

El rompecabezas de la adherencia al tratamiento. La mirada de los actores: pacientes, familias–cuidadores y equipo de salud

Autores

Carolina Herrera Delgado¹, Marco Orlando Vargas Olano², Lilia Mercedes Rocha-Nieto³.

1 *Psicóloga, Magister en Psicología. Especialista en Psicología de la Salud. Docente Universidad Nacional Abierta y a Distancia (UNAD), CEAD Duitama, Boyacá, Colombia.*

2 *Médico. Magister en Psicología. Especialista en Psicología de la Salud. Médico Clínica Boyacá (Duitama). Docente UNAD, Duitama, Boyacá, Colombia.*

3 *Psicóloga, Magister en Psicología. Especialista en Psicología de la Salud. Especialista de Medición y Evaluación en Ciencias Sociales. Facultad de Psicología de la Universidad El Bosque, Bogotá DC, Colombia.*

Dirección para correspondencia

Marco Orlando Vargas Olano

Transversal 29 9 c 41

Duitama, Boyacá, Colombia

Correo electrónico:

orlandoacademica@gmail.com

Resumen

La enfermedad cardíaca es la de mayor prevalencia y mortalidad en el mundo y en Colombia. Pese a que la rehabilitación cardíaca ha probado su eficacia en la prevención secundaria, su efectividad es limitada por la baja adherencia de los pacientes al tratamiento, especialmente en la fase extrahospitalaria, cuando no tienen supervisión directa de los profesionales de la salud, lo que condiciona deterioro de su salud y la calidad de vida. En este estudio, mediante grupos focales se identifican desde la perspectiva de los actores (pacientes, familiares y profesionales expertos en rehabilitación cardíaca) factores facilitadores y barreras para la autogestión de la enfermedad y otras categorías asociadas con el desarrollo de la adherencia. Estos hallazgos se discuten junto con contribuciones de diversas áreas del conocimiento y se proponen pautas para elaborar propuestas de intervención que mejoren la adherencia terapéutica, para cuyo incremento es necesaria una mirada interdisciplinaria.

Palabras clave: adherencia al tratamiento, enfermedades cardiovasculares, rehabilitación cardíaca, interdisciplinaria.

The puzzle of adherence to treatment. The actors' view: patients, family members, caregivers and health team

Abstract

Heart disease is the most prevalent and with the highest mortality in the world and in Colombia. Despite the fact that cardiac rehabilitation has proven to be effective in secondary prevention, its effectiveness is limited because of the poor patients' adherence to treatment, especially in the outpatient phase, when they do not have any direct supervision from health professionals, which conditions a deterioration of their health and quality of life. In this study, by means of focus groups, facilitating factors and barriers for self-management of the disease and other categories associated with the development of adherence are identified from the actors' perspective (patients, family members and professionals with skill in cardiac rehabilitation). These findings are discussed together with contributions from various areas of knowledge, and guidelines are proposed to develop intervention proposals that improve therapeutic adherence, an interdisciplinary view being necessary for increasing it.

Keywords: adherence to treatment, cardiovascular disease, cardiac rehabilitation, interdisciplinary.

GLOSARIO

Adherencia al tratamiento: comportamiento activo, automotivado y autodirigido del paciente, que implica el compromiso consigo mismo y con los profesionales de la salud que lo atienden, con el fin de alcanzar los objetivos biomédicos relacionados con el tratamiento, la adopción de un estilo de vida más saludable, y el mejoramiento de su calidad de vida en consonancia con su proyecto vital.

Autorregulación: la conducta intencional que guía el comportamiento a lo largo de una ruta específica orientada a un objetivo o meta.

Autoeficacia: la creencia que tiene una persona acerca de poder realizar o hacer alguna actividad.

Autocontrol: la lucha cognitiva, fisiológica y comportamental entre la gratificación inmediata y el aplazamiento de la misma para obtener una gratificación a largo plazo.

ABREVIATURAS

AT: Adherencia al tratamiento

EC: Enfermedad cardíaca

RC: Rehabilitación cardíaca

INTRODUCCIÓN

La enfermedad cardíaca (EC) es una patología con alta prevalencia¹, cuya etiología y desarrollo son multifactoriales. Su principal manifestación, el infarto del miocardio acarrea consecuencias negativas para la calidad de vida del paciente y con frecuencia afecta también su grupo familiar. Una de las principales recomendaciones para su manejo es la rehabilitación cardíaca (RC), cuyo fundamento suele ser un plan monitoreado de ejercicio orientado a recuperar la capacidad funcional del paciente, acompañado de actividades educativas². Los programas tipo de RC suelen dividirse en tres fases³: un período intrahospitalario cercano al evento, uno extrahospitalario supervisado con asistencia a un centro especializado y finalmente una fase no supervisada, permanente por el resto de la vida del paciente, quien debe implementar y mantener cambios comportamentales para conservar la aptitud física y reducir los factores de riesgo. Desde esta perspectiva la adherencia al tratamiento (AT) es vital para el paciente. La adherencia en RC desciende progresivamente, con mayor abandono inicial, seguido por una deserción menos acentuada a medida que pasa el tiempo. En el primer semestre se pierden entre 30 a 40% de pacientes, en el siguiente semestre alrededor del 10%, porcentaje de pérdida similar para cada uno de los 2 años siguientes⁴.

La baja AT sigue siendo un factor limitante de los esfuerzos terapéuticos tanto en la gestión de factores de riesgo como en el control de la enfermedad^{5,6} y su déficit presenta una alta relación con el proceso de progresión y complicación de la enfermedad, por tanto su abordaje ha dado origen a un rico campo de investigación involucrando enfermedades crónicas, tanto infecciosas como no transmisibles^{7,8}.

Las definiciones de adherencia han ido cambiando para superar la idea inicial del solo cumplimiento de una prescripción, e ir derivando en conceptualizaciones que intentan dar cuenta de su complejidad. Para Martín, Grau y Espinosa⁹, la adherencia es un complejo de aspectos propiamente conductuales, unidos a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento elaborado de manera conjunta con el profesional de la salud. Los autores la entendemos «...como el comportamiento activo, automotivado y autodirigido del

paciente, que implica el compromiso consigo mismo y con los profesionales de la salud que lo atienden, con el fin de alcanzar los objetivos biomédicos relacionados con el tratamiento, la adopción de un estilo de vida más saludable y el mejoramiento de la calidad de vida en consonancia con su proyecto vital»¹⁰.

Los diversos factores asociados con la AT según las OMS¹¹ se clasifican en cuatro áreas: la relación médico-paciente, el paciente y su entorno, la enfermedad y la terapéutica. Específicamente en rehabilitación cardíaca los factores que se asocian a la adherencia se pueden dividir en niveles¹²: individual (aspectos emocionales, factores cognoscitivos, motivación y rasgos de personalidad), microsociales (las redes de apoyo y las relaciones con el personal sanitario) y finalmente el macrosocial que contempla entre otros, el acceso a los servicios y las políticas estatales frente al servicio y la calidad del mismo. La complejidad de la conducta adherente demanda encontrar nuevas formas de abordarla, más completas e integrales.

