UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

La entrevista motivacional y la adherencia de los pacientes en pos infarto agudo de miocardio

Luisa Fernanda Achury Beltrán

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

La entrevista motivacional y la adherencia de los pacientes en pos infarto agudo de miocardio

Luisa Fernanda Achury Beltrán

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:

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

Directora:

María Mercedes Durán de Villalobos

Doctora en Enfermería – Universidad Nacional de Colombia

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería

Maestría en Enfermería

Bogotá, Colombia

2015

Dedicatoria

A mi familia quien motivó constantemente la culminación de este proyecto y fue un apoyo permanente a lo largo del camino.

Agradecimientos

A la profesora MARIA MERCEDES DURÁN DE VILLALOBOS, quien con su conocimiento, experiencia, disposición y apoyo, motivó y acompaño constantemente la culminación de esta investigación.

Al profesor HUMBERTO MAYORGA quien con su conocimiento y disposición, facilitó la consolidación y el procesamiento de los datos para mostrar el producto final de este estudio.

A SILVANA CLAVIJO, CAMILO ORTIZ y SARA VILLAMIL, quienes participaron en la recolección de la información y sin quienes no hubiese sido posible la terminación de este proyecto.

A ROSAURA CORTES DE TELLEZ, quien en su infinita comprensión facilitó cada uno de los espacios que necesité para la culminación de este trabajo.

A la PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA, quien me brindó su apoyo en este reto que hace parte de mi formación personal y profesional.

Al servicio de REHABILITACIÓN CARDIACA del HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO, y especialmente a la enfermera CARMEN BEATRIZ PEÑA, por abrirme las puertas para la realización de este proyecto.

A todos los AMIGOS Y AMIGAS que me brindaron una palabra de aliento y fueron una motivación y apoyo constante en los momentos de dificultad. Mil y mil gracias.

Resumen

La adherencia al tratamiento es uno de los pilares fundamentales del manejo de los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio, por lo que la búsqueda de estrategias que la fomenten se hace imprescindible en un intento por mejorar la calidad de vida y reducir las complicaciones derivadas de la enfermedad.

La presente investigación tuvo como objetivo determinar el efecto de una estrategia de enfermería basada en la entrevista motivacional, sobre la adherencia al tratamiento de pacientes en pos infarto agudo de miocardio, que asisten a la fase II de un programa de rehabilitación cardiaca en la ciudad de Bogotá.

Para ello, este estudio se desarrolló a partir de un diseño de tipo cuasi experimental en el cual la variable independiente fue la estrategia de enfermería basada en la entrevista motivacional y la variable dependiente la adherencia al tratamiento.

Los pacientes de la muestra fueron asignados aleatoriamente tanto al grupo control como al grupo experimental. El grupo control recibió la intervención usual del programa de rehabilitación cardiaca, mientras que el grupo experimental recibió de forma adicional la intervención de enfermería, la cual se basó en la realización de tres sesiones de entrevista motivacional, cada una con un intervalo de una semana. Por otra parte, la adherencia al tratamiento fue medida en tres momentos: al inicio del estudio y una y cinco semanas después de culminadas las tres sesiones de entrevista motivacional.

El análisis de resultados solo dejó ver cambios estadísticamente significativos entre el grupo control y el grupo experimental, en la dimensión relacionada con el manejo de las situaciones tensionantes en la tercera medición. No obstante en análisis intra-grupal reveló para el grupo experimental diferencias estadísticamente significativas tanto en los resultados globales de adherencia como en las dimensiones, en los diferentes momentos de medición, lo cual invita a la implementación de la entrevista motivacional como parte de las actividades cotidianas de cuidado de los profesionales de enfermería que atienden pacientes en pos infarto agudo de miocardio.

Palabras clave: Adherencia al tratamiento, enfermería, entrevista motivacional, infarto del miocardio, autoeficacia.

Abstract

Adherence to treatment is one of the cornerstones of the management of patients who have suffered an acute myocardial infarction, so the search for strategies that encourage the adherence is essential in an attempt to improve the quality of life and reduce complications resulting from the disease.

The objective of this study was to determine the effect of a nursing strategy based on motivational interviewing over the adherence of patients after acute myocardial infarction, who attend a Phase II of cardiac rehabilitation program in Bogotá.

This study was developed from a quasi-experimental design in which the independent variable was the nursing strategy based on motivational interviewing and the dependent variable was the adherence.

For the development of this research, patients in the sample were randomly assigned to both the control group and the experimental group. The control group received the usual intervention of cardiac rehabilitation program, while the experimental group received additionally nursing intervention, which was based on the realization of three sessions of motivational interviewing, each with a weekly interval. Moreover, the treatment adherence was measured on three moments: at baseline and one and five weeks after culminated the three sessions of motivational interviewing.

The analysis of results only show statistically significant changes between the control group and the experimental group, in the dimension related to the management of stressful situations in the third measurement. However, the intra-group analysis revealed for the experimental group statistically significant differences in the overall results of adherence and the dimensions in different times of measurement, which invites the implementation of motivational interviewing as part of the daily activities of care of nurses who care for patients after acute myocardial infarction.

Keywords: Adherence, Nursing, Motivational interviewing, myocardial infarction, self efficacy.

Contenido

Pág.

Resumen IX

Lista de gráficas XV

Lista de tablas XVI

Introducción 1

1. Marco Referencial 3
1.1 Área problemática 3
1.2 Justificación 10
1.2.1 Relevancia social 10
1.2.2 Relevancia disciplinar 11
1.2.3 Relevancia teórica 13
1.3 Objetivos 16
1.3.1 Objetivo general 16
1.3.2 Objetivos específicos 16
1.4 Conceptos mayores de la investigación 16
1.4.1 Paciente en pos infarto agudo de miocardio 16
1.4.2 Adherencia al tratamiento 16
1.4.3 Estrategia de enfermería basada en la entrevista motivacional 17
1.5 Hipótesis 17
1.5.1 Hipótesis de investigación 17
1.5.2 Hipótesis nula 18
1.6 Variables 18

2. Marco teórico 19
2.1 La enfermedad coronaria y sus repercusiones 19
2.2 La rehabilitación cardiaca como tratamiento elemental de la enfermedad coronaria 21
2.3 La adherencia como pilar del tratamiento de la enfermedad coronaria 25
2.4 La teoría cognoscitiva social de Albert Bandura 28
2.5 La teoría de la autoeficacia de Bárbara Resnick 29
2.6 El modelo transteórico de Prochaska y Di Clemente como estrategia de identificación del momento motivacional. 31
2.7 La entrevista motivacional como estrategia generadora de autoeficacia 32
2.8 Medición de la adherencia al tratamiento 35
2.9 Elaboración de instrumentos de medición en salud 38

2.10 Conductas de adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad cardiovascular....40
2.11 Mapa teórico de la investigación....44

3. Marco del diseño....45
3.1 Diseño del estudio....45
3.2 Fases del estudio....46
3.3 Población....46
3.4 Muestra....46
3.5 Aleatorización....48
3.6 Criterios de inclusión....48
3.7 Criterios de exclusión....48
3.8 Hipótesis....48
3.8.1 Hipótesis de investigación....48
3.8.2 Hipótesis nula....49
3.9 Variables....49
3.9.1 Variable independiente....49
3.9.2 Variable dependiente....49
3.9.3 Variables intervinientes....49
3.9.4 Operacionalización de las variables....50
3.10 Instrumento....52
3.11 Dinámica de la entrevista motivacional....52
3.12 Procedimiento....55
3.13 Control de riesgos del diseño....57
3.13.1 Validez interna....57
3.13.2 Validez externa....57
3.14 Consideraciones éticas....58

4. Resultados....61
4.1 Fase psicométrica: Elaboración y validación del "Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular"....61
4.1.1 Elaboración del instrumento....61
4.1.2 Validez facial y de contenido del instrumento....62
- Validez de contenido....62
- Validez facial....63
4.1.3 Validez de constructo instrumento....65
4.1.4 Confiabilidad: Consistencia interna del instrumento....67
4.2 Segunda fase: Prueba piloto....68
4.3 Segunda fase: Análisis e interpretación de datos....69
4.3.1 Descripción de las características socio-demográficas....69
- Gráfica 4-1: Edad....69
- Gráfica 4-2: Género....70
- Gráfica 4-3: Estado civil....71
- Gráfica 4-4: Escolaridad....72
- Gráfica 4-5: Estrato socioeconómico....73
- Gráfica 4-6: Red de apoyo....74
4.3.2 Adherencia al tratamiento de los pacientes del grupo control y experimental en la medición basal....75
4.3.3 Adherencia al tratamiento de los pacientes del grupo control y experimental una semana después de culminada la intervención....76

4.3.4 Adherencia al tratamiento de los pacientes del grupo control y experimental cinco semanas después de culminada la intervención 76
4.3.5 Efecto de la intervención de enfermería basada en la entrevista motivacional sobre la adherencia de los pacientes. 77
- Análisis inter-grupal de la adherencia al tratamiento 77
- Análisis intra-grupal de la adherencia al tratamiento 79
Análisis intra-grupal puntual 79
Análisis intra-grupal global 81

5. Discusión 85

6. Conclusiones y recomendaciones 95
6.1 Conclusiones 95
6.2 Recomendaciones 97

A. Anexo: Formato de consentimiento informado 99
Consentimiento 100

B. Anexo: Instrumento 101

C. Anexo: Libreto para el desarrollo de la entrevista motivacional 103

D. Anexo: Aval comité de ética, Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia 106

E. Anexo: Aval comité de ética e investigación del Hospital Universitario San Ignacio……..107

F. Anexo: Formato de validez de contenido del instrumento "Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas" – Rocío Soria Trujano, et al 108

G. Anexo: Formato de validez facial del instrumento "Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas" – Rocío Soria Trujano, et al ……112

H. Anexo: Formato de validez de contenido "Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular" 114

I. Anexo: Formato de expertos- Validez facial del cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular 118

J. Anexo: Formato población general - Validez facial del "Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular" 122

K. Anexo: Formato de recolección de variables socio-demográficas 125

L. Anexo: Tabla de validez de contenido del "Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular" 126

M. Anexo: Tabla del índice de concordancia simple para la muestra de expertos del "Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular" 128

N. Anexo: Ajustes al "Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular" tras la validez facial por parte de expertos ……129

O. Anexo: Tabla del índice de Kappa de Fleiss general y por dimensiones del cuestionario de acuerdo a los aspectos de comprensión, claridad y precisión. 132

P. Anexo: Comprensibilidad y ajustes a los ítems del instrumento tras la validez facial por parte de 380 personas con diferentes características socio-demográficas ……133

Q. Anexo: Tabla de varianza explicada por componentes principales del "Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad CV" ……..138

R. Anexo: Tabla matriz rotada de componentes principales del "Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad CV".....139

S. Anexo: Tabla de fiabilidad del "Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular" 140

T. Anexo: Tabla de la consistencia interna de las dimensiones del "Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular".....141

U. Anexo: Presupuesto 142

V. Anexo: Cronograma.....143

Bibliografía 144

Lista de gráficas

Pág.

- Gráfica 4-1: Edad 69
- Gráfica 4-2: Género 70
- Gráfica 4-3: Estado civil 71
- Gráfica 4-4: Escolaridad 72
- Gráfica 4-5: Estrato socioeconómico 73
- Gráfica 4-6: Red de apoyo 74

Lista de tablas

Pág.

