M-L, Löfmark R, Carlsson M. *Myocardial infarction: gender differences in coping and social support*. J. of Adv. Nurs. 2003; 44 (4), 360-374.

-
143. LUSZCZYNSKA, Aleksandra; SUTTON, Stephen. *Physical activity after cardiac rehabilitation: evidence that different types of self-efficacy are important in maintainers and relapsers*. Rehab. Psycho. 2006; 51 (4), 314.
144. Lawler PR, Filion KB, Eisenberg MJ. *Efficacy of exercise-based cardiac rehabilitation post-myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. Am. Heart J. 2011; 162 (4), 571-584.
145. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Información y Análisis de Salud: Situación de Salud en las Américas "Indicadores Básicos 2011"*. Washington D.C. Estados Unidos de América; 2011.
146. LWW. *Los consejos sobre nutrición para prevenir y manejar las enfermedades del corazón, incluyendo recetas saludables para el corazón en cada tema*. Corazón Insight Magazine. En: Am. Heart Ass.
147. Departamento Nacional de Encuestas. *Diez primeras causas de defunción nacional y departamental en Colombia 2010*. DANE. [internet] 2010. Disponible en: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=73&Itemid=119.
148. Franco AJ. et al. *Prevención y tratamiento del síndrome coronario agudo*. R. Esp. de Cardiología Supl. 2006; 6 (7), 36G-45G.
149. De Velasco JA, et al. *Programa de intervención para mejorar la prevención secundaria del infarto de miocardio*. Resultados del estudio PRESENTE (Prevención Secundaria Temprana). R. Esp. de Cardiología. 2004; 57 (2), 146-154.
150. García AM, Rodríguez M *Prevención de la enfermedad Coronaria*. En: Enfermería Cardiovascular. Comité editorial. Capítulo de Enfermería. Sociedad Colombiana de Cardiología. Bogotá: Distribuna Editorial, 2008. 263-292.
151. Antaman E, et al. *ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial Infarction executive summary*. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to revise the 1999 guidelines for the management of patients with acute myocardial infarction). In: J. of Am. Coll Cardiol. 2004; 44 (3), 671-719.

-
152. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). *Acute coronary syndromes: a national clinical guide lines* [internet]. Edinburg: SIGN publication. 2007; 94, 5-58. [citado en mar. 12, 2015]. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign93>.
153. Boersma SN, Maes S. *Psychological consequences of myocardial infarction: a self-regulation perspective on health-related quality of life and cardiac rehabilitation*. *Neth. Heart J*. 2006; 14 (10), 335-338.
154. Centeno EH, Salas J. *Rehabilitación cardiaca para el médico general*. R. Clínica E. de Med. UCR-HSJD. 2015; 5 (2).
155. National Heart Foundation of Australia & Australian Cardiac Rehabilitation Association. *Recommended Framework for Cardiac Rehabilitation 4*. Tomado el 04/01/15 En: <http://www.heartfoundation.org.au/SiteCollectionDocuments/Recommendedframework.pdf>.
156. National Heart Foundation of Australia. *Physical Activity for People with Heart Disease*. 2000.
157. Mampuya WM. *Cardiac rehabilitation past, present and future: an overview*. *Cardiovascular Diag. and Ther.* 2012; 2 (1), 38-49.
158. García Cabrero B, *Manual de métodos de investigación para las ciencias sociales*. Universidad Nacional Autónoma De México. Facultad de Psicología, 2009.
159. Polit DF, Hungler BP. *Investigación científica en ciencias de la salud*. Ed. McGraw-Hill. Sexta edición, 2000.
160. Peralta ML, Carbajal P. *Adherencia al tratamiento*. En: R. del C. Dermatológico Pascua. 2008; 7 (3), 84-88.
161. Södergard B, Halvarsson M, Tully MP, et al. *Adherence to treatment in Swedish HIV-infected patients*. En: *J Clin Pharm Ther.* 2006; 31 (6), 605-616.
162. Polit DF, Hungler BP. Op. cit., p 138.
- 163 Polit DF, Hunlger BP. *Ibid*.
164. Grau R, Salanova M, Peiró JM. *Efectos moduladores de la autoeficacia en el estrés laboral*. *Apuntes de Psicología*. 2000; 18 (1), 57-75.