Para comprender mejor la complejidad de la conducta adherente los trabajadores de la salud han acudido a conceptos, teorías y herramientas de otras disciplinas. Tal es el caso del uso de modelos explicativos de conductas de salud o de constructos como la autoeficacia y la autorregulación^{5,13-16}. Los profesionales de enfermería tienen en la promoción y prevención de la enfermedad cardíaca, y en particular en los programas de rehabilitación un amplio campo de acción en el que juegan un papel de primer orden, al cual dedican especial atención indagando sobre su rol y proponiendo formas de ejercerlo^{17,18}.

Ser adherente a la RC extra institucional requiere desarrollar habilidades que faciliten el manejo de su enfermedad por el resto de su vida, tales como determinar objetivos, establecer referentes y comparaciones, planear acciones para su consecución, tener determinación y perseverancia para su cumplimiento y saber evaluar el desempeño, todas las cuales están asociadas a la capacidad de autorregulación.

La autorregulación se asume como la variable o capacidad psicológica que orienta, organiza y mantiene las conductas y esfuerzos orientados a una meta mediata^{20,21}. Involucra componentes cognoscitivos, afectivos y conductuales; e incluye una serie de habilidades como conocimiento de estándares o valores normativos, autoobservación de síntomas y conductas, automonitoreo teniendo como referencia valores normativos,

autocontrol, adopción de metas, planificación y autoevaluación. El autocontrol y la autoeficacia son subfunciones básicas de la autorregulación. El autocontrol se entiende como la capacidad para disminuir o eliminar conductas que en lo inmediato resultan gratificantes, pero cuyas consecuencias a largo plazo son nocivas. La autoeficacia es una variable fundamental en la adopción y mantenimiento de conductas saludables. Existen tres tipos de autoeficacia: de expectativa o resultado (creer en los resultados positivos de las acciones que se emprenden), autoeficacia personal (considerarse capaz de llevar a cabo ciertas acciones) y autoeficacia de mantenimiento (la confianza en ser capaz afrontar las dificultades y de recuperarse cuando hay recaídas)²². Así pues la autorregulación se constituye en una habilidad psicológica que guarda estrecha relación con la conducta adherente y es indispensable para su ejercicio²³.

Teniendo en cuenta las particularidades de la RC y la implicación activa del paciente en la AT, es de especial importancia continuar examinando las razones por las cuales el paciente se adhiere o no al tratamiento, de manera que se puedan diseñar y reorientar intervenciones que buscan mejorar la adherencia a las propuestas terapéuticas. Atendiendo esta recomendación se consideró relevante que fueran los mismos pacientes, sus cuidadores y los profesionales expertos en RC, quienes aportaran en los tópicos que hacen parte de su adherencia al tratamiento. Este tipo de pesquisa se ha intentado de diversas maneras²⁴. La presente indagación buscó identificar las necesidades y singularidades de los pacientes, obteniendo su punto de vista, pero también el de sus redes primarias de apoyo y el equipo de salud, sobre aspectos como concepto de AT, comprensión de la enfermedad y los factores que intervienen en la autogestión de la misma. Se partió de dos categorías deductivas básicas: AT y autorregulación. Consecuencia del análisis de las categorías deductivas y las emergentes (inductivas) de los grupos focales se proponen elementos que pueden hacer parte de intervenciones encaminadas a mejorar la AT. Así pues como objetivo de investigación se planteó identificar desde un punto de vista de los actores, pacientes, profesionales y familiares, los factores facilitadores y las barreras para la autogestión de la enfermedad y la adherencia al tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio con enfoque cualitativo, de tipo descriptivo, diseño fenomenológico, que indaga sobre el conocimiento derivado de las experiencias de los participantes en procesos de RC que contribuye a dar luz para una mayor comprensión de la Adherencia al Tratamiento²⁵. Se utilizó un muestreo intencional, con dos tipos de muestra: de expertos y de voluntarios. Para ello se invitó a participar a actores comprometidos en la RC con los cuales se realizaron tres entrevistas de grupos focales. En la primera (muestra de expertos) participaron cinco profesionales con experiencia en RC (un médico especialista en RC, una enfermera profesional, un nutricionista y dos rehabilitadoras); para la segunda clase de muestra se invitó a pacientes egresados de programas de RC y a sus familiares. Estos grupos finalmente quedaron constituidos por seis pacientes y otro de cinco familiares y cuidadores de los anteriores, todos ellos voluntarios. En todos los casos se contó

con el respectivo consentimiento informado. De acuerdo con la Resolución 008430 del Ministerio de Salud de Colombia (4 de octubre de 1993) se trata de una investigación sin riesgos.

Siguiendo la metodología de esta modalidad de entrevista se elaboró la guía correspondiente que contenía las instrucciones para los participantes, los temas y las preguntas para cada grupo y la forma de toma de datos, con el objetivo de obtener información cualitativa de los participantes sobre su comprensión de la enfermedad, su conceptualización de adherencia, más los factores individuales y sociales relacionados con el autocuidado de la enfermedad (**Apéndice A**). Las entrevistas fueron realizadas por dos de los investigadores de manera presencial, se realizó grabación de audio que luego fue transcrita. A la información obtenida se le realizó el análisis del discurso y el análisis de contenido. Siguiendo esta metodología en las transcripciones se identificaron unidades de registro o de análisis del texto, a partir de las cuales se seleccionaron y definieron categorías conceptuales para cada uno de los grupos (**Apéndice B**) así como identificación y conteo de palabras clave. Las categorías identificadas en cada grupo fueron posteriormente contrastadas entre los grupos y con la literatura (triangulación)^{26,27}. Este análisis integró un análisis manual de matrices de los datos obtenidos de las transcripciones de las entrevistas de los diferentes grupos focales y el uso del programa Atlas.ti (**Apéndice C**). En este sentido, y siguiendo los principios de la investigación cualitativa, el investigador se constituyó en el principal instrumento de investigación²⁸.

RESULTADOS

El análisis de los grupos focales reveló como principales categorías: la información y las creencias sobre la enfermedad, la autorregulación y la autoeficacia, las barreras, los aspectos emocionales relacionados con la enfermedad y el apoyo social; como se observa en las unidades de análisis, realizadas en el Atlas.ti. (**Apéndice C**).

Los pacientes entienden la enfermedad en términos de sus causas y sus consecuencias, identificándola en muchas ocasiones con sus complicaciones, mostrando una comprensión insuficiente, confusa o errada de qué es la enfermedad y cómo funciona (fisiopatología). Algunos mantienen la creencia de que la remisión o el control de los síntomas equivale a la curación y terminan tratando una enfermedad crónica como enfermedad aguda con múltiples ciclos de suspensión y retoma de su tratamiento: «a mí no se me dio nada, yo no siento nada, yo puedo hacer mis cosas» **Paciente 2 (P2)**.