Tabla 4-1 Resultados de la estadística descriptiva para el análisis de la adherencia de los grupos en la medición basal..... 75
Tabla 4-2. Resultados de la estadística descriptiva para el análisis de la adherencia de los grupos en la segunda medición. 76
Tabla 4-3. **.** Resultados de la estadística descriptiva para el análisis de la adherencia de los grupos en la tercera medición..... 77
Tabla 4-4. Tabla de compilación de los resultados de la prueba de U de Mann-Whitney para la comparación inter-grupal del total y las dimensiones en cada una de las mediciones..... 78
Tabla 4-5. Tabla de compilación de los resultados de la prueba de Wilcoxon para la comparación puntual del total y las dimensiones en cada uno de los momentos. 80
Tabla 4-6. Tabla de compilación de los rangos promedio de la prueba de Friedman para la evaluación global de la adherencia y de las dimensiones en cada uno de los grupos. 82
Tabla 4-7. Tabla de compilación de los resultados de la prueba de Friedman para la comparación global del total de la adherencia y sus dimensiones en cada uno de los grupos..... 83
Tabla 4-8. Tabla de compilación de los resultados de la prueba t para evaluar la direccionalidad del cambio de en la adherencia global y en las dimensiones en cada uno de los grupos. 84

Introducción

Con este estudio se pretende que los profesionales de enfermería posean un mayor sustento teórico que les permita implementar otro tipo de estrategias como la entrevista motivacional en las actividades diarias de cuidado y conseguir así un incremento y mantenimiento de la adherencia a los tratamientos, con el fin último de reducir las complicaciones y la discapacidad derivadas de la enfermedad, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio, esto en razón a que las enfermedades cardiovasculares son un problema a nivel mundial que impacta tanto la morbi-mortalidad de la población general, como la calidad de vida de los pacientes, por lo que su prevención y manejo se convierten en los retos fundamentales de la atención en salud.

No obstante, a pesar de las diversas estrategias implementadas, el infarto agudo de miocardio sigue siendo a nivel nacional y mundial una de las principales causas de morbimortalidad, de manera que la adherencia al tratamiento cobra una gran relevancia en el manejo de la enfermedad.

Hablar de adherencia implica hacer referencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de la enfermedad, el cual incluye el seguimiento a las recomendaciones de medicamentos y alimentos, la realización de actividad física, el manejo del estrés y el control de los factores de riesgo, aspectos que son abordados en los programas de rehabilitación cardiaca con objetivo fundamental promover la recuperación de la capacidad funcional de los pacientes y con ello favorecer su reincorporación a las actividades familiares, laborales y sociales.

A pesar de ello, resulta complejo conseguir y mantener una adecuada adherencia al tratamiento sobretodo en las enfermedades crónicas, lo que se evidencia en bajas tasas de asistencia a rehabilitación cardiaca y altas tasas de deserción de dichos programas, de manera que ello ha llevado a diferentes disciplinas a repensar otras estrategias que permitan dar solución a esa problemática y favorecer así la consecución de dicho objetivo.

Es así como diversos estudios demuestran la efectividad de estrategias que resultan eficaces en el incremento de la adherencia, muchas de las cuales son implementadas por profesionales de enfermería, sin embargo, existen otras estrategias que tienden a ser prometedoras en este aspecto porque han demostrado ser efectivas en otros grupos poblacionales, pero que requieren de una mayor investigación.

Una de esas estrategias es la entrevista motivacional, la cual es una intervención cognitiva conductual que pretende a través del incremento de la autoeficacia, la auto motivación y el auto control, conseguir el transito del paciente a través de los diferentes

momentos motivacionales y llevarlo finalmente a conseguir un cambio en determinado comportamiento.

Por esta razón, la presente investigación pretendió determinar si una estrategia de enfermería sustentada en la realización de tres sesiones de entrevista motivacional, cada una de ellas con un intervalo de una semana, era capaz de generar cambios en la adherencia al tratamiento de los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio y que asisten a la fase II de un programa de rehabilitación cardiaca.

Para ello, se aleatorizaron los pacientes a dos grupos, por su parte el grupo control recibió las actividades previamente implementadas como parte del programa de rehabilitación cardiaca, mientras que el grupo experimental además de dichas actividades, recibió las sesiones de entrevista motivacional. Las mediciones de la adherencia se obtuvieron al inicio del estudio, y una y cinco semanas después de haber culminado la intervención.

1. Marco Referencial

1.1 Área problemática

Los profesionales de enfermería han dedicado gran parte de sus esfuerzos a identificar las necesidades de los pacientes cardiovasculares y a participar de forma activa en la satisfacción de las mismas, lo cual los han llevado a vincularse a la rehabilitación cardiaca como parte importante del tratamiento de los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio como manifestación aguda de la enfermedad coronaria, puesto que esta tiene como objetivo principal, conseguir un nivel funcional óptimo desde el punto de vista físico, mental y social, que facilite la reincorporación de los pacientes a la vida familiar y profesional[1]. Por esta razón, diversos estudios se han dedicado a indagar acerca de los componentes ideales de un programa de rehabilitación cardiaca, y han llegado a concluir que a pesar de que el ejercicio es un aspecto esencial, ya que se asocia a una reducción de la morbimortalidad y de los factores de riesgo cardiovascular[2], una combinación entre ejercicio e intervenciones psicológicas y educativas, es la forma más efectiva de rehabilitación cardiaca[3].

Varios estudios han demostrado ampliamente los efectos benéficos de la rehabilitación cardiaca, en términos del control de factores de riesgo cardiovascular como la presión arterial, el colesterol, el consumo de grasa en la dieta, el peso y el hábito tabáquico[4,5], así como en la reducción de la mortalidad y de las complicaciones cardiovasculares[6] tales como arritmias ventriculares[7,8], lo que finalmente repercute en una reducción de las

---

[1]WORLD HEALTH ORGANIZATION.TECHNICAL REPORT SERIES 270. Rehabilitation of patients with cardiovascular diseases. Report of a WHO expert committee, Geneve. 1964.

[2]JOLLIFFE, Judith, et al. -based rehabilitation for coronary heart disease (Cochrane Review). In The Cochrane Library (Issue 1). Oxford: Update Software. 2002.

[3]NHS Centre for Reviews and Dissemination. Cardiac Rehabilitation. Eff Health Care.1998.Vol.4, no. 4.

[4]DUSSELDORP, Elise, et al. A meta-analysis of psycho educational programs for coronary heart disease patients. Health Psychol. 1999. Vol. 18, no.5, p. 506–19.

[5]HASKELL, WL, et al. Effects of intensive multiple risk factor reduction on coronary atherosclerosis and clinical cardiac events in men and women with coronary artery disease: The Stanford coronary risk intervention project (SCRIP). Circulation. 1994. Vol. 89, p.975–90.

[6]DENDALE, Paul, et al. Cardiac rehabilitation reduces the rate of major adverse cardiac events after percutaneous coronary intervention. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2005. Vol. 4, p. 113–116

[7]DUSSELDORP. Op. cit., p. 506–19.

[8]HERTTZEANU HL, et al. Ventricular arrhythmias in rehabilitated and non rehabilitated post myocardial infarction patients with left ventricular dysfunction. Am J Cardiol.1993. Vol. 71, p. 24–7.

admisiones hospitalarias[9]. Así mismo, se han expuesto ventajas debido a un incremento en la tolerancia al ejercicio, en la percepción de la calidad de vida y en el retorno laboral[10,11,12].

En este mismo sentido, un estudio realizado por Dendale[13] que evaluó la incidencia de complicaciones cardiovasculares a mediano plazo, en un grupo de pacientes que habían sido sometidos a angioplastia coronaria y que habían participado en un programa de rehabilitación cardiaca por un periodo de tres meses, encontró una reducción estadísticamente significativa en la presencia de re estenosis, angina recurrente, revascularización y muerte, aspectos que fueron asociados a una mejoría de la función endotelial y en la reología sanguínea.

Es así como a partir de los resultados de investigación que demuestran los efectos benéficos de la rehabilitación cardiaca en la vida de los pacientes coronarios, que estos programas se han convertido en uno de los pilares fundamentales de manejo, en la medida en que pretenden lograr un reacondicionamiento físico progresivo que promueva la reincorporación al trabajo y a otras actividades de la vida cotidiana.

No obstante, a pesar de la evidencia sobre los beneficios de la rehabilitación cardiaca, la mayoría de los pacientes deciden no participar en los programas, lo cual ha hecho de este tema, uno de los principales objetivos de investigación de diversas disciplinas. Algunos estudios reportan tasas de asistencia a rehabilitación del 11%[14] de los pacientes elegibles, sin embargo, la tasa promedio oscila entre el 30 – 45%[15,16]. Un estudio realizado en el Reino Unido, reveló una participación entre el 14 y 43% en pacientes post infarto agudo de miocardio, cifras similares a las encontradas en Australia[17], Francia[18], Nueva Zelanda[19] y Estados Unidos[9]. De forma adicional, resultan preocupantes las tasas

[9]HASKELL. Op. cit., p. .975–90.
[10]DUSSELDORP. Op. cit., p. 506–19.
[11]HERTTZEANU. Op. cit., p. 24–7.
[12]ESPINOZA, Salvador, et al. Rehabilitación cardíaca postinfarto de miocardio en enfermos de bajo riesgo. Resultados de un programa de coordinación entre cardiología y atención primaria. RevEspCardiol. 2004. Vol. 57, no. 1, p.53-9.
[13]DENDALE, Op. cit., p. 113–116
[14] BLACKBURN, Gordon, et al. Cardiac rehabilitation participation patterns in a large, tertiary care center: Evidence for selection bias. J CardiopulmRehabil. 2000. Vol.20, p.189–95.
[15] ADES Philip, et al. The cardiac rehabilitation program of the University of Vermont Medical Center. J CardiopulmRehabil. 1986. Vol. 6, p.265–77.
[16]HIATT, A;ZIMMERMAN, L y HOENSHELL-NELSON N. Factor's influencing patient entrance into a cardiac rehabilitation program. CardiovascNurs. 1990. Vol. 26, p. 25–9.
[17]BUNKER, Steve; MCBURNEY, Helen; COX, Helen y JELINEK, Michael. Identifying participation rates at outpatient cardiac rehabilitation programs in Victoria, Australia. JCardiopulmRehabil. 1999. Vol.19, p.334–8
[18] GRENIER, O, et al. Secondary prevention in women with acute coronary syndrome in France: results of the PREVENIR survey. Eur Heart J. 1999. Vol. 20Abstr, Suppl:656.
[19]PARKS, Dee; ALLISON, Margaret; DOUGHTY, Robert, CUNNINGHAM, Lay y ELLIS, Chris J. An audit of phase II cardiac rehabilitation at Auckland hospital. N Z Med J. 2000. Vol. 113, p. 158–61.

de deserción, las cuales varían entre el 16 y 21%[20,21], lo que implica que en realidad solo del 15 – 23% de los candidatos a participar en los programas de rehabilitación, completan la totalidad de las fases del programa y se benefician de ello.

En Colombia, dada la ausencia de registros nacionales es difícil obtener datos exactos sobre la población que accede a los servicios de rehabilitación, sin embargo, el estudio de Anchique y colaboradores estima una tasa de cobertura inferior al 10%[22] y un estudio realizado de 2005 a 2009 en la Fundación Cardioinfantil en Bogotá[23], reveló que solo el 22% de los pacientes completaban satisfactoriamente la fase II del programa de rehabilitación cardiaca.