-
165. Schwarzer R, Jerusalem W. *Generalized self-efficacy*. In: Weinman JW, Johnston M. *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs*. Windsor, England. WFER-WELSON 1995; 35-37.
166. Schwarzer R, Bäßler J, Kwiatek P, Schröder K, Zhang JX. *The assessment of optimistic self-beliefs: Comparison of the german, spanish, and chinese versions of the general self-efficacy scale*. *Applied Psychology*. 1997; 46 (1), 69- 88.
167. Baessler J, Schwarzer R. *Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de autoeficacia general*. *Ansiedad y estrés* 1996; 2 (1), 1-8.
- 168 Scholz U, Gutiérrez DB, Sud S, Schwarzer R. *Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries*. *Euro. J. of Psychological Ass.* 18 (3), 242-251.
169. Schwarzer R, Bäßler J, Kwiatek P, Schröder K, Zhang JX. *Op. cit.* 69- 88.
170. Sanjuán P, Pérez A, Bermúdez J. *Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española*. *Psicothema* 2000; 12 (suppl 2), 509-513.
171. Luszczynska A, Gutiérrez DB, Schwarzer R. *General self-efficacy in various domains of human functioning: evidence from five countries*. *Inter. J. of Psycho.* 2005; 40 (2), 80-89.
172. Cid P, Orellana A, Barriga O. *Validación de la escala de autoeficacia general en Chile*. *R. Méd. de Chile*. 2010; 138 (5), 551-557.
173. Cid P, Merino JM, Stiepovich J. *Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud*. *Rev. Méd. de Chile* 2006; 134 (12), 1491-9.
174. Cid P, et al. *Ibid.* 138.
175. Cruz S. *Instrumento de Autoeficacia General, validación Facial Girardot* 2013. Universidad de La Sabana. Estudio autorizado para uso en la investigación y se encuentra en proceso de publicación.
- 176 Hernández JL, et al. *Escala de Autoeficacia Motriz: propiedades psicométricas y resultados de su aplicación a la población escolar española*. *Revista de Psicología del Deporte*. 2011. 013-028.

-
177. Baessler J, Schwarzer R. *Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia General*. *Ansiedad y Estrés*. 1996; 2, 1-8.
178. Suárez PS; García AM^a, Moreno JB. *Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española*. *Psicothema*. 2000; 12 (Suplemento), 509-513.
179. Siegel S, et al. *Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta*. 1972.
180. Borrego S. *Estadística descriptiva e inferencial*. *Revista Digital de Innovación y Experiencias Educativas*. 2008; 13.
181. Hernández-Avila M, Garrido F, Salazar-Martínez E. *Sesgos en estudios epidemiológicos*. *Salud Pública de México*, 2000; 42 (5), 438-446.
182. Bandura A. *Guía para la construcción de escalas de autoeficacia*. *Revista Evaluar*. 2001; 2 (15), 7-37.
183. Ministerio de la Protección Social. *Resolución 8430 de 1993 "Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. [internet] Disponible en:

<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/Documents/DocNewsNo267711.pdf>.
184. Osorio J. *Principios éticos de la investigación en seres humanos y animales*. [internet]. Buenos Aires, *Medicina*. 2000, 60 (2); 255-258. consultado 2 de Julio de 2015. Disponible en:
http://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol6000/2/v60_n2_255_258.pdf.
185. *Ibid.* 148.
- 186 *Ibid.* 148.
187. Ministerio de Salud. *Resolución 008430 de 1993*.
188. *Ibid.* 148.

189. Oliva A, et al. *Instrumentos para la evaluación de la salud mental y el desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven*. Andalucía, España: Junta de Andalucía. Consejería de Salud, Diseño y Maquetación. Obemedia SC, 2011.

190. *Ibid.* 156.

191. Manzini JL. *Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos*. En: *Acta Bioethica*. 2000; VI (2), 321-334. Art. 26.

192. Saldarriaga C, et al. *Conocimiento del riesgo de presentar un infarto de miocardio y las barreras para el acceso al estilo de vida saludable en una población de Medellín, Colombia*. *Revista Colombiana de Cardiología*, 2015.

193. Rubiera R, Lara A, Ramos NI, et al. *Síndrome coronario agudo, caracterización clínico epidemiológica. A propósito de nuestro primer año*. En: *Rev Cub Med Int Emerg*. 2009; 8 (3), 1450-1461.

194. Rocha TE, Rámirez RM. *Identidades de género bajo una perspectiva multifactorial: Elementos que delimitan la percepción de autoeficacia en hombres y mujeres*. *Acta de investigación psicológica*. 2011; 1 (3), 454-472.

195. Anchique CV, et al. *Estado actual de la rehabilitación cardiovascular en Colombia*. *Revista Colombiana de Cardiología*. 2011; 18 (6), 305-315.

196. *Ibid.* 160

197. Leung YW, Grewal K, Gravely-Witte S, Suskin N, Stewart DE, Grace SL. *Quality of life following participation in cardiac rehabilitation programs of longer or shorter than 6 months: does duration matter?* *Popul Health Manag*. 2011; 14,181-188. Epub 2011 Jan 17.

198. Rubiera R, Lara A, Ramos NI, et al. *Op. cit.* 1450-1461.

199. Organización Mundial de la Salud. *Estadísticas sanitarias mundiales 2013. Informe de un grupo científico de la OMS*. Ginebra: OMS; 2013. Consultado el 10 de Octubre de 2014. Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf

200. Brink E, et al. *General self-efficacy and health-related quality of life after myocardial infarction*. *Psychology, health & medicine*. 2012; 17 (3), 346-355.