La determinación de cambios en la conducta ocurre a partir de la percepción de gravedad de la misma, como se evidencia en el siguiente texto: «En mi caso hace muchos años, cuando llegó la menopausia, derrame cerebral, esos problemas que para mí eran como graves, fue cuando empecé con el colesterol alto, triglicéridos muy altos, y me daba mucho afán porque sabía que eso era taponarse las venas y que podía uno sufrir un derrame cerebral,... y ahí empecé a comer bien y pues no digamos súper súper, porque tengo... mis pecadillos de comer... pero ya soy consciente que debo manejar una alimentación más saludable.» **Paciente 1 (P1)**.

Poseen expectativas positivas del efecto de los

medicamentos, y aunque conocen la necesidad de modificar hábitos, lo asumen como accesorio, con excepción del ejercicio físico. Al identificar el tratamiento únicamente con estrategia terapéutica farmacológica, tienen un buen nivel de cumplimiento en este aspecto, pero en buena medida heterodeterminado por el juicio que el médico les hace sobre el cumplimiento de sus prescripciones y del control alcanzado de la enfermedad con base en los indicadores biomédicos (signos vitales y los resultados de los exámenes de laboratorio). Se encontró que los pacientes poseen habilidades de autoobservación (perciben cambios en algunas variables subjetivas y objetivas de su enfermedad relacionadas con la alimentación, el ejercicio o el bienestar emocional), pero no así de automonitoreo y autoevaluación, necesarias para efectuar controles sistemáticos de datos que están a su alcance, como los valores de tensión arterial, peso e índice de masa corporal (IMC), y efectuar modificaciones en su conducta al efectuar una comparación de sus datos con los valores normales o de referencia. En quienes son diabéticos con manejo insulínico, esta situación es diferente por el monitoreo (glucometrías) que implica este tipo de tratamiento. Con relación a las creencias es notorio que el total de los participantes hacen parte de su tratamiento a la voluntad divina, lo cual suele ser un factor protector, pero en ocasiones actúa en desmedro de la propia responsabilidad pues se abandonan «a las manos de Dios».

Las barreras y dificultades que afrontan los pacientes en el manejo de su enfermedad, pueden dividirse en personales y ambientales. Las personales contemplan: alteraciones en la memoria, la percepción y la comprensión; la aceptación de la enfermedad («... yo no lo puedo hacer igual que antes...»); los retos al autocontrol y factores emocionales asociados, principalmente ansiedad («... como esa ansiedad de comer algo dulce, entonces a veces me excedo a la tentación de comer dulce y eso me produce un poco de mareo»). En lo emocional se evidencia un importante aumento de su preocupación por la posibilidad de muerte o secuelas de la enfermedad. También sobresale la relación que hacen del malestar y la manifestación de síntomas de su enfermedad con el estrés: «siento que me afecta muchísimo es cuando, tengo estrés, sucede algo a mis hijos entonces me preocupa, entonces ahí siento que me enfermo...» P1. Sin embargo, tienden a colocar esta relación estrés y proceso de la enfermedad en un horizonte temporal futuro y no como algo próximo, además lo asumen como un hecho natural e inmodificable, fuera de su propio control, en ocasiones relacionado con la voluntad divina o con un curso inevitable de la enfermedad. Este conjunto de percepciones y creencias tiene como resultado que no consideran formas de afrontar el estrés y la ansiedad. Otro rasgo presente son los sentimientos de pérdida y vulnerabilidad.

Las barreras y dificultades ambientales tienen que ver con factores económicos (costo y suministro de medicamentos), sociales (ausencia de compañía para realización de ejercicio: «yo empecé a caminar con una parejita pero resulta que

él era perezoso, él decía eso hace frío» o para asistir a controles y sesiones con el equipo de salud), y propias del tratamiento farmacológico (la polifarmacia, la efectividad de los medicamentos y sus efectos secundarios).

Para los pacientes la percepción de apoyo social es necesaria para seguir las indicaciones médicas, siendo notorio en quienes participaron en el estudio, que reciben tanto de los hijos como de la pareja, indicaciones y recomendaciones para el seguimiento de la farmacoterapia y cumplimiento de citas de control biomédico. Este apoyo instrumental se extiende menos a hábitos como actividad física o alimentación saludable. Aun cuando las redes primarias cumplen una función importante de apoyo emocional en lo relacionado con contención emocional (escucha, compañía) su influencia es mínima en la promoción de una vivencia adecuada de las emociones, como parte del proceso del tratamiento. Los hombres suelen delegar el cuidado de su enfermedad y tratamiento a las mujeres, como lo ejemplifican afirmaciones de una esposa («debo esconderle porque el trafica los dulces») o de los pacientes («la señora me regaña», «ella es la que sabe mis medicamentos»).

En la red de apoyo al paciente, el personal médico ocupa un lugar prominente, pero es una relación muy asimétrica: en las experiencias de los pacientes, los médicos toman un rol directivo, usan un lenguaje de órdenes y exigencia de cumplimiento, perpetuando la representación simbólica de que la enfermedad debe ser manejada por monitoreo externo, no por autogestión: «No supe en el control, si decirle al doctor, y el que dirá, que yo estoy haciendo trampa», «el me formulaba, pues es el que sabe...» P2 P4.

El análisis del grupo de profesionales, indica que ellos perciben a los pacientes como vulnerables, con factores emocionales asociados como depresión, angustia o ansiedad; sintiéndose empáticos y solidarios con su condición. El concepto de adherencia para este grupo de profesionales hace referencia principalmente al seguimiento de objetivos y metas que se le trazan al paciente, y la responsabilidad que este debe tener frente a la autogestión de su enfermedad («La adherencia es que se cumplan las metas que se trazan, los objetivos específicos con cada paciente, que él se comprometa no solamente a asistir a la rehabilitación sino que comience a ver en él como un cambio de estilo de vida, que comience a involucrarse y a concientizarse de etapas de vida saludable y que logremos que él se sienta agradado y que termine las tres etapas de la rehabilitación cardiaca» Médico). Identifican como principales facilitadores de la adherencia la percepción de gravedad de la enfermedad que motiva al paciente a movilizar recursos para recuperarse, más el apoyo social y las adecuadas relaciones con el personal sanitario. Los obstáculos que consideran relevantes en RC son de nivel social y estructural: la tramitología en las autorizaciones así como la competencia desleal que ofrece servicios a bajo precio a costa de la calidad y favorece la rotación de los pacientes por diferentes equipos de salud; a nivel de los pacientes, consideran que la misma

recuperación de la salud hace que los pacientes no mantengan nuevos hábitos saludables, estiman que solo alrededor del 20% mantiene el programa extrainstitucional. Recomiendan mejorar la parte administrativa del sistema de salud, la infraestructura y la tecnología para el monitoreo de los pacientes y el seguimiento a pacientes y familias a través de visitas domiciliarias. Sobre la participación de otros profesionales como el psicólogo dentro del programa, lo consideran necesario casi exclusivamente para que asuma la alteración de los factores emocionales del paciente, y tienen expectativas muy altas en la generación de cambios en el paciente que su intervención pueda provocar. En la enfermería y el terapeuta se delegan buena parte de las acciones físicas y educativas.