Son diversos factores los que se han asociado a la baja admisión y adherencia a los programas de rehabilitación cardiaca. Por su parte, Farley[24] encontró que los pacientes no se adhieren en gran medida porque sienten que pueden sobrellevar el problema por sí mismos, por la falta de disponibilidad de transporte, el deseo de no querer centrarse en el problema, no sentirse a gusto hablando en grupos, estar muy lejos del lugar de la rehabilitación, no querer regresar al hospital, no sentirse suficientemente bien, no querer recordar el infarto, no desear escuchar los problemas de otras personas, poseer bastantes compromisos laborales, la falta de tiempo o porque el médico no lo consideró necesario.

Otros estudios revelan que algunos pacientes también demuestran pérdida del interés y son reacios a cambiar sus estilos de vida[25], no se encuentran a gusto con las clases o el ambiente hospitalario[26], no perciben beneficios de su participación en los programas de rehabilitación cardiaca o por el contrario reciben consejos contradictorios de otras fuentes[27]. Adicionalmente, algunos de ellos perciben la presencia de barreras para la práctica de actividad física, en donde se destaca el clima, la falta de tiempo y de

[20] OLDRIDGE, Neil y JONES, NL. Improving patient compliance in cardiac exercise rehabilitation: effects of written agreement and self-monitoring. JCardiacRehabil. 1983. Vol. 3, p. 257–62.
[21] OLDRIDGE, Neil y STREINER David. The health belief model: Prediction of compliance and dropout in cardiac rehabilitation. MedSciSportsExerc. 1990. Vol. 22, p. 678–83.
[22] ANCHIQUE, Claudia; PEREZ, Carmen; LÓPEZ, Francisco y CORTÉS, Mery. Estado actual de la rehabilitación cardiovascular en Colombia (2010).Revista colombiana de Cardiología Noviembre–Diciembre. 2011. Vol. 18, no. 6, p. 305-315.
[23] FLOREZ Natalia, ROCHA Magda, RODRÍGUEZ Alfredo y TOBA Karen. Tendencia en la adherencia al programa de rehabilitación cardiaca de la fundación Cardioinfantil, Bogotá 2005 – 2009 [On line]. [Citado Mayo 2014]. Disponible en: http://reportes.unbosque.edu.co/content/1041
[24] FARLEY, Robyn; WADE, Tracey y BIRCHMORE, Libby. Factors influencing attendance at cardiac rehabilitation among coronary heart disease patients.European Journal of Cardiovascular Nursing 2. 2003, p. 205 – 212.
[25] LANE, Deidre; CARROLL, Douglas; RING, Christopher; BEEVERS, Garreth y LIP, Gregory. Predictors of attendance at cardiac rehabilitation after myocardial infarction. JPsychosom Res. 2001. Vol. 51, p. 497–501
[26] PELL, JP, MORRISON, CE. Factors associated with low attendance at cardiac rehabilitation. British Journal of Cardiology. 1998. Vol. 5, p. 152–5.
[27] THOW, Morag, et al. Uptake and adherence of women post myocardial infarction to phase III cardiac rehabilitation: are things changing? Coronary Health Care. 2000. Vol.4, p. 174–8.

acompañamiento[28], de forma que en este aspecto, la familia juega un papel fundamental, pues se considera que la pérdida del apoyo familiar y los patrones personales y familiares, condicionan también la falta de adherencia a la rehabilitación[29,30].

Es importante mencionar que si bien la asistencia y permanencia en los programas de rehabilitación cardiaca son aspectos esenciales, la adherencia a las recomendaciones allí impartidas también juega un papel indispensable en la recuperación de los pacientes, lo que implica de parte de ellos el cumplimiento tanto de tratamiento farmacológico como no farmacológico de la enfermedad.

A pesar de ello, Perez y colaboradores[31], encontraron en su estudio bajas tasas de adherencia a las recomendaciones de actividad física en pacientes post infartados después de haber asistido a un programa de rehabilitación cardiaca, 20% para los ejercicios de fuerza y movilidad y 32% para caminar.

De forma similar, el estudio de Leong[32]et al, halló bajos índices de cumplimiento en la adherencia a la pérdida de peso (25%), la actividad física (65,4%), actividad social (44,2%), tabaquismo (28,8%) y alcohol (19,2%), así como predictores de adherencia, dentro de los que destacan la vinculación familiar en términos del seguimiento de una dieta saludable, el control de la salud en relación con la pérdida de peso, la ansiedad y el control de la salud con respecto a la actividad física y finalmente la depresión, el género y el control interno en relación con las actividades sociales.

Por su parte, Martin y colaboradores[33], reportaron bajas tasas de adherencia al uso de las estatinas 6 meses después del infarto agudo de miocardio, lo que interfiere con la consecución de los objetivos en términos del control del colesterol, como uno de los factores de riesgo cardiovascular más relevantes, resultados que se asociaron en parte a las bajas tasas de seguimiento a las recomendaciones y a la asistencia a los programas de rehabilitación cardiaca.

---

[28]PEREZ, Laura; BARRIOPEDRO, María Isabel y AZNAR, Susana. Niveles de adherencia en postinfartados. Kronos: revista universitaria de la actividad física y el deporte. 2004. No. 5, p. 19-25.

[29]EVENSON, Kelly y FLEURY, Julie. Barriers to outpatient cardiac rehabilitation participation and adherence.J CardiopulmRehabil. 2000. Vol. 20, p. 241–6.

[30]MOLLOY, Gerard; PEKINS-PORRAS, Linda; STRIKE, Philip y STEPTOE, Andrew. Networks and Partner Stress as Predictors of Adherence to Medication, Rehabilitation Attendance, and Quality of Life Following Acute Coronary Syndrome. Health Psychology.2008. Vol. 27, no. 1, p. 52-8.

[31]PEREZ, Op. Cit., p. 19-25.

[32]LEONG, Joyce; MOLASSIOTIS, Alexander y MARSH Helen. Adherence to health recommendations after a cardiac rehabilitation programme in post-myocardial infarction patients: the role of health beliefs, locus of control and psychological status. Clinical Effectiveness in Nursing. 2004. Vol. 8, no.1, p. 26–38.

[33] MARTIN, Seth, et al. Modifiable factors associated with failure to attain low-density lipoprotein cholesterol goal at 6 months after acute myocardial infarction. American Heart Journal. 2013. Vol. 165, No. 1, p. 26 – 33.e3

En este mismo sentido, Shah y colaboradores[34], hallaron que la adherencia a las recomendaciones farmacológicas decrece con el tiempo, de forma tal que a los tres años post infarto agudo de miocardio la tasa de adherencia fue de 44%, 48% y 43%, para las estatinas, betabloqueadores e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o antagonistas del receptor de angiotensina II, respectivamente.

La adherencia cobra entonces una gran relevancia debido a la elevada incidencia de enfermedades cardiovasculares, las cuales constituyen en la actualidad, una de las causas más importantes de morbilidad, mortalidad y discapacidad a nivel mundial[35]. Las estadísticas de la AHA del 2010[36] estimaron que para ese año 785.000 estadounidenses habían tenido su primer evento coronario y 470.000 un evento coronario recurrente, así mismo, en Colombia las estadísticas revelan que la enfermedad isquémica del corazón se ubica como la primera causa de mortalidad en población mayor de 45 años de edad[37].

Con base en ese conocimiento, diferentes disciplinas han diseñado y ejecutado diversas intervenciones que pretenden mejorar la admisión y la adherencia a los programas de rehabilitación cardiaca, así como el cumplimiento a las recomendaciones terapéuticas que allí se imparten, aspecto en el cual vale la pena resaltar el papel de los profesionales de enfermería en la implementación de estrategias efectivas las cuales se enfocan principalmente a la realización de seguimiento telefónico, intervenciones educativas y programas de rehabilitación cardiaca dirigidos por enfermeras[38,39,40,41,42].

Jiang X, et al[43], examinó el efecto de un programa de rehabilitación cardíaca dirigido por enfermería, en los comportamientos de salud y los parámetros fisiológicos de riesgo en

---

[34]SHAH, Nilay, et al. Long-term Medication Adherence after Myocardial Infarction: Experience of a Community. Am J Med.2009. Vol. 122, no. 10, p. 961.e7- 961.13.

[35]ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Prevención de las enfermedades cardiovasculares, guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular. [On line] Ginebra.2008.Disponible en: <http://www.who.int/publications/list/PocketGL_spanish.pdf>

[36]AMERICAN HEART ASSOCIATION. Heart Disease and Stroke Statistics2010 Update: A Report from the American Heart Association. En: Circulation. 2010; e46-e215.

[37]MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Indicadores básicos en salud 2009 [online]. Septiembre de 2011 [citado 17 marzo 2013]. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/INDICADORES%20SALUD%202009.pdf>

[38]JIANG. Xialolian; SIT, Janet y WONG, Thomas. A nurse-led cardiac rehabilitation programme improves health behaviors and cardiac physiological risk parameters: evidence from Chengdu, China.JClinNurs.2007. Vol. 16, No. 10, p. 1886-97

[39]COSSETTE, Sylvie; FRANSURE, Nancy, DUPUIS, Jocelyn, JUNEAU, Martin y GUERTIN Marie-Claude. Randomized Controlled Trial of Tailored Nursing Interventions to Improve Cardiac Rehabilitation Enrollment Nursing Research.2012. Vol. 61, No. 2, p 111–120.

[40] DUNCAN K, et al. The effects of behavioral feedback on adherence to dietary sodium intake for patients with congestive heart failure. J Cardiopulm Rehabil. 2001. Vol. 21, p. 304.

[41] IRMAK, Zöhre y FESCI, Hatice. Effects of nurse-managed secondary prevention program on lifestyle and risk factors of patients who had experienced myocardial infarction. Applied Nursing Research.2010, no.23, p. 147–152.

[42]LEEMRIJSE, Chantal, et al. The effects of Hartcoach, a life style intervention provided by telephone on the reduction of coronary risk factors: a randomised trial. BMC Cardiovascular Disorders. 2012. Vol. 12, no.47, p. 1-7.

[43]JIANG. Op. Cit., p. 1886-97.

pacientes con enfermedad cardiaca coronaria en Chengdu - China, y encontró que los pacientes del grupo de intervención demostraron un desempeño significativamente mejor al caminar, en la adherencia a la dieta, en la adherencia a la medicación y una reducción significativa en los lípidos séricos incluidos triglicéridos, colesterol total y colesterol de baja densidad, así como un mayor control de la presión arterial sistólica y diastólica a los tres meses, de manera que un programa de rehabilitación cardiaca dirigido por una enfermera, puede mejorar significativamente los comportamientos de salud y los parámetros de riesgo cardiovascular en pacientes con enfermedad coronaria.

Cossette S y colaboradores[44], hallaron que una intervención de enfermería sustentada en la teoría de autorregulación de Levental y centrada en las percepciones individuales que tienen los pacientes con síndrome coronario agudo acerca de su enfermedad y tratamiento, mejora la participación en rehabilitación cardiaca después del alta ($p < 0.001$), pues de acuerdo con la teoría de la autorregulación, las percepciones individuales de la enfermedad, regulan los comportamientos de salud y el manejo de los factores de riesgo, lo cual incrementa la participación en los programas de rehabilitación cardiaca.