-
201. Bandura. 1997
202. Smith MJ, Liehr PR. (ed.). *Op. cit.* 2013.
203. *Ibid.* Op. Cit. 171.
204. Abreu AM. *Calidad de vida, apoyo social y autoeficacia en personas con infarto agudo de miocardio en un área sanitaria de la provincia de Huelva*. Tesis Doctoral. Carpi, A., González, P., Zurriaga, R., Marzo, J., & Buunk, A. (2010).
- ²⁰⁵205. *Autoeficacia y percepción de control en la prevención de la enfermedad cardiovascular*. Universitas Psychologica; 9 (2), 423-432. Tesis doctoral. Universidad de Huelva, Huelva, España.
206. Ribeiro O, Santos AR. *Psychological correlates of fear of falling in the elderly*. Educational Gerontology. 2015; 41 (1), 69-78. doi: 10.1080/03601277.2014.924272.
207. Tse MM, Vong SK, Tang SK. *Motivational interviewing and exercise programme for community dwelling older persons with chronic pain: A randomized controlled study*. Journal of Clinical Nursing. 2013; 22 (13/14), 1843-1856. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04317.x
208. Carpi A, et al. *Autoeficacia y percepción de control en la prevención de la enfermedad cardiovascular*. Universitas Psychologica. 2010; 9 (2), 423-432.
209. Alcedo JMG, Angulo JG. *Factores protectores, estilos de vida saludable y riesgo cardiovascular*. Psicología y Salud. 2015; 25 (1), 57-71.
210. Arroyave J, Cepeda M. *Caracterización de la restenosis de stents coronarios convencionales y liberadores de medicamentos en pacientes incluidos en el registro Drug Eluting Stent (DREST)*. En: Revista Colombiana de Cardiología. 2012; 19 (3), 121-131.
211. Sánchez N, Pérez J, Del Pino E, et al. *Caracterización por sexo de los pacientes con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST sometidos a intervencionismo coronario*. En: Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc. 2011; 17 (3), 225-233.
212. Cerquera AM, Meléndez C. *Factores culturales asociados a las características diferenciales de la depresión a través del envejecimiento*. Pensamiento Psicológico. 2010; 7 (14), 63-71.

-
213. Svedlund M, Axelsson I. *Acute myocardial infarction in middle-aged women: narrations from the patients and their partners during rehabilitation. Intensive and critical care nursing.* 2000; 16 (4), 256-265.
214. Piepoli MF, Corrà U, Benzer W, et al. *Secondary prevention through cardiac rehabilitation: physical counselling and exercise training.* Key components of the position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur Heart J* 2010; 31, 1967-76.
215. Giannuzzi P, Saner H, Björnstad H, et al. *Secondary prevention through cardiac rehabilitation.* Position paper of the Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2003; 24, 1273-8.
216. De La Cuerda R, et al. *Programas de rehabilitación cardiaca y calidad de vida relacionada con la salud. Situación actual.* *Revista Española de Cardiología.* 2012; 65 (1), 72-79.
217. Garcia E, Andrés E, De Pablo C, León M. *Cardiología preventiva y rehabilitacion.* *Rev Esp Cardiol.* 2010; 63 (Supl) 1, 40-8.
218. Plaza I. *Estado actual de los programas de prevención secundaria y rehabilitacion cardiaca en España.* *Rev Esp Cardiol.* 2003; 56, 757-60.
219. De Pablo C, Del Rio A, García E, Boraita A, Stachurska A. *Prevención cardiovascular y rehabilitacion cardiaca.* *Rev Esp Cardiol.* 2008; 61 (Supl I), 97-108.
220. Braverman DL. *Cardiac rehabilitaci3n: a contemporary.* *Am. J. Phys. Med. & Rehab.* 2011; 90 (7), 599-611.
221. Naranjo-Estupiñán NF, et al. *Influencia de la rehabilitaci3n cardíaca sobre la tasa de re-hospitalizaci3n en pacientes con infarto agudo de miocardio.* *Revista de Salud Pública,* 2012; 14 (5), 831-841.
222. Parent N, Fortin F. *A randomized, controlled trial of vicarious experience through peer support for male first-time cardiac surgery patients: impact on anxiety, self-efficacy expectation, and self-reported activity.* *Heart & lung: the journal of acute and critical care,* 2000; 29 (6), 389-400.

-
223. Gillis CL, Gortner SR, Hauck WW, Shinn JA, Sparacino PA, Tompkins C. *A randomized clinical trial of nursing care for recovery from cardiac surgery*. Heart Lung. 1993; 22 (2), 125-133.
224. Senosiain LU, et al. *Efecto de la rehabilitación cardiaca en la vivencia de la enfermedad tras el IAM*. Enfermería en Cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología, 2011; 53, 72-81.
225. Sabio R. *Generando la expectativa de autoeficacia*. En: Autonomía e iniciativa personal en educación primaria. Subdirección General de Información y Publicaciones, 2008, 21-42.
226. Luque L, González C, Burba C. *Estudio descriptivo y comparativo de autoeficacia en adultos mayores*. En: XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires, 2005.
227. Grau R, Salanova M, Peiró JM. *Efectos moduladores de la autoeficacia en el estrés laboral*. Apuntes de Psicología. 2000; 18 (1), 57-75.