Las familias coinciden en la idea de AT centrada en lo farmacológico y lo biomédico, aunque también consideran la actividad física y la alimentación. No se plantean estrategias para delegar el cuidado de la enfermedad en el paciente. Las barreras que describen son de tipo estructural aludiendo a las características del sistema de salud, y a variables económicas. Consideran como apoyo básico para el paciente básicamente al médico, subrogando a las decisiones de este profesional el papel de los demás miembros del equipo de cuidado de la salud, a pesar de las buenas relaciones que con ellos establecen.

Al contrastar los tópicos identificados en la literatura para mejorar la AT, frente a las necesidades de este grupo de pacientes, familiares y profesionales se evidencian diferencias en elementos como concepto de AT, los elementos facilitadores y las barreras. Los elementos que coinciden hacen referencia a la importancia de las redes y la educación (tabla 1)¹⁰.

Tabla 1. Matriz de triangulación de resultados grupos focales y literatura.

Tópicos	Literatura	Pacientes y Familiares	Grupo Profesionales
Autoeficacia	Autoeficacia prevolitiva Autoeficacia de mantenimiento o afrontamiento Autoeficacia de recaída	Autoeficacia prevolitiva	Autoeficacia prevolitiva Autoeficacia de mantenimiento o afrontamiento
Autorregulación	Mediante establecimiento de objetivos y metas específicas, la planificación de acciones, la identificación de barreras, cómo afrontarlas y el desarrollo de planes de prevención de recaídas	No se encontraron componentes de autorregulación, como: prevención de recaídas, autoevaluación, automonitoreo, autocontrol, planteamiento de objetivos y planeación para su cumplimiento.	Seguimiento y verificación de cumplimiento por parte de profesionales
Gestión de la enfermedad	Autogestión	Heterogestión	Heterogestión
Concepto de Adherencia	Compromiso y concertación	Cumplimiento	Cumplimiento
Educación	Entrenamiento en habilidades para el control de la enfermedad en varios aspectos: ejercicio, nutrición y emociones	Información sobre la enfermedad y tratamiento farmacológico	Información sobre la enfermedad y tratamiento farmacológico
Apoyo	Emocional, social, práctico y familiar	Familiar, emocional y práctico	Emocional y práctico
Barreras	Personales, complejidad del tratamiento condiciones médicas, sociales, sistema de salud.	Escaso apoyo, económicas, cognitivas, estructurales	Estructurales: socio-económicas, Sistema de Salud e infraestructura
Facilitadores	Autoeficacia Autocontrol Autorregulación Apoyo social	Percepción de gravedad de la enfermedad, adecuadas relaciones con el personal asistencial, apoyo familiar y creencia en Dios.	Percepción de gravedad de la enfermedad, adecuadas relaciones con el personal asistencial, educación, apoyo familiar
Enfoque	Considera manejo integral Biopsicosocial	Consideran lo biopsicosocial pero desconocen el manejo de lo psicosocial	Consideran lo biopsicosocial pero desconocen el manejo de lo psicosocial
Relación médico- paciente	Concertada, con protagonismo del paciente	Asimétrica con protagonismo del personal de salud	Asimétrica con protagonismo del personal de salud

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A partir del análisis de la información se confirma que la adherencia terapéutica es un problema multifactorial. Existen factores objetivos y estructurales, producto de las condiciones socioeconómicas y políticas, que inciden en las bondades o deficiencias de los sistemas de salud¹¹, y otros de orden subjetivo situados en los ámbitos cognitivos, afectivos y conductuales de los pacientes y también de los profesionales proveedores de salud. Entre estos últimos se concluye que hay una comprensión limitada de la enfermedad por parte de pacientes y familias. Los conceptos de adherencia y el tipo de relación de pacientes y familias participantes, con el equipo de salud en cabeza del médico, determinan un manejo de la EC y demás patologías que suelen tener asociadas estos pacientes, bajo un modelo de heterogestión y heterodeterminación, que delega la responsabilidad del tratamiento en los proveedores de la salud, como consecuencia de una alta confianza en la sabiduría de sus prescripciones y en los resultados favorables de las acciones a ejecutar como parte del tratamiento («En una ocasión me mandó el doctor que me tomara la tensión día de por medio y pues si traté...» P2: «yo confío porque ellos saben que medicamento es el que debo tomar... para la hipertensión»). Esto significa que poseen autoeficacia de resultado, subtipo de eficacia que es un factor que facilita tomar decisiones, pero albergan dudas e inseguridades sobre su ejecución autónoma de las conductas que deben llevar a cabo como parte del manejo de su enfermedad, o sea en los subtipos: autoeficacia personal y eficacia de mantenimiento, lo que dificulta la habituación, la perseverancia y la superación de las dificultades. Por tanto, una tarea es fortalecer estas clases de autoeficacia, la personal y la de mantenimiento. Mientras que existen algunos elementos de autoeficacia (de resultado) en este grupo de pacientes, no se encontraron otros componentes autorregulatorios como: prevención de posibles recaídas y su afrontamiento, autoevaluación, automonitoreo, autocontrol, definición de objetivos y metas con el establecimiento de una programación para su logro, que hacen parte de las habilidades de autorregulación y facilitan el cumplimiento y mantenimiento de un plan terapéutico integral como es la RC. Este escenario facilita los abandonos del tratamiento y las recaídas con deterioro del proceso salud-enfermedad y de la calidad de vida de los pacientes, puesto que se ha encontrado que la pobre una autonomía de los pacientes en RC se asocia con estrategias de afrontamiento pasivas y evitativas, que alejan a las personas de la resolución de sus problemas y de la expresión de sus dificultades frente a los mismos^{22,28}.

Desde la disciplina de la enfermería se han investigado como factores asociados con la AT: «la disponibilidad económica para la satisfacción de las necesidades básicas, la obtención oportuna de los medicamentos, el contar con el apoyo familiar, la disponibilidad de un equipo de salud organizado que responde con claridad a las inquietudes relacionadas con la

enfermedad y tratamiento farmacológico y no farmacológico, el conocimiento de los pacientes acerca de su enfermedad y la motivación para realizar los cambios necesarios en su estilo de vida»²⁹. Aspectos, todos ellos aportados por los grupos entrevistados. Esta panorámica desde diversos puntos de vista (pacientes-cuidadores, personal médico y literatura), ratifica que el abordaje del problema de la AT es multifactorial e involucra distintos niveles y actores. Si bien algunos los factores supraestructurales exceden la competencia del profesional de salud aislado frente al paciente, en los demás existen alternativas de acción por parte de los equipos de salud, para promover la conducta de AT en los pacientes.