Por otra parte, Duncan et al[45] encontró que una intervención basada en una retroalimentación conductual dirigida a la modificación de los hábitos en el consumo de sodio de pacientes con falla cardiaca que participan en un programa de rehabilitación, reduce de forma importante la ingesta de sodio ($p < 0.05$) y genera una identificación significativamente menor de las barreras para adherirse a dichas recomendaciones.

En el estudio de Irmak[46], se encontraron reducciones significativas en la media de tensión arterial sistólica y diastólica, el colesterol total, las lipoproteínas de baja densidad, el índice de masa corporal y el número de fumadores ($p < 0.05$), después de la implementación de un programa de prevención secundaria en estilos de vida y factores de riesgo cardiovascular dirigido por enfermeras y destinado a la educación de pacientes en postinfarto agudo de miocardio, lo que refleja el éxito de la planeación y ejecución de intervenciones implementadas por los profesionales de enfermería para la reducción de los factores de riesgo cardiovascular.

Por último, Leemrijse[47]y colaboradores encontraron efectiva la implementación de un programa de coaching telefónico, como intervención de enfermería para reducir los factores de riesgo cardiovascular, obteniendo así, una reducción en el colesterol, el índice de masa corporal, la presión arterial, la circunferencia abdominal, la actividad física y la dieta como resultados primarios, y la disminución de la hemoglobina glicosilada, la adherencia a la medicación, el autocuidado y la calidad de vida como resultados secundarios.

De forma adicional a estos hallazgos, también existe evidencia de que la entrevista motivacional como intervención de salud es efectiva en otros grupos poblacionales, ya que su principal objetivo se enfoca en abordar y tratar la ambivalencia hacia el cambio,

[44]COSSETTE, Op. Cit., p 111–120.
[45]DUNCAN ,Op. Cit., p. 304
[46]IRMAK, Op. Cit., p. 147–152.
[47]LEEMRIJSE, Op. Cit., p. 1-7.

con el fin de modificar los comportamientos de los pacientes[48,49]. Esta estrategia, ha sido implementada en pacientes con insuficiencia cardiaca, y en general, en diversas enfermedades crónicas no transmisibles, con el fin de fomentar cambios en el estilo de vida[50], de manera que se convierte en una intervención capaz de incrementar la adherencia; adicionalmente, la literatura demuestra que dicha intervención puede ser realizada por el profesional de enfermería, con base en una adecuada comunicación y relación terapéutica, que sustente el desarrollo de la estrategia.

Para la ejecución de la entrevista motivacional, Flórez Alarcón[51] considera indispensable identificar la etapa de motivación en la que se encuentra el paciente, con el objetivo de plantear y desarrollar diferentes acciones que potencien la motivación ante el cambio de comportamiento. Así mismo, establece que la entrevista motivacional es una forma de interacción terapéutica en la cual el profesional busca ser un facilitador en el logro de los objetivos específicos de cada uno de los individuos: desarrollo de la motivación intrínseca para el cambio, resolución de la ambivalencia, disminución de la resistencia, incremento de la confianza en las propias capacidades, decisión por sí mismo las metas del cambio y finalmente adopción de las medidas necesarias para convertir en realidad la intención de cambio, para lo cual, se hace necesario que el paciente avance por las fases previamente definidas de la entrevista motivacional: Posicionamiento, definición del problema y negociación del cambio[52].

Es así como derivado del anterior planteamiento se exponen las siguientes proposiciones sobre el desarrollo del conocimiento:

- Los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio requieren de una adecuada adherencia al tratamiento y con ello a los programas de rehabilitación cardiaca.
- La autoeficacia es un predictor de adherencia al tratamiento, por lo tanto a mayor autoeficacia, mayor adherencia.
- Una adecuada adherencia al tratamiento en los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio, implica la realización de cambios de comportamiento que favorezcan los estilos de vida saludables y el seguimiento a las recomendaciones.
- Una adecuada adherencia al tratamiento de los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio, genera efectos positivos que se traducen en

[48]ROLLNICK, Stephen y MILLER, William. ¿Qué es la entrevista motivacional? RET Revista de toxicomanías. 1996. No. 6, p. 3-7.
[49] KAZEMI, Donna, et al. Effects of motivational interviewing intervention on blackouts among college freshmen. Journal of Nursing scholarship. Enero 2013.Vol. 45, no.3, p. 221 – 229.
[50] VEGA, Veronica. La entrevista motivacional: una valiosa herramienta de promoción de la salud. Trabajo de grado, universidad de Cantabria, 2012. Disponible en: http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/864/VegaTocaV.pdf?sequence=1
[51] FLÓREZ-ALARCÓN, Luis y CARRANZA, William. La entrevista motivacional como herramienta para el fomento de cambios en el estilo de vida de personas con enfermedades crónicas no transmisibles. Avances en Psicología latinoamericana. Julio-diciembre 2007. Vol. 25, no. 2, p. 63 – 82.
[52]Ibíd., p. 63 – 82.

reducción de las repercusiones y complicaciones derivadas de la enfermedad, así como un incremento en la calidad de vida.

- Una estrategia de enfermería basada en la entrevista motivacional, es capaz de incrementar la autoeficacia y con ello generar cambios de comportamiento de los pacientes en pos infarto agudo de miocardio, lo que favorece la adherencia a los tratamientos.

Dado que en Colombia no existe suficiente evidencia sobre el efecto de la implementación de la entrevista motivacional en la adherencia de los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio, se considera pertinente realizar un estudio de intervención que responda a la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es el efecto de una estrategia de enfermería basada en la entrevista motivacional sobre la adherencia al tratamiento de pacientes en pos infarto agudo de miocardio, que asisten a la fase II de un programa de rehabilitación cardiaca en la ciudad de Bogotá?.

1.2 Justificación

La justificación de esta investigación se realiza alrededor de su relevancia social, teórica y disciplinar.

1.2.1 Relevancia social

Desde el punto de vista social y dada la magnitud de la enfermedad isquémica del corazón como primera causa de mortalidad a nivel nacional según las estadísticas reportadas por el DANE[53], conseguir que un paciente que ha sufrido un infarto agudo de miocardio se adhiera de manera satisfactoria a los diferentes tratamientos que requiere la enfermedad, genera una reducción significativa de las complicaciones derivadas de la patología, disminuye los reingresos hospitalarios y finalmente repercute de forma benéfica sobre la calidad de vida de los pacientes, lo que conlleva la reincorporación a la vida laboral y social de forma satisfactoria[54,55,56]. De forma adicional, es importante mencionar que los pacientes en pos infarto agudo de miocardio manifiestan con frecuencia sentirse cansados, lo que limita la realización de las actividades de la vida cotidiana y la independencia, ocasionando aislamiento, incremento del estrés y la creencia de ser una carga para la familia después de ocupar roles importantes en la misma[57], en esta medida, la mejoría en el estado de salud del paciente, derivada de un incremento en la adherencia, tiene efectos benéficos sobre la dinámica familiar en

[53] DANE. Defunciones no fetales 2015, preliminar. 2015. Disponible en: http://www.dane.gov.co/index.php/esp/component/content/article/118-demograficas/estadisticas-vitales/6234-defunciones-no-fetales-2015-preliminar
[54] DUSSELDORP. Op. cit., p. 506–19.
[55] HERTTZEANU. Op. cit., p. 24–7.
[56] ESPINOZA. Op. cit., p.53-9
[57] VARGAS, Ruby, et al Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes postinfarto agudo de miocardio. Revista ciencia y cuidado. 2008. Vol. 5, no. 1, p. 40 – 50.

términos del mantenimiento de los roles y de la reducción de la dependencia de los familiares por parte del paciente, lo que se traduce en un descenso de la ansiedad y la depresión que la enfermedad genera.

Es bien sabido que los profesionales de enfermería tienen como objetivo prioritario la promoción de conductas o estilos de vida saludables, razón por la cual la educación en salud desempeña un papel fundamental, sin embargo, la información sin motivación o deseo hacia el cambio suele ser insuficiente, de manera que la implementación de estrategias motivacionales basadas en modelos negociados que fomenten el respeto al paciente y a su libertad de elección, se hace indispensable[58] para conseguir una mejor adherencia al tratamiento de la enfermedad.

Además, la entrevista motivacional es una herramienta que le permite al profesional de enfermería reorientar su papel en la relación terapéutica y mejorarla con el fin de optimizar los resultados a través de la generación de estrategias de autocuidado, en las cuales el profesional le ayuda al paciente a tomar decisiones, y este a su vez adquiere un papel activo y responsable que le facilita definir sus propios objetivos, aspecto indispensable en los programas de rehabilitación cardiaca, en los cuales se ha evidenciado una baja adherencia a los tratamientos de los pacientes pos infartados.

Finalmente, en términos económicos, la entrevista motivacional ha demostrado ser una intervención costo-efectiva en diversos grupos de pacientes[59,60,61] ya que la disminución de las complicaciones derivadas de los cambios de comportamientos, disminuyen de forma significativa los costos asociados al manejo de estas.

1.2.2 Relevancia disciplinar

Desde el punto de vista disciplinar, es indispensable considerar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como elementos fundamentales en el cuidado de enfermería, debido a la incidencia y prevalencia cada vez mayor de enfermedades relacionadas causalmente con diversos factores prevenibles. Mencionar este aspecto, implica evidentemente hacer referencia a los distintos niveles de prevención, los cuales se articulan estrechamente con las fases de la historia natural de la enfermedad y tienen como objetivo evitar la aparición, favorecer la curación y desarrollar capacidades que compensen las lesiones que se originen a causa de la enfermedad. De forma particular, los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio, necesitan participar en

[58] RIEGEL, Barbara, et al. A Motivational Counseling Approach to Improving Heart Failure Self-Care: Mechanisms of Effectiveness. The Journal of Cardiovascular Nursing. 2006. Vol. 21, no. 3, p. 232-241

[59] RUGER, Jennifer, etal. Cost-effectiveness of motivational interviewing for smoking cessation and relapse prevention among low-income pregnant women: a randomized controlled trial. Value Health. Marzo – abril 2008. Vol. 11, no, 2, p. 191-198.

[60] COWELL, Alexander, et al. Cost-effectiveness analysis of motivational interviewing with feedback to reduce drinking among a sample of college students. J Stud Alcohol Drugs. Marzo 2012. Vol. 73, no. 2, p. 226-237.

[61] NEIGHBORS, Charles, et al. Cost-effectiveness of a motivational intervention for alcohol-involved youth in a hospital emergency department. J Stud Alcohol Drugs. Mayo 2010.Vol. 71, no. 3, p. 384-94.

actividades de prevención terciaria dirigidas al tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, puesto que con ello se pretende disminuir o controlar la progresión de la enfermedad coronaria y así evitar la aparición de complicaciones que deterioren la calidad de vida[62].

Diferentes estudios[63,64,65,66,67] han dejado ver la efectividad de intervenciones de enfermería sobre la adherencia a los tratamientos de los pacientes en pos infarto agudo de miocardio, sin embargo, la entrevista motivacional al ser una estrategia que puede ser articulada con teorías de enfermería, es capaz de generar cambios en la práctica que dejen ver el efecto de intervenciones innovadoras sustentadas desde los referentes teóricos de la profesión, lo cual fomenta el desarrollo disciplinar y con ello el incremento del conocimiento propio.

Desde el referente teórico de Dorothea Orem, es posible afirmar que una intervención de enfermería que mejore a través del cambio de comportamiento la adherencia a los tratamientos requeridos por la enfermedad, genera un incremento del autocuidado, por lo tanto, la entrevista motivacional puede comportarse como una estrategia que le permite al individuo suplir las demandas terapéuticas de autocuidado derivadas del padecimiento de la enfermedad coronaria.