Por ejemplo, diseñar intervenciones que promuevan los distintos tipos de autoeficacia, el autocontrol y la autoregulación como ya lo han intentado algunos autores^{16,30,31} dado que estas capacidades son factores importantes para el logro de los objetivos de la AT y para aportar a las necesidades de la población a quien va dirigida. Varias indagaciones desde la enfermería, han identificado este aspecto como relevante. Así, se afirma que «la motivación para adherirse al tratamiento prescrito es influida por el valor que el paciente asigna al hecho de seguir el régimen (relación costos-beneficios) y por el grado de confianza en poder seguirlo», siendo necesario entonces «acrecentar la motivación intrínseca de un paciente..., y fortalecer la confianza mediante la construcción de aptitudes de autocuidado,... si se busca mejorar la adherencia general»²⁹. Del mismo modo se entiende que para alcanzar los objetivos de la intervención de enfermería en la persona con enfermedad cardiovascular hace falta valorar los recursos personales y competencias de la persona y su familia para resolver la crisis³².

Se procura incrementar las capacidades autorregulatorias³³ de los pacientes (que apuntalan su autoeficacia y capacidad de autogestión de la enfermedad), una intervención de este tipo debiera tener una estructura multicomponente, que involucre:

Ayudar al paciente a desarrollar habilidades como autoobservación, autoevaluación, automonitoreo, autocontrol y autoeficacia, lo que implica un entrenamiento guiado y adecuado a las características propias de su entorno, que propicie en los pacientes la adquisición de destrezas como discriminación de síntomas y signos, por ejemplo la diferenciación entre síntomas que son manifestación de la activación del sistema nervioso autónomo por estímulos emocionales como parte de un cuadro de ansiedad, de las reacciones neurológicas autónomas que pueden acompañar los eventos coronarios, en este empeño se puede acudir a técnicas como meditación tipo atención plena; el establecimiento de objetivos y metas específicas, la planificación de acciones que conduzcan a ellas, la identificación de barreras y cómo afrontarlas y el desarrollo de planes de prevención de recaídas. Son competencias psicológicas que la labor de enfermería puede promover y reforzar, orientando el uso de bitácoras o diarios, en las que los participantes registran las metas concretas, los planes,

listados de recursos disponibles, registro de sus indicadores biomédicos e interpretación de los mismos.

Educar. El desconocimiento de la enfermedad evidenciado en esta pesquisa, es un aspecto que han reiterado distintas investigaciones, explicando que esto conduce a no asumir la gravedad de la afectación cardiaca y esta baja percepción del riesgo predice una pobre adherencia al tratamiento²⁸. Pero la labor educativa no puede detenerse en solo ilustrar sobre la enfermedad y sus consecuencias, sino que hay que ir más allá y entrenar al paciente en descubrir sus recursos y cómo utilizarlos para cumplir las tareas del tratamiento (comer saludablemente, realizar adecuada actividad física, adecuado conocimiento de los medicamentos, conocimiento de valores de referencia y adecuado manejo de las emociones, abandono de conductas nocivas), con estrategias teórico-prácticas que contextualicen y desmitifiquen creencias y disminuyan barreras del tratamiento percibidas por el paciente, por ejemplo talleres de cocina saludable, ir al supermercado y realizar selección de alimentos saludable, entrenamiento en respiración diafragmática, etc.; lo cual lo dotará de herramientas para un mejor afrontamiento de su condición. Hay acá un terreno privilegiado para que enfermería actúe sinérgicamente con otras disciplinas, favoreciendo la conducta adherente en aras de un mayor beneficio para los pacientes.

Con creatividad es posible ampliar la utilidad de las sesiones típicas de RC utilizando elementos del ejercicio físico para el reforzamiento de elementos autorregulatorios en particular la autoeficacia (o eficacia personal)³⁴ a la que contribuyen fácilmente las evidencias objetivas de mejora de la condición cardiovascular que se van registrando tanto en las historias clínicas, como en los diarios personales de los pacientes. O en la detección de síntomas y percepción de cambios fisiológicos, con instrumentos tipo escala percepción de fatiga de Borg o escalas analógicas de dolor. En este ámbito pueden trabajar en conjunto profesionales de enfermería y fisioterapeutas.

Finalmente deben implementarse actividades de seguimiento, idealmente visitas domiciliarias o en su defecto llamadas telefónicas facilitadas por las actuales tecnologías de la comunicación³⁵, destinadas a detectar tropiezos en la cotidianidad y el ambiente habitual de los pacientes, que sean también aprovechadas para adaptar e incluir las habilidades adquiridas en la fase institucional de la RC dentro de las rutinas y el contexto del paciente, así como para ayudar al paciente a desarrollar y utilizar herramientas propias de seguimiento y verificación de su proceso de salud, y finalmente para reforzar el apoyo social que pueden dar las redes de Atención Primaria³⁶.

El estudio reseñado presenta varias limitaciones. Dificultad para el seguimiento de los pacientes, derivada del sistema de salud colombiano, que fragmenta la atención de los pacientes entre varias empresas prestadoras de beneficios de salud, entre las que ellos pueden migrar interrumpiendo o fraccionando programas de tratamiento como la RC. Además, cuentan las limitaciones propias de los estudios

cualitativos, cuyos resultados deben tomar muy en cuenta las especificidades del fenómeno y el contexto particular en que se investiga.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

Apéndice A

Protocolos Grupos Focales

Protocolo del grupo focal pacientes

Datos de identificación:

Nombre.

Edad.

Sexo.

Información: ¿Qué sabe o conoce sobre enfermedad cardiovascular y cómo actúa sobre su organismo?

Creencias: ¿Cuáles cree que son las acciones más efectivas para el tratamiento de rehabilitación de la enfermedad cardíaca?. Qué costumbres o hábitos cree que mejoren y empeoren la enfermedad cardíaca.

¿Cuáles son las dificultades para mantener adecuadamente su tratamiento, incluida la fase extrainstitucional?

Las pueden ordenar en importancia.

Autoeficacia: ¿Considera que las recomendaciones dadas para su tratamiento son eficaces, incluida la fase extrainstitucional?

Emocional: ¿Qué emociones (rabia, tristeza, ansiedad.....) ha sentido frente a su tratamiento y cómo lo afectan?

Apoyo social: ¿Se siente apoyado por su familia y/o amigos cercanos? ¿Cómo lo apoyan?

Protocolo del grupo focal familiares

Datos de identificación:

Nombre.

Edad.

Sexo.

Información: ¿Qué sabe o conoce sobre enfermedad cardiovascular y cómo actúa sobre su organismo?

Creencias: ¿Cuáles cree que son las acciones más efectivas para el tratamiento de rehabilitación de la enfermedad cardíaca incluida la fase extrainstitucional?. Qué costumbres o hábitos cree que mejoren y empeoren la enfermedad cardíaca. ¿Cuáles son las dificultades para mantener adecuadamente su tratamiento, incluida la fase extrainstitucional?

Las pueden ordenar en importancia.

Emocional: ¿Qué emociones (rabia, tristeza, ansiedad...) ha visto en su familiar frente a su tratamiento y cómo le afectan.

Apoyo social: ¿Cómo apoya a su familiar, incluida la fase extrainstitucional? ¿Cómo cree que su familiar se siente con el apoyo?

Protocolo del grupo focal grupo interdisciplinario

Datos de identificación:

Nombre.

Edad.

Sexo.

Información: ¿Cómo definiría la adherencia al tratamiento (RC)? ¿Cuáles considera que son los aspectos esenciales para la adherencia al tratamiento de la rehabilitación cardíaca, incluida la fase extrainstitucional?

¿Cuál considera que es el papel del psicólogo, en rehabilitación cardíaca?

Creencias: ¿Cuáles son las barreras para una adecuada adherencia al tratamiento, incluida la fase extrainstitucional?

Ordénelos por orden de importancia

Emocional: ¿Desde su experiencia los factores emocionales afectan en el tratamiento y la adhesión a la rehabilitación cardíaca incluida la fase extrainstitucional, y cómo?

Apoyo social: ¿Desde su experiencia, cuál considera, que es el papel del apoyo familiar en la adecuada adherencia al tratamiento, incluida la fase extrainstitucional?

Apéndice B

Matriz Grupo Focal Pacientes y Familiares

Inductivas	Temas Agrupados	Deductivas
Información	<p>P1. En mi caso, mi enfermedad son los triglicéridos, el colesterol, de pronto la tensión de pronto también empezó a molestarme</p>	<p>Molestias de la enfermedad. Complicaciones y sintomatología.</p>
	<p>P2. Bueno pues por el efecto de....en mi caso hace muchos años, cuando llego la menopausia, derrame cerebral, esos problemas que para mí eran como graves fue cuando empecé con el colesterol alto, triglicéridos muy altos, y me daba mucho afán porque sabía que eso era taponarse las venas y que podía uno sufrir un derrame cerebral, de una,... que esos problemas esos problemas para mí eran como graves y pues gracias a Dios y a los medicamentos que estoy tomando y he recibido mucha atención de mi IPS y de los doctores que me han atendido excelentes, me han dado muchos consejos de que debo comprar para una dieta y ahí empecé a comer bien y pues no digamos que así súper súper, porque tengo digamos...mis pecadillos de comer bien y no digamos que pero ya soy consciente que debo manejar una alimentación ya más saludable.</p>	
	<p>P3. Bueno, yo soy hipertensa más o menos de 15 a 20 años, yo sé que la Hipertensión es una enfermedad como traicionera no, puede estar uno bien y luego por cualquier motivo, por ejemplo a mí se me dispara cuando tengo cólera o cuando tengo estrés, preocupación entonces me trata a disparar, pues no he manejado tensiones muy altas, muy altas cuidarla mucho tampoco hasta 160 o 170 y 100, L5. La hipertensión hay que cuidarla mucho entiendo yo y controlarla con los medicamentos que le dan a uno.</p> <p>P5. Bueno lo que conozco, no pensé que me iba a dar a mí tan temprano, del corazón no sabía que la tenía, pues básicamente hubo un evento que digamos así disparó la condición de salud, fue que tuve un pequeño accidente con electricidad, pero fue efímero, o sea tome un cable me cogió la corriente perdí el conocimiento pero, pues si se subió la frecuencia cardiaca y me examinaron y me vio el internista y paso bien...y decidí seguir estudiando y en una práctica de deporte, estábamos en una maratón de deporte y seguíamos y me empezó a doler el pecho, un dolor aquí concentrado y me dije voy a parar yo mejor me siento, pero el dolor siguió persistente y al otro día pues fui al médico haber que era, pues ese día el médico me dijo, ayyy no usted es joven y después no se me sentía ahogada, me hicieron el electro y según el doctor me había infartado, entonces me mandaron para el electrofisiología y el me hizo un cateterismo cardiaco, que me pareció horrible, horrible para mí, para mí es una experiencia muy desagradable porque no sabía que era a pesar que sé algo de salud, sabía...pero no sabía, no es una sensación ...yo la llamé de muerte y me dio angustia que me iba a morir, más que como tengo una hermana gemela, entonces yo no quería angustiarse pero ella estaba ahí, y yo no sé qué relación haya con eso pero ella sabía que me estaba pasando algo, ella se angustió mucho y yo también pues preocupaba de dejarla a ella sola porque somos muy conectadas y me salí, paso el tiempo, al parecer es un problema coronario de la válvula tricúspide no bombea bien, me quería colocar marcapaso, yo no deje, pero con medicamentos y con ejercicio he salido adelante.</p>	<p>Gravedad, miedo y preocupación cercanía a la muerte.</p>
Relación Emoción- Enfermedad	<p>P1. Para mí, algo que siento que me afecta muchísimo es cuando, tengo estrés, sucede algo a mis hijos y así, entonces como que me preocupa, entonces ahí siento yo como que me enfermo... pues a mí preocupación mucha preocupación con la enfermedad... mucho tiempo para ver los nietos que no vaya a comer nada que le haga daño... entonces la preocupación...</p> <p>P2. Sí, eso sí para mí es el estrés, que yo tengo que hacer algo, entonces como que yo no lo puedo hacer igual que antes como con rapidez... entonces me estreso.</p> <p>F3. Pues yo podría contestar por él, me imagino que a J C le afectó muchísimo la diabetes porque como el no pudo volver a trabajar eso le afectó muchísimo.</p>	<p>Estrés. Preocupaciones familiares.</p>
Autoeficacia	<p>P1. Yo creo que si uno cumple con todo lo que el doctor le ordena para mí es un ciento por ciento, porque si uno hace el tratamiento como el doctor le ordena le va a uno muy bien...</p> <p>P2. Pues yo también confió mucho en la ciencia médica pues de todas maneras los que tienen la última palabra son los médicos, entonces ellos saben más que yo...más que todo para uno que le den como confianza, si, que le den algunos consejos como....si le toman la tensión, ni lo miran eso es, para uno se siente....Confío en la ciencia mucho porque han hecho un estudio para ser médicos esas cosas y como debe ser el médico, si es lo que pienso yo....las cosas que se den a la gente las cosas buenas experiencia....</p>	<p>Seguimiento de instrucciones de los médicos. Confianza en el tratamiento.</p>

Apéndice C

Unidades de análisis Atlas.Ti.