Por otra parte, Barbara Resnick plantea la relevancia de la autoeficacia, como 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; además, es posible diferenciar dos componentes en la teoría de la autoeficacia: las expectativas de autoeficacia y las expectativas de resultados; la primera hace referencia a los juicios que se generan acerca de la habilidad personal para realizar una tarea, mientras que la segunda son juicios acerca de lo que sucedería si la tarea es cumplida a satisfacción[68]. Desde este punto de vista, es factible ver como la autoeficacia se relaciona directamente con el fenómeno de la adherencia, en la medida que este último requiere de parte de los individuos un cambio de comportamiento en diversos aspectos de la cotidianidad, por lo tanto, la entrevista motivacional como una estrategia que pretende establecer las metas del tratamiento en conjunto con el paciente, permite trabajar tanto en las expectativas de autoeficacia como en las de resultados, para conseguir que estas se retroalimenten entre si y se genere un cambio comportamental en los individuos.

---

[62]GRUPO CTO. Tema 12. Prevención y promoción de la salud. Manual CTO Oposiciones de enfermería. Disponible en: http://www.grupocto.es/web/editorial/pdf/cap_muestra/af_012_ope_bal.pdf
[63]JIANG. Op. cit., p. 1886-97.
[64]COSSETTE. Op. cit., p.111–120
[65]DUNCAN- Op. cit., p. 304.
[66]IRMAK. Op. cit., p. 147–152.
[67]LEEMRIJSE. Op. cit., p. 1-7.
[68]RESNICK, Barbara. (2003). The theory of self-efficacy. En: Smith M, Liehr P. Middle range theory for nursing. Springer publishing company (pp. 49 – 68).

Finalmente, la presente investigación responde a los desarrollos de la línea de investigación de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de la universidad, en cuanto avanza en el desarrollo de intervenciones de enfermería que promueven cambios comportamentales en los individuos y que pretenden ser reflejadas en un incremento en el cumplimiento de las recomendaciones de tratamiento para el paciente con enfermedad coronaria.

1.2.3 Relevancia teórica

Desde el punto de vista teórico, la adherencia es considerada como un fenómeno múltiple que implica el seguimiento a diversas conductas dentro de las que se encuentran la toma de la medicación, la asistencia a las citas médicas y el rechazo a las conductas de riesgo, entre otras, lo cual depende de una serie de variables que pueden ser agrupadas de acuerdo a las creencias del paciente, el tipo de enfermedad, el tratamiento farmacológico, la relación entre el paciente y los profesionales de la salud, la información y el apoyo social[69].

En la actualidad, uno de los mayores desafíos para el personal de salud y en especial para los profesionales de enfermería, tiene que ver con la capacidad de generar en los pacientes cambios en las conductas tendientes a evitar la aparición de enfermedades prevenibles, incrementar la adherencia a los tratamientos y a reducir las complicaciones derivadas de la enfermedad. En este aspecto, cobra gran relevancia el manejo de los factores de riesgo cardiovascular, en donde se hace indispensable que los pacientes adquieran hábitos de vida saludables y ejerzan los cambios necesarios para favorecer esta condición.

De forma particular, los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio, experimentan ciertas condiciones derivadas de su enfermedad como altos índices de depresión[70], cambios en la sexualidad[71], reducción de la condición física[72], incremento en la percepción de discapacidad[73], miedo a la muerte y reducción en la calidad de vida. No obstante, es necesario que los pacientes incrementen su motivación, aprecien los efectos benéficos de los cambios y mejoren la adherencia a los tratamientos con el fin de sobrellevar de la mejor manera la enfermedad coronaria.

Diversos estudios han evaluado el efecto de distintas intervenciones en la adherencia de los pacientes pos infarto agudo de miocardio al tratamiento, encontrando que muchas de ellas resultan ser efectivas en la consecución de este objetivo, sin embargo, existe muy

---

[69]ORTEGO MATÉ, María. La adherencia al tratamiento. Variables implicadas. Educare21 2004; 8. Disponible en: http://enfermeria21.com/educare/educare08/ensenando/ensenando2.htm

[70]ROLLMAN, Bruce; COUNIHAN, Peter y REYNOLDS, Charles. Potential new cardiovascular risk factors. *AnnIntern Med* 2000; 132: 761.

[71] CASADO, María, et al. La sexualidad en los pacientes con infarto agudo de miocardio. Enfermería Intensiva. 2002. Vol. 13, no. 1, p.2-8.

[72]ILARRAZA, Hermes. Rehabilitación y prevención cardiovascular. El complemento necesario a la terapéutica de hoy. Archivos de cardiología de México. Octubre – diciembre 2003. Vol. 73, no. 4, p. 247 – 252.

[73]ADES Philip. Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention of Coronary Heart Disease. NEngl J Med 2001.Vol. 12, p. 892-902.

poca evidencia acerca del efecto de estrategias como la entrevista motivacional en el cambio de comportamiento en este grupo poblacional, lo que deja ver la relevancia de la presente investigación.

En el año de 1982 Prochaska y Diclemente describieron desde la psicología las etapas que debe atravesar una persona en el proceso de cambio ante una conducta; los autores afirman que cada una de estas etapas guarda relación con una actitud mental diferente y por ello requiere de una actuación profesional distinta. Es así, como a partir de ese discernimiento, surge la entrevista motivacional como una forma concreta de ayuda a las personas para que estas reconozcan y se preocupen por un problema determinado[74].

Por su parte, la entrevista motivacional se articula con el desarrollo de las teóricas disciplinares de enfermería en varios aspectos. En primer lugar, el desarrollo de esta estrategia requiere de la existencia de una relación entre dos seres humanos, en la cual se pretende que el profesional acepte al paciente tal como es y le enfrente con la realidad de la conducta que se intenta cambiar; esta relación puede establecerse a partir de los planteamientos de teóricas de enfermería que contemplen los sistemas interpersonales y de interacción enfermera-paciente, así como aquellas que consideran a la enfermería como una fuerza que promueve la organización conductual de los individuos. En segundo lugar, la entrevista motivacional contempla la autoeficacia, la cual se asocia con el interés de producir un cambio que se genere desde el mismo individuo, concepto que es contemplado desde la teoría psicológica por Bandura y desde la teoría de enfermería por Resnick, y finalmente, también es posible la articulación con aquellas teóricas que consideran dentro de sus planteamientos el afrontamiento y la adaptación, aspectos que resultan relevantes en el cambio en los factores de riesgo cardiovascular y la adherencia a los diferentes tratamientos de la enfermedad.

Como se ha mencionado previamente, la literatura sustenta la implementación de la entrevista motivacional como una herramienta generadora de cambios en las conductas de riesgo de los pacientes con diversos problemas de salud y a su vez como promotora de la adherencia a los tratamientos, por esta razón, ha sido implementada en pacientes con falla cardiaca y con factores de riesgo cardiovascular[75,76,77,78], con el propósito de incrementar el autocuidado; de esta manera la entrevista motivacional se ha convertido en el eje principal de intervenciones motivacionales que se concentran en fomentar la toma de decisiones, reducir la ambivalencia y la resistencia frente al cambio,

[74]CALLEJO, Elvira. Seminario de entrevista motivacional. Grupo de comunicación y salud de la Sociedad Castellana y Leonesa de Medicina Familiar y Comunitaria. 2006. Disponible en: http://www.aepap.org/apapcyl/entrevista_motivacional.pdf

[75]RIEGEL. Op. cit., p. 232-241

[76]BRODIE, David e INOUE, Alison.Motivational interviewing to promote physical activity for people with chronic heart failure.JAdvNurs. 2005. Vol. 50, no. 5, p. 518-27.

[77]BRODIE, David; INOUE Alison y SHAW David.Motivational interviewing to changequality of life for people with chronicheart failure: a randomized controlled trial. Int J NursStud.Noviembre 2006.Vol. 45, no. 4, p. 489-500.

[78]PARADIS, Véronique, et al. The Efficacy of a Motivational Nursing Intervention Based on the Stages of Change on Self-care in Heart Failure Patients. The Journal of Cardiovascular Nursing. 2010. Vol. 25, no. 2, p. 130-141.

favoreciendo así el inicio del proceso transformacional en personas con consumo de sustancias psicoactivas u otras condiciones que afecten directamente la salud y como impulsador de modificaciones de comportamientos perjudiciales para el proceso de salud – enfermedad[79].

En ese sentido, el estudio realizado por Brodie D, et al en el 2005[80] demostró que la entrevista motivacional incorpora cambios en los comportamientos de los pacientes con falla cardiaca y promueve la realización de actividad física, la cual mejora tanto en cantidad como resistencia y tipo de actividades realizadas. De forma adicional, otro estudio realizado por este mismo autor en el 2006[81], evidenció mejoría en la calidad de vida de los pacientes con falla cardiaca y así mismo una repercusión benéfica sobre los comportamientos de la actividad física en este grupo de individuos.

Por su parte Paradis, et al [82], encontró que una intervención motivacional de enfermería efectuada a los pacientes con falla cardiaca por medio de un encuentro presencial y dos telefónicos con intervalo de 5 – 10 días, fomenta las conductas de autocuidado e incrementa la confianza en sí mismo, lo que reduce las complicaciones derivadas de la enfermedad.

Bredie y cols, hallaron que el 26% de los pacientes incluidos en su estudio dejaron el hábito tabáquico y el 31% redujeron la frecuencia con la que fumaban, hallazgos que resultan ser significativos para los pacientes con factores de riesgo cardiovascular y que a su vez demuestran la efectividad de la entrevista motivacional aplicada por enfermería.

Riegel y cols[45], realizaron un estudio que incorporó la entrevista motivacional tanto intrahospitalaria como ambulatoria, en el manejo del paciente con insuficiencia cardiaca y encontraron que el 71.4% de los individuos mejoró su autocuidado, además, el estudio reveló la importancia de tres aspectos: la empatía y escucha para una buena comunicación, la superación de barreras y limitaciones para la negociación del plan de acción y la posibilidad de ser un puente entre en ambiente hospitalario y el domiciliario.

Dichos estudios, dejan ver la relevancia de la implementación de estrategias de enfermería novedosas que promueven un cambio en las conductas de los pacientes y que logran conseguir los objetivos terapéuticos del manejo y la reducción de las complicaciones derivadas de la enfermedad, razón por la cual, se hace indispensable que dichas estrategias sean implementadas y evaluadas en diferentes grupos poblacionales como es el caso de los pacientes en pos infarto agudo de miocardio.

[79]FLÓREZ-ALARCÓN.Op. cit., p 63 – 82.
[80]BRODIE.Op. Cit., p. 518-27.
[81]Ibíd., p.489-500.
[82]PARADIS. Op. cit., p 130-141.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar el efecto de una estrategia de enfermería basada en la entrevista motivacional, sobre la adherencia al tratamiento de pacientes en pos infarto agudo de miocardio, que asisten a la fase II de un programa de rehabilitación cardiaca en la ciudad de Bogotá.

1.3.2 Objetivos específicos

- Determinar el promedio de la adherencia al tratamiento en el grupo control y experimental previo a la intervención.
- Determinar el promedio de la adherencia al tratamiento en el grupo control y experimental una y cinco semanas después de la intervención.
- Determinar la diferencia en los promedios de adherencia entre el grupo control y experimental, una y cinco semanas después de la intervención, para determinar el efecto de la misma.

1.4 Conceptos mayores de la investigación

1.4.1 Paciente en pos infarto agudo de miocardio

Según Thygesen y colaboradores, un paciente en pos infarto agudo de miocardio es aquel individuo que ha experimentado síntomas isquémicos en presencia de la elevación de los biomarcadores de necrosis miocárdica, lo que puede estar o no, acompañado de cambios electrocardiográficos[83].

Para la presente investigación un paciente en pos infarto agudo de miocardio fue todo individuo que hubiese experimentado síntomas isquémicos con elevación de los biomarcadores y que se encontrara vinculado a la fase II de un programa de rehabilitación cardiaca en la ciudad de Bogotá.

1.4.2 Adherencia al tratamiento

Según Di Mateo y Di Nicola[84], la adherencia al tratamiento es “una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado” lo cual incluye una gran diversidad de conductas dentro de las que se encuentran participar en el programa del tratamiento,

[83]THYGESEN, Kristian; ALPERT, Joseph y WHITE, Harvey. Universal definition of myocardial infarction. Eur Heart J. 2007.Vol.28, no. 20, p. 2525-38

[84] DIMATTEO, MR, DINICOLA, DD. Achieving patient compliance. Nueva York, Pergamon, 1982.

desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo, tomar correctamente la medicación y realizar adecuadamente el régimen terapéutico.

Para la presente investigación la adherencia al tratamiento, fue el conjunto de conductas manifestadas por una persona que reflejan su compromiso frente a las indicaciones de tratamiento farmacológico y no farmacológico y que incluyen el seguimiento a las indicaciones del personal de salud en relación con la ingesta de medicamentos y alimentos, las expectativas y conductas de autoeficacia, la realización de actividad física, el manejo de las situaciones tensionantes, la necesidad de apoyo para la adherencia y las conductas esperadas de adherencia a largo plazo, aspectos que fueron evaluados por medio de la aplicación del instrumento titulado “Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular”.

1.4.3 Estrategia de enfermería basada en la entrevista motivacional

Según Lizarraga & Ayarra, “La entrevista motivacional (EM) es un tipo de entrevista clínica centrada en el paciente, que fundamentalmente le ayuda a explorar y resolver ambivalencias acerca de una conducta o hábito insano, para promover cambios hacia estilos de vida más saludables. Facilita que el paciente se posicione hacia el deseo de cambio, tratando de ayudarle a reconocer y ocuparse de sus problemas presentes y futuros y potenciando su percepción de eficacia”[85].

Para el presente estudio, la entrevista motivacional fue una estrategia utilizada por el profesional de enfermería, por medio de la cual se promovieron cambios en las conductas no saludables de los pacientes en pos infarto agudo de miocardio que asistían a la fase II de un programa de rehabilitación cardiaca.

1.5 Hipótesis

1.5.1 Hipótesis de investigación

Existe un incremento significativo en el promedio de la adherencia de los pacientes que reciben la intervención de enfermería basada en la entrevista motivacional, comparado con el promedio de la adherencia de los pacientes del grupo control.

[85]LIZARRAGA, Socorro y AYARRA, M. (2001). Entrevista motivacional. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2001, Vol. 24, No. 2, pp. 43-54. Recuperado de: http://static1.1.sqspcdn.com/static/f/995733/19717328/1344046896870/Dia+4.+Entrevista+motivacional.+Lizarraga+y+Ayarra.pdf?token=N3mMpmI1PbuHr4JKMhhHaP%2FBLHg%3D

1.5.2 Hipótesis nula

No existe incremento el promedio de la adherencia al tratamiento de los pacientes que reciben la intervención de enfermería basada en la entrevista motivacional, comparado con el promedio de la adherencia de los pacientes del grupo control.

1.6 Variables

Para el desarrollo de la presente investigación se determinó que la variable independiente es la estrategia de enfermería basada en la entrevista motivacional, mientras que la variable dependiente es la adherencia al tratamiento de los pacientes en pos infarto agudo de miocardio, la cual se midió mediante la aplicación del instrumento denominado “Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular”.

2. Marco teórico

2.1 La enfermedad coronaria y sus repercusiones

La enfermedad coronaria es la causa individual más frecuente de muerte en todos los países del mundo[86], de ahí que más de 7 millones de personas mueran anualmente por cardiopatía isquémica, lo que equivale al 12.8% de todas las muertes[87]. En Colombia, según los datos reportados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), la enfermedad isquémica del corazón es la principal causa de muerte en personas mayores de 45 años[88], así mismo, el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 indica que la principal causa de mortalidad reportada en el periodo entre 1997 – 2010 fueron las enfermedades del sistema circulatorio, que oscilaron entre un 28 y 30% del total de muertes, dentro de las cuales el infarto agudo de miocardio fue la causa más frecuente, aspecto que hace evidente la importancia de la detección temprana, la atención integral, el seguimiento y la rehabilitación de los pacientes con diagnóstico de un evento coronario[89].

Las enfermedades del sistema circulatorio y con ellas el infarto agudo de miocardio, están relacionadas en gran medida a la presencia de factores de riesgo cardiovascular, los cuales son definidos como signos biológicos y hábitos adquiridos que se han encontrado con mayor frecuencia entre los pacientes con cardiopatía en relación con la población general, de manera que permiten identificar los grupos poblacionales con mayor riesgo[90] dado que incrementan de forma significativa la incidencia de la enfermedad. La literatura ha descrito ampliamente que los factores de riesgo cardiovascular se clasifican en modificables o no modificables, como parte de los no modificables se encuentran la edad, el sexo y los antecedentes familiares de enfermedad cardiaca, mientras que dentro de los modificables o prevenibles se encuentran la

---

[86] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estadísticas sanitarias mundiales 2014. Una mina de información sobre salud pública mundial. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112817/1/WHO_HIS_HSI_14.1_spa.pdf

[87] WHO FACT SHEET N.° 310, updated June 2011. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/ factsheets/fs310/en/index.html

[88] DANE 2015, Op. cit.

[89] COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, COLCIENCIAS, UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA. Guía de práctica clínica para el síndrome coronario Agudo. GPC.SCA. Bogotá, 2013, pp. 26.

[90] MANZUR, Fernando y ARRIETA, Carlos. Estudio sociológico y del conocimiento de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en la Costa Caribe Colombiana. RevColombCardiol. 2005. Vol, 12, no. 122-8.

dislipidemia, el tabaquismo, el síndrome metabólico, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, los cuales ejercen un mayor impacto sobre la enfermedad y son los responsables de la mayor parte del riesgo resultante; además, se reportan otros factores que son denominados adicionales dentro de los que se destacan el sedentarismo, el estrés psicosocial, la dieta y el alcoholismo[91,92]. A pesar de ello, los estudios demuestran que el tabaquismo y la dislipidemia como factores modificables, son los dos más importantes en enfermedad cardiaca, pues predicen dos terceras partes de la enfermedad coronaria[93].

En este sentido, en Colombia la encuesta nacional sobre la situación nutricional realizada en el 2010[94] demostró que el 51,2% de la población que se encuentra entre 18 y 64 años de edad experimenta algún grado de exceso de peso, así como que el 39.8% de los hombres y el 62% de las mujeres de este grupo de edad presentan obesidad abdominal, Adicionalmente, con respecto a la actividad física, la encuesta reveló que solo el 19.9% de la población cumplió con las recomendaciones de actividad física al aire libre, y el 53,5% con las recomendaciones de actividad física entre actividad al aire libre y el transporte, lo que implica que el 46,5% de la población es inactiva, aspectos que evidentemente determinan un incremento del riesgo cardiovascular a nivel nacional.

El infarto agudo de miocardio tiene consecuencias importantes a nivel físico, las cuales a su vez influyen y son influenciadas por las repercusiones que se desencadenan a nivel psicológico y social, lo que repercute negativamente sobre la percepción de la calidad de vida y de la salud, limitando en general el desarrollo de las diferentes actividades[95]. A nivel físico los pacientes experimentan una disminución en la tolerancia a la actividad física, lo que se relaciona con la incapacidad del corazón para suplir las demandas del organismo, por esta razón, ellos refieren sentirse siempre o casi todo el tiempo cansados, lo que les dificulta la realización de las actividades de la vida cotidiana. En este mismo sentido, las alteraciones sexuales en este grupo poblacional también están bien documentadas, los estudios reportan disfunción sexual en los pacientes, la cual se relaciona con disminución de la libido, carencia de deseo sexual e insatisfacción, lo que afecta tanto al género masculino como femenino, además, existe relación entre dichos trastornos y el consumo de medicamentos como los antihipertensivos, diuréticos y digitálicos, fármacos que hacen parte del tratamiento de los pacientes en pos infarto agudo de miocardio[96].

---

[91] MORENO, Lizet. Prevalencia de los principales factores de enfermedad cardiovascular y riesgo cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial que asisten a una IPS en Bogotá y algunos municipios de Cundinamarca. Tesis Maestría en epidemiología clínica. 2009.

[92] DÍAZ-REALPE, Jesús; MUÑOZ-MARTÍNEZ, Juliana y SIERRA-TORRES Carlos. Factores de riesgo para enfermedad cardiovascular en trabajadores de una institución prestadora de servicios de salud, Colombia. Revista de salud pública. 2007. Vol. 9, no.1, p. 64 – 75.

[93] MORENO. Op. cit.

[94] MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, et al. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia ENSIN 2010. Da Vinci editores & Cia. 2011. Disponible en: http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/Bienestar/ENSIN1/ENSIN2010/LibroENSIN2010.pdf

[95] VARGAS. Op. cit., p. 40 – 50.

[96] CASADO. Op. cit., p 2-8.

Estas consecuencias generadas a nivel físico ocasionan a su vez repercusiones de tipo emocional que influencian significativamente el desempeño y la independencia social y laboral de los pacientes, así como la adherencia de los mismos al tratamiento. La literatura demuestra que los pacientes que han padecido un infarto agudo de miocardio tienen dos veces más riesgo de sufrir un episodio depresivo[97], lo que se refleja en una reducción de la sub escala de vitalidad asociada a la calidad de vida[98] y se relaciona con baja adherencia a los tratamientos[99]. Adicionalmente, es importante mencionar que las consecuencias fisiológicas del infarto como la angina de pecho, pueden ocasionar en los pacientes ansiedad y temor ante la nueva presencia de un evento coronario[100], lo que sumado a los episodios depresivos repercute relevantemente sobre su estado emocional.

En términos de la función social, los pacientes manifiestan que las repercusiones físicas o emocionales dificultan las actividades sociales con el núcleo familiar, los amigos o el grupo social, de manera que la pérdida de la independencia para el desarrollo de las diferentes actividades de la vida cotidiana y el cambio en los roles que se desempeñaban previamente, son capaces de generar aislamiento, de forma adicional, la disminución en la percepción en la salud y en la calidad de vida, conlleva a que los pacientes reduzcan el tiempo dedicado al trabajo u otras actividades, limitando su desempeño en este aspecto[101].

Esta situación tiende a convertirse en un círculo vicioso, pues el aislamiento aumenta el estrés y los sentimientos de impotencia o la creencia de ser una carga para la familia, aspectos que pueden finalmente ser condicionantes para el desarrollo de un nuevo evento coronario[102]. El infarto agudo de miocardio y las consecuencias que este genera, le dan entonces a la patología un carácter importante de cronicidad que incrementa el riesgo de presentar nuevos eventos coronarios, por esta razón, se hace imprescindible de parte de los pacientes el seguimiento a las recomendaciones que se imparten como parte del tratamiento farmacológico y no farmacológico de la enfermedad en los programas de rehabilitación cardiaca.

2.2 La rehabilitación cardiaca como tratamiento elemental de la enfermedad coronaria

En la actualidad, la rehabilitación cardiovascular es reconocida como una de las principales estrategias en el manejo de los pacientes con infarto agudo de miocardio (Clase I), puesto que sus principales objetivos se orientan a la mejoría de la calidad de vida y a la ejecución de actividades de prevención terciaria. Por su parte, la mejoría de la

[97]THOMBS, Brett, et al. Prevalence of depression in survivor of acute myocardial infarction. J Gen Intern Med. 2006. Vol. 21, no. 1, p 30:38
[98]VARGAS. Op. cit., p. 40 – 50.
[99] ALVAREZ, María; GÓMEZ, Solis y ALVAREZ, Omar. Depresión como factor de riesgo en el post infarto. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. 2007. No. 165, p. 26 – 28.
[100]VARGAS. Op. cit., p. 40 – 50.
[101]Ibid. P. 40 – 50.
[102] Ibíd. P. 40 – 50.

calidad de vida contempla el incremento de la capacidad funcional y cardio-respiratoria, el fomento de la independencia y el autocuidado, la reducción del deterioro psicológico, la mejoría de las relaciones sociales y el incremento de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de la enfermedad; mientras que la prevención terciaria, enfatiza en el control de los factores de riesgo cardiovascular, la disminución de la progresión de la enfermedad, la mejoría de la perfusión miocárdica y la función ventricular, el incremento de la sobrevida y la reducción de las complicaciones y nuevas hospitalizaciones[103].

Un consenso realizado entre la American Heart Association, la American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation (AACVPR) y la Agency for Health Care Policy, concluyó que los programas de rehabilitación cardiaca deben contemplar intervenciones multifacéticas y multidisciplinares que faciliten la reducción del riesgo cardiovascular, por lo que las intervenciones educativas y de enfermería juegan un papel esencial como parte de los programas[104]. En esta medida, la rehabilitación cardiaca está constituida por un conjunto de actividades que se encaminan tanto a la realización de actividad física como intervenciones educativas por medio de las cuales se busca que los pacientes ejecuten las recomendaciones impartidas como parte del tratamiento farmacológico y no farmacológico de la enfermedad.

La rehabilitación cardiovascular tiene tres o cuatro fases, a través de las cuales el paciente avanza progresivamente a través del tiempo y conforme a la consecución de los objetivos.

La fase I o intrahospitalaria tiene una duración aproximada de 8 a 12 días y frecuentemente se subdivide en dos etapas: una que se desarrolla al interior de la unidad de cuidado intensivo (UCI) y la segunda durante el resto de la hospitalización del paciente una vez que este ha egresado de la UCI. En esta fase, se hace necesario que el paciente curse con estabilidad hemodinámica para el desarrollo de las actividades requeridas que tienen como propósito principal contrarrestar los efectos del reposo prolongado y con ello mantener un adecuado tono muscular, prevenir la hipotensión postural, disminuir el riesgo de trombosis venosa profunda y realizar un acompañamiento al paciente y su familia[105,106].

La fase II o ambulatoria supervisada, tiene una duración de 3 a 6 meses y el objetivo principal es aumentar la capacidad funcional del paciente para conseguir que este se desempeñe de forma independiente dentro y fuera de su hogar. En esta fase la adherencia a la actividad física y las intervenciones educativas desarrolladas para que el

---

[103] ACHURY, Diana y ACHURY, Luisa. Rehabilitación cardiaca en la unidad de cuidado intensivo. Actual. Enferm. 2010. Vol. 13, no. 2, p. 22 – 29.
[104] Ibíd, p. 22-29.
[105] RÍO CABALLERO, German; TURRO CARO, Eloy; MESA VALIENTE, Lucia; MESA VALIENTE, Rita y DIOS LORENTE, José. Protocolos y fases de la rehabilitación cardíaca. Orientaciones actuales. MEDISAN 2005; 9(1). Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_1_05/san14105.htm> Consultado: Octubre 2013.
[106] PINSON, Ana. Participación y Proyección de Enfermería en los Programas de Rehabilitación Cardiaca. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2000. Vol. 8, no. 1-4, p. 35 – 41.

paciente adquiera los conocimientos necesarios acerca de la enfermedad, el cambio en los estilos de vida y la reincorporación a las actividades familiares, laborales y sociales son indispensables[107].

Finalmente la fase III o fase de mantenimiento tiene una duración de 4 a 6 meses aunque puede prolongarse de forma indefinida. Durante este periodo de tiempo el paciente no requiere de supervisión en la realización de la actividad física, sino que este desarrolla la actividad de acuerdo a un plan establecido al finalizar la segunda fase de la rehabilitación, de manera que el objetivo principal es mantener la capacidad funcional ya adquirida en las fases previas de la rehabilitación cardiaca[108].

También se ha mencionado previamente la educación como un componente esencial de la rehabilitación cardiaca y con ello su relación con la importancia del seguimiento al tratamiento farmacológico y no farmacológico de la enfermedad. Con respecto a los medicamentos, los betabloqueadores, antihipertensivos, antiagregantes plaquetarios e hipolipemiantes juegan un papel indispensable en la reducción de la aparición de eventos coronarios recurrentes y de la mortalidad.

El tratamiento antitrombótico está conformado por Aspirina y/o Clopidogrel, los cuales tienen como objetivo principal, reducir la posibilidad de nuevas obstrucciones coronarias o de los stents, así mismo, la anticoagulación puede como efecto agregado incrementar el aporte de oxígeno al miocardio. Por su parte, los betabloqueadores reducen la demanda miocárdica de oxígeno, debido a que actúan como cronotrópicos e inotrópicos negativos, así como antihipertensivos; los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina son capaces de reducir la precarga, la postcarga y la tensión parietal, lo que se relaciona con una reducción de las demandas miocárdicas de oxígeno y adicionalmente a nivel coronario suprimen la vasoconstricción producida por la angiotensina II o la estimulación simpática, lo que finalmente incrementa de aporte de oxigeno miocárdico. Finalmente las estatinas o hipolipemiantes, reducen la progresión de la placa ateromatosa a nivel coronario y con ello el riesgo de un nuevo evento coronario[109].

Con respecto al tratamiento no farmacológico, el control de los factores de riesgo cardiovascular es uno de los pilares indispensables del tratamiento, pues con este se pretende que el paciente abandone el hábito tabáquico, ejecute los consejos sobre la dieta, controle su peso corporal[110], practique actividad física[111] y controle los factores psicosociales como el estrés[112].

---

[107] Ibíd. p. 35-41.
[108] Ibíd. p. 35-41.
[109] ESTEVA, Estilita. Infarto agudo de Miocardio. Clínica y tratamiento. Ámbito farmacéutico. Educación sanitaria. 2009. Vol. 28, no. 3, p. 34 – 39.
[110] STEG, Gabriel, et al. Guía de práctica clínica de la ESC para el manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST. RevEspCardiol. 2013. Vol. 66, no. 1, p. 53.e1-e46.
[111] FROELICHERV, M. Exercise and the Heart.Fourth edition. Philadelphia. Saunders. 2000. p 456
[112] GULLIKSSON, Mats, et al. Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy vs standard treatment to prevent recurrent cardiovascular events in patients with coronary heart

El abandono del hábito tabáquico se considera relevante en la medida que se ha demostrado que el tabaco tiene un efecto protrombótico importante, de manera que los pacientes que dejan de fumar reducen su mortalidad en los dos años siguientes, por lo que se establece como la medida más efectiva de la prevención secundaria; en cuanto al seguimiento a la dieta y el control del peso, las guías de manejo recomiendan mantener índices de masa corporal menores de 25 Kg/m2, y una reducción de peso cuando el índice de masa corporal es mayor o igual a 30 Kg/m2 [113] o cuando el perímetro abdominal es mayor de 90 cms en los hombres y 80 cms[114] en las mujeres, puesto que la pérdida de peso, mejora diversos factores de riesgo relacionados con la obesidad. Por su parte, la actividad física ha demostrado beneficios en torno a la adaptación periférica para la utilización del oxígeno[115], el control del perfil lipídico[116], la mejoría de la función endotelial, reducción de la progresión de las lesiones coronarias, reducción del riesgo trombogénico, y mejoría de la colateralización, lo cual a su vez se asocia a una reducción del 26% en la tasa de mortalidad[117], al incremento de la resistencia, la forma física y cardio-respiratoria y a la percepción de bienestar[118]. Finalmente, los estudios demuestran que el control de los factores psicosociales como el estrés, también se relacionan con una reducción de los episodios cardiovasculares recurrentes[119].

Con base en este conocimiento, los programas de prevención primaria han centrado sus esfuerzos en la implementación de intervenciones que pretenden prevenir la aparición y controlar los factores de riesgo cardiovascular, sin embargo, tal como se mencionó anteriormente, la prevalencia de enfermedades del sistema circulatorio continua siendo relevante, lo que hace que el manejo de dichos factores de riesgo se convierta también en una meta primordial de los programas de prevención secundaria y terciaria, dentro de los que se incluyen los programas de rehabilitación cardiaca, los cuales a su vez, han demostrado beneficios que se traducen en la reducción de la morbimortalidad, el control de los factores de riesgo cardiovascular, el rápido retorno a las actividades laborales, la mejoría de la capacidad funcional y la mejoría en la calidad de vida [120,121]. No obstante, no solo se hace necesario que los pacientes asistan a los programas, sino también que

disease: Secondary Prevention in Uppsala Primary Health Care project (SUPRIM). ArchInternMed.2011. Vol. 171, no. 2, p. 134-40.

[113] STEG. Op. cit., p. 53.e1-e46.

[114] PATIÑO, Fredy, et al. Factores de riesgo cardiovascular en una población urbana de Colombia. Rev. Salud pública. 2011. Vol. 13, no. 3, p. 433-445.

[115]FROELICHERV. Op. cit., p. 456.

[116]ILARRAZA.Op. cit., p.247 – 252.

[117]TAYLOR, Rod, et al. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Am J Med. 2004. Vol.116, p.682-92.

[118]STEG.Op. cit., p. 53.e1-e46.

[119]GULLIKSSON M, BURELL G, VESSBY B, LUNDIN L, TOSS H, SVARDSUDD K. Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy vs standard treatment to prevent recurrent cardiovascular events in patients with coronary heart disease: Secondary Prevention in Uppsala Primary Health Care project (SUPRIM). Arch Intern Med. 2011. 171:134-40.

[120]PINSON.Op. cit., p.35-41.

[121]BURDIAT, Gerard. Programa práctico de Rehabilitación Cardiovascular. RevUrug Cardiol.2006. Vol 21, p. 240 – 251.

sigan las recomendaciones que allí se imparten como parte del tratamiento, por lo que la adherencia se convierte en una de las principales metas de los profesionales de enfermería vinculados a rehabilitación cardiaca y aquellos que tienen contacto con los pacientes en pos infarto agudo de miocardio.

2.3 La adherencia como pilar del tratamiento de la enfermedad coronaria

Diversos autores han definido la adherencia al tratamiento, por ejemplo para Epsein y Cluss[122], es "La coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos de salud y las prescripciones que ha recibido", para la Organización Mundial de la Salud[123] "el grado en que el paciente sigue las órdenes médicas" y para Haynes[124] y Rand[125] "el grado en el que el comportamiento de una persona – tomar medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida- se corresponden con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria", no obstante, dichas definiciones ubican a la persona como un sujeto pasivo que recibe indicaciones o prescripciones médicas, las cuales debe cumplir; por esa razón se hace necesario remitirse a definiciones más amplias de la adherencia al tratamiento como la propuesta por Di Mateo y Di Nicola[126], quienes la consideran como "una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado" de manera que ello implica de parte del paciente una vinculación proactiva, comprometida y responsable en el desarrollo de las actividades requeridas como parte del tratamiento y manejo de la enfermedad o de la condición de salud particular.

En ese sentido, cabe también mencionar que la adherencia al tratamiento es considerada como un fenómeno multicausal , en el cual un gran y diverso número de factores influyen en el compromiso del paciente frente a su salud, de manera que condicionan de forma positiva o no que el lleve a cabo las recomendaciones, evite conductas de riesgo, acuda a las citas programadas, tome correctamente la medicación y realice adecuadamente el

---

[122] EPSTEIN, L. & CLUSS, P. A behavioral medicine perspective on adherence to long-term medical regimes. Journal of Consulting and clinical Psychology. 1982. Vol. 50, p. 960-971.
[123] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia a los tratamientos a largo plazo, pruebas para la acción. 2004. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid
[124] HAYNES, RB. Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment. Baltimore MD, Johns Hopkins University Press, 1979.
[125] RAND, CS. Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of eterozygous familial hypercholesterolemia. American Journal of Cardiology , 1993, 72:68D-74D.
[126] DIMATTEO, MR, DINICOLA, DD. Achieving patient compliance. Nueva York, Pergamon, 1982.

régimen terapéutico[127], lo que adquiere un gran alcance en el manejo de pacientes con enfermedades crónicas puesto que su incumplimiento se asocia a altas tasas de morbimortalidad e incremento de los costos hospitalarios[128]. Dichos factores que pueden en determinados momentos condicionar la adherencia terapéutica de los pacientes son entre otros las creencias del paciente, el tipo de enfermedad, el tratamiento farmacológico, la información, el apoyo social y la motivación [129,130,131].

El tipo de enfermedad resulta relevante puesto que los niveles más bajos de adherencia han sido reportados en pacientes que padecen patologías crónicas en las que es necesario instaurar diversos cambios en los estilos de vida, así mismo, los síntomas asociados a una enfermedad, sirven como claves para la acción y como reforzadores de la adherencia de los pacientes en la medida que los tratamientos disminuirán la presencia de los síntomas y ellos generaran una mayor adhesión a las recomendaciones[132]. Con respecto al tratamiento farmacológico, la dosificación, las vías de administración, la duración, la complejidad y los efectos secundarios, son aspectos notables en relación con la adherencia, puesto que regímenes farmacológicos complejos y con mayor cantidad de efectos adversos, predicen una baja adherencia de parte de los pacientes[133,134]. Por otra parte, la relación entre el paciente y los profesionales de la salud también ha sido descrita como un predictor de adherencia en la medida en que una adecuada relación facilita la comprensión de la información por parte del paciente e incrementa el grado de satisfacción con la atención recibida[135,136], la información es entonces de suma importancia, pues facilita la comprensión de parte del paciente y con ello una mejoría en la tasa de adherencia, por ello, la evidencia demuestra que si existe mala comprensión, los olvidos en torno al cumplimiento de las recomendaciones pueden ser mayores[137]. El apoyo social también ha sido descrito como un factor condicionante de la adherencia ya que los lazos sociales actúan como favorecedores de la salud y además amortiguan los efectos negativos de la enfermedad, no obstante, también se ha demostrado que familiares sumamente críticos o con falta de interés pueden generar culpabilidad y ello interferir de forma negativa sobre la adherencia de los pacientes[138]. En

[127] ORTEGO, María del Carmen. La adherencia al tratamiento. Variables implicadas. Educare21. 2004. Vol. 8, p. 1-8. Disponible en: http://enfermeria21.com/educare/educare08/ensenando/ensenando2.htm

[128] HERRERA LIAN, Arleth. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. Avances en enfermería. 2008. Vol. XXVI, no. 1, p. 36 – 42.

[129] ORTEGO, Op. cit., p. 1- 8.

[130] JAROSZ-CHOBOT, P, et al. Self-care of Young diabetics in practice.Medical Science Monitor.Enero - febrero 2000.Vol. 6, no. 1, p. 129-132.

[131] ARIAS, Yurelis. La adherencia terapéutica. Rev. Cubana Med Gen Integral. 2001. Vol. 17, no. 5, p. 502 – 505.

[132] ORTEGO. Op. Cit., p, 1-8.

[133]ORTEGO. Op. Cit., p, 1-8.

[134] JAROSZ-CHOBOT Przemysława, et al. Self-care of Young diabetics in practice. Medical Science Monitor.2000. Vol. 6, p. 129-132.

[135]ORTEGO. Op. Cit., p, 1-8.

[136] ARIAS Y. La adherencia terapéutica. Rev. Cubana Med Gen Integral 2001; 17 (5): 502 – 505.

[137]ORTEGO. Op. Cit., p, 1-8.

[138] Ibíd., p, 1-8.

torno a las creencias del paciente, es necesario que los profesionales indaguen acerca de los temores, representaciones o expectativas que ellos tienen acerca de lo que consideran como amenazador para su salud y para su vida, pues en torno a esto, planificaran y ejecutaran las acciones que consideren convenientes[139].

Específicamente en el caso de los pacientes en pos infarto agudo de miocardio, además de los factores mencionados previamente, la literatura ha descrito ampliamente otros aspectos que condicionan positiva o negativamente la adherencia de los individuos a los programas de rehabilitación cardiaca y a las recomendaciones allí impartidas, como lo son las distancias entre el lugar de la rehabilitación y el hogar de los pacientes, la falta de tiempo, los compromisos previamente adquiridos, las habilidades de afrontamiento y la motivación.

Por su parte, la motivación es un factor importante en la adherencia al tratamiento prescrito, ya que guarda una relación estrecha con el valor que el paciente le asigna al seguimiento de los tratamientos y además de ello a la confianza que tiene en poder seguirlo[140]. De acuerdo con Córdoba A[141], la palabra motivación se deriva del latín "*motivus"*, que significa causa del movimiento, lo que implica una propiedad de activación motora que genera una conducta. Para esta misma autora, la motivación es la fuerza externa que permite describir y explicar el comportamiento humano, de forma que los comportamientos motivacionales tienen unas fases de iniciación, alertamiento y resolución, que ejercen funciones directivas, activadoras y organizadoras que pretenden llevar al individuo a la consecución de una meta, como lo es la adherencia terapéutica.

En la actualidad, los modelos cognitivos que se centran en las expectativas explican la motivación y como las personas toman sus decisiones con respeto a las metas que eligen. Estas teorías y modelos incluyen conceptos que distinguen entre las creencias al respecto de ser capaz de hacer algo y las creencias respecto a la importancia, valor y deseo de hacer una tarea, combinación que da lugar al comportamiento motivado[142]. Existen dos teorías que se consideran relevantes al abordar el concepto de motivación en la medida en que explican cómo la autoeficacia ejerce un impacto significativo en la generación de comportamientos motivados, los cuales a su vez ocasionan los cambios de conducta que se esperan ejerzan los pacientes como parte del tratamiento de la enfermedad, pero que muchas veces resultan complejos ya que implican cambios en los hábitos de vida, estas son la teoría de la autoeficacia de Albert Bandura desde la psicología y la teoría de la autoeficacia de Bárbara Resnick desde la disciplina de enfermería.

Es así como la adherencia al tratamiento adquiere una gran relevancia en el manejo de los pacientes con enfermedad coronaria, de manera que ello implica de parte del profesional de enfermería una vinculación activa en la identificación de los factores que la

---

[139] Ibíd., p, 1-8.
[140] HERRERA. Op. cit.,. 36 – 42.
[141] CÓRDOBA, A. La cognición y la motivación humana. TIPICA boletín electrónico de Salud escolar. 2006. Vol. 2, no. 2, p. 1-22. Disponible en: http://www.tipica.org/pdf/03_cordoba_cognicion_motivacion_humana.pdf
[142] PINTRICH, Paul y SCHUNK, Dale. (2002). Motivation in Education Theory, Research and Applications. Upper Saddle River, NJ: Merrill Prentice.

condicionan y a partir de allí, la elaboración e implementación de estrategias novedosas que sustentadas en los referentes teóricos de la disciplina mejoren la adherencia a los tratamientos requeridos y con ello impacten de forma positiva la salud de este grupo poblacional.

2.4 La teoría cognoscitiva social de Albert Bandura

Existen diversas teorías que intentan explicar la motivación de los individuos; por su parte, Albert Bandura, el mayor exponente de la teoría cognitivo social o del aprendizaje social aborda diferentes aspectos relacionados con el aprendizaje y la ejecución de las conductas.

Para Bandura la autoeficacia percibida se refiere a "qué tanto la gente cree que puede ejercer control sobre su motivación y comportamiento, y sobre su ambiente social", es decir la percepción sobre las capacidades propias necesarias para alcanzar los resultados deseados, por esa razón, se cree que la autoeficacia es una capacidad generativa de comportamientos que actúa como intermediaria entre en el pensamiento y la acción[143] y que a su vez tiene una fuerte relación con el entorno, pues los factores presentes en éste último pueden retroalimentar de forma positiva o negativa la autoeficacia y con ello generar modificaciones a las conductas de los pacientes.

Además se destacan dos elementos que explican el comportamiento de los seres humanos: las expectativas de resultados y las expectativas de autoeficacia; las expectativas de resultados hacen referencia a las creencias de que algunos comportamientos pueden generar determinados resultados, mientras que las expectativas de autoeficacia se refieren a las creencias de los individuos sobre si ellos mismos pueden llevar a cabo de forma efectiva los comportamientos requeridos para producir determinados resultados, por esta razón, se considera que tanto las expectativas de autoeficacia como las de resultados, determinan la fijación de metas y la disposición para el esfuerzo[144].

Cabe resaltar que la autoeficacia se deriva de diferentes elementos dentro de los que se destacan las competencias cognitivas, sociales y conductuales, la experiencia reiterativa de los logros alcanzados, la emocionalidad y la elección de conductas, cada una de las cuales puede influenciarla de forma positiva o negativa. Bandura sostiene que las expectativas de eficacia se adquieren a través de la experiencia directa, la experiencia vicaria, la persuasión verbal y el estado fisiológico; mientras que las expectativas de resultado son influenciadas por el feedback de resultado, la dificultad de la tarea, la información derivada de las comparaciones sociales y las diferencias de la personalidad[145].

---

[143] CÓRDOBA. Op. cit., p. 1-22
[144] Ibid., p. 1-22.
[145] Ibid., p. 1-22.

En este sentido, la teoría cognoscitiva social considera que el aprendizaje puede ocurrir por una parte como producto de las consecuencias de sus propias acciones o experiencias y por otra, a partir de la observación de otras personas que llevan a cabo efectivamente la acción; de esta forma, consecuencias positivas provenientes de los actos, permiten a los individuos entender que tuvieron un buen desempeño, mientras que