Código	Operacionalización	Frecuencia	Citas
Apoyo Social	Percepción de soporte por parte del otro; este puede ser el personal de salud, los familiares o los compañeros.	11	P 3: Grupo Focal Personal Asistencial. doc [6:6], [8:8], [8:8], [10:10], [30:30], [53:53] P 4: Grupo Focal Familiares y Pacientes.doc [31:31], [31:31], [78:79], [80:80], [81:81]
Atención Adecuada Personal Sanitario	Percepción de trato eficiente y amable de parte de los proveedores de salud.	2	P 3: Grupo Focal Personal Asistencial. doc [24:24], [43:43]
Autoevaluación	Es el desarrollo de criterios internos para evaluar la propia conducta y orientar las acciones. En función de estos la persona responde evaluativamente a la propia conducta la adaptación o no al criterio interno.	1	P 4: Grupo Focal Familiares y Pacientes.doc [53:53]
Automonitoreo	Implica el acto cognitivo de identificar la conducta problema con su consecuente manifestación (fisiológica, cognitiva y conductual) seguido de su registro para evaluar consecución de metas, identificación de tentaciones y estímulos discriminativos.	3	P 3: Grupo Focal Personal Asistencial. doc [18:18] P 4: Grupo Focal Familiares y Pacientes.doc [12:12], [58:58]
Autoobservación	Hace referencia a tener datos en relación a la propia conducta de referencia o conocer la conducta que ocasiona problemas. Implica focalizar la atención en aspectos concretos para obtener datos de su propia conducta.	10	P 3: Grupo Focal Personal Asistencial. doc [16:16] P 4: Grupo Focal Familiares y Pacientes.doc [6:6], [12:12], [27:27], [31:31], [36:36], [50:50], [51:51], [58:58], [87:87]
Autoreacción	Cumple una función motivadora puesto que la persona tiende a conseguir determinados comportamientos a fin de obtener una consecuencia específica deseada. Siguiendo los comportamientos que le provocan una autorreacción positiva y evita los que originan autoreproche.	6	P 3: Grupo Focal Personal Asistencial. doc [16:16] P 4: Grupo Focal Familiares y Pacientes.doc [6:6], [34:34], [38:38], [55:55], [87:87]
Autoreforzo	Implica la administración propia de contingencias positivas y acordadas por sí mismo cuando se amplía la demora de la gratificación o se alcanza un objetivo establecido.	0	
Baja Adherencia	No compromiso del paciente con su tratamiento.	1	Grupo Focal Personal Asistencial.doc [35:35]
Creencia en Dios	Creencia en Dios que lleva como consecuencia mayor confianza en los resultados del programa terapéutico, ocasionalmente una delegación de responsabilidad y una actitud pasiva frente al autocuidado.	5	P 4: Grupo Focal Familiares y Pacientes.doc [18:18], [76:76], [29:29], [67:67], [20:20]
Calidad de Vida	Percepción del paciente de confort en varios aspectos de su vida (salud, emoción).	2	P 3: Grupo Focal Personal Asistencial. doc [8:8], [10:10]
Cambio de estilo de Vida	Modificación de hábitos y condiciones comportamentales en el repertorio conductual del paciente.	8	P 3: Grupo Focal Personal Asistencial. doc [8:8], [10:10], [14:14], [14:14], [18:18], [35:35], [39:39], [53:53]
Compromiso	Grado de involucramiento con el tratamiento.	4	P 3: Grupo Focal Personal Asistencial. doc [14:14], [14:14], [16:16], [18:18]

Código	Operacionalización	Frecuencia	Citas
Control estimular	Manejo de tentaciones en el esquema comportamental del paciente.	1	P 4: Grupo Focal Familiares y Pacientes.doc (55:55)
Control Factores de Riesgo	Identificación y manejo de factores que generan probabilidad de empeorar la salud.	4	P 3: Grupo Focal Personal Asistencial.doc (8:8), (10:10), (41:41), (47:47)
Cumplimiento de metas-objetivos	Grado de alcance de las metas propuestas.	4	P 3: Grupo Focal Personal Asistencial.doc (8:8), (14:14), (18:18), (53:53)
Educación	Entrenamiento y/o adiestramiento en herramientas concretas.	2	P 3: Grupo Focal Personal Asistencial.doc (27:27), (35:35)
Expectativas de Acción- Resultado	Expectativas sobre las consecuencias de las acciones propias del tratamiento.	14	P 3: Grupo Focal Personal Asistencial.doc (10:10), (10:10), (10:10), (22:22) P 4: Grupo Focal Familiares y Pacientes.doc (6:6), (29:29), (31:31), (32:32), (34:34), (38:38), (47:47), (67:67), (83:83), (84:84)
Expectativas de Autoeficacia Percibida	Referida a la confianza de la persona en sus capacidades para realizar los cursos de acción que se requieren para alcanzar un resultado deseado.	5	P 3: Grupo Focal Personal Asistencial.doc (6:6), (8:8), (10:10), (10:10) P 4: Grupo Focal Familiares y Pacientes.doc (36:36)
Intermediación EPS	Aspectos de gestión administrativa que genera trámites para acceder a un servicio específico (EPS: empresas promotoras de servicios de salud.	1	P 3: Grupo Focal Personal Asistencial.doc (47:47)
Manejo Emocional	Identificación y control de las emociones.	11	P 3: Grupo Focal Personal Asistencial.doc (39:39), (41:41), (41:41) P 4: Grupo Focal Familiares y Pacientes.doc Preocupación (74:74), (75:75), (77:77) Estrés P 3: Grupo Focal Personal Asistencial.doc (6:6), (41:41) P 4: Grupo Focal Familiares y Pacientes.doc (50:50), (51:51), (58:58)
Percepción de Gravedad de la enfermedad	Grado de vulnerabilidad en grados de alteración percibida del paciente con respecto a la enfermedad.	9	P 3: Grupo Focal Personal Asistencial.doc (22:22), (31:31), (35:35) P 4: Grupo Focal Familiares y Pacientes.doc (6:6), (13:13), (38:38), (42:42), (43:43), (58:58)
Régimen Terapéutico	Las diferentes prescripciones que deben cumplirse de parte del paciente en el tratamiento acciones orientadas a la superación, control o recuperación de una condición patológica.	3	P 4: Grupo Focal Familiares y Pacientes.doc (66:66), (67:67), (68:68)

BIBLIOGRAFÍA

1. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia, 2016. Consultado el 10 05 2108. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2016.pdf>
2. Anchique, CV; Fernández, R O y Zeballos C. Rehabilitación cardiovascular en la mujer. *Rev Colomb Cardiol.* 2018;25(S1):99-105.
3. Del Río G, Turro E, Mesa L, D Mesa R M y De Dios J A. Protocolos y fases de la rehabilitación cardíaca. Orientaciones actuales, *Medisan* 2005; 9(1), disponible en: http://bvvs.sld.cu/revistas/san/vol9_1_05/san14105.htm
4. Rivas E. Fase de mantenimiento de la rehabilitación cardíaca. Características. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.* 1999;13(2):149-57.
5. Veliz-Rojasa, L., Mendoza-Parra, S y Barriga, O A. Adherencia terapéutica y control de los factores de riesgo cardiovasculares en usuarios de atención primaria. *Enfermería Universitaria* 2015;12(1):3-11
6. Maldonado-Reyes, F.J., Vázquez-Martínez,V.H., Loera-Morales,J. y Ortega-Padrón, M. Prevalencia de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos con el uso del cuestionario Martín-Bayarre-Grau. *Atención Familiar.* 2016; 23(2): 48-52
7. Santamaría Galeano, C L. y Uribe Rodríguez, A F. Adherencia al tratamiento en pacientes VIH+ y terapia de aceptación y compromiso (ACT). *I+D Revista de Investigaciones.* 2017. 10 (2)102-115.
8. Castillo Morejón, M; Martín Alonso, L y Almenares Rodríguez, K. Adherencia terapéutica y factores influyentes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Cubana de Medicina General Integral.* 2017;33(4)
9. Martín Alfonso, LdiÁ, Grau Ábalo, JA, Espinosa Brito, AD. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Salud Pública [Internet].* 2014;40(2):225-238. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21431239007>
10. Rocha-Nieto L, Herrera C, Vargas, O. Adherencia al tratamiento en rehabilitación cardíaca: diseño y validación de un programa de intervención biopsicosocial. *Revista Colombiana de Psicología.* 2017;26(1), 61-81. doi: 10.15446/rcp. v 26n1.53610
11. Organización Mundial de la Salud (OMS). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. 2004; Recuperado de <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/adherencia-largo-plazo.pdf>.
12. Delgado G, Figueroa C y Herrera C. Factores psicosociales asociados al compromiso con el tratamiento de pacientes de rehabilitación cardíaca. Trabajo de grado de Especialización no publicado. Universidad El Bosque. Bogotá; 2012.
13. Cadena Estrada, J C; González Ortega, Y. El cuidado de enfermería en pacientes con riesgo cardiovascular sustentado en la teoría de Nola J. Pender. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo.* [S.l.], v. 19, n. 1, p. 107-121, ene. 2017. ISSN 2027-128X. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/11843> Consultado el 11/05/2018 doi:<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie19-1.ecep>
14. Tougas ME, Hayden JA, McGrath PJ, Huguet A, Rozario S. A Systematic Review Exploring the Social Cognitive Theory of Self-Regulation as a Framework for Chronic Health Condition Interventions. *Courvoisier DS, ed. PLoS ONE.* 2015;10(8):e0134977. doi:10.1371/journal.pone.0134977
15. Medina Garzón, M. Autoeficacia en pacientes post-infarto agudo de miocardio en una IPS especializada en Girardot. Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de Magister en Enfermería. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia. 2015
16. Kyung J. The effects of self-efficacy promoting cardiac rehabilitation program on selfefficacy, health behavior, and quality of life, *Journal of Korean Academy of Nursing.* 2003;33(4), 510-518.
17. Herrera Guerra, E; Céspedes Cuevas, V M; Flórez Flórez, M L. La enfermería y el cuidado para la salud cardiovascular: análisis de concepto. *Avances en Enfermería, [S.l.], v. 32, n. 1, p. 147-153, ene. 2014. ISSN 2346-0261. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/46076/60849> Consultado el 11 05 2018 doi:<https://doi.org/10.15446/av.enferm.v32n1.46076>*
18. Andrade Méndez, B y Céspedes Cuevas, V. Adherencia al tratamiento en enfermedad cardiovascular: rediseño y validación de un instrumento. *Enfermería Universitaria.* 2017;14(4):266-276
19. Bandura A. Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes.* 1991; 50,248-287
20. Karoly P. Mechanisms of self-regulation: a view, *Annual Review of Psychology.* 1993;44, 23-52
21. Sniehotta F, Schwarzer R, Scholz U y Schüz B. Action planning and coping planning for long-term lifestyle change: Theory and assessment. *European Journal of Social Psychology.* 2005; 35, 565–576.
22. Schwarzer R y Gutiérrez-Doña B. Modelando el cambio en el comportamiento de salud: Cómo predecir y modificar la adopción y el mantenimiento de comportamientos de salud. *Revista Costarricense de Psicología.* 2009; 28 (41-42) 11-39
23. Lansing AH, Berg CA. Topical Review: Adolescent Self-Regulation as a Foundation for Chronic Illness Self-Management. *Journal of Pediatric Psychology.* 2014;39(10):1091-1096. doi:10.1093/jpepsy/jsu067.
24. Orozco-Beltrán, D; Mata-Cases,M, Artola,S; Conthe,P; Mediavilla, J y Miranda, C. Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. *Aten Primaria.* 2016;48(6):406-420
25. Sampieri R, Fernández C y Baptista MP. Metodología de la investigación. 6 edición. McGrawHill. México. 2014
26. Navarro P y Díaz C. Análisis de Contenido. En: *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales.* Delgado J y Gutiérrez J. (coord.). Síntesis, Madrid.1998
27. Fernández F. El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación. *Revista de la Universidad de Costa Rica.* 2002;2 (96), 35-54.
28. Silva Fernández, CS y Agudelo Vélez, D M. Creencias sobre la enfermedad y estrategias de afrontamiento como predictores de la calidad de vida en pacientes en rehabilitación cardiovascular. *Acta colombiana de psicología [en línea]* 2011, 14 (sin mes) disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79822602005> issn 0123-9155. Consultado el 04 abril de 2018
29. Herrera Lián, A. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. *Avances en Enfermería, [S.l.], v. 26, n. 1, p. 36-42, ene. 2008. ISSN 2346-0261. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12883/13477> Consultado el 20 marzo de2018*
30. Janssen V, De Gucht V, Van Exel H y Maes S. Beyond resolutions? A randomized controlled trial of a selfregulation lifestyle program for post-cardiac rehabilitation patients. *European Journal of Preventive Cardiology.* 2013;20 (3), 431-441
31. Rodríguez García M J. Cuidados post-infarto: necesarios pero no suficientes. *Rehabilitación cardíaca en la consulta de la Enfermera Comunitaria. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA).* 2014 Feb; 2 (1): 12-16
32. Rivera Alvarez, LN. El cuidado al paciente cardiovascular en situaciones que generan un gran sentimiento de pérdida, amenaza, temor o muerte. *Avances en Enfermería, [S.l.], v. 26, n. 1, p. 124-133, ene. 2008. ISSN 2346-0261. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12892/13652> Consultado el 24 abril de 2018*
33. Woodgate, J, y Lawrence R. B. "Self-Efficacy for Exercise in Cardiac Rehabilitation: Review and Recommendations." *Journal of Health Psychology,* vol 13, no. 3, Apr. 2008, pp. 366–387, doi:10.1177/1359105307088141
34. Alvarez Moleiro, M y Villamarín, F. El papel de la autoeficacia en el entrenamiento para controlar la frecuencia cardíaca durante pruebas de esfuerzo. *Psicothema, Vol. 16, Nº. 1, 2004, pags. 50-57. 16. ISSN 0214-9915*
35. Muzas Fernández, A., Soto González, M. Use of smartphones in cardiac rehabilitation programmes. A systematic review *Rehabilitation, Volume 52, Issue 4, October - December 2018 <https://doi.org/10.1016/j.rh.2018.04.005>*
36. Vargas O, MO, Herrera D, C y Rocha-Nieto, L. Autorregulación y adherencia al tratamiento de la enfermedad coronaria: Una mirada biopsicosocial. En: Arias C, MY y Arango L, CA, editores. *Investigación en psicología. Rionegro: Fondo Editorial Universidad Católica de Oriente; 2018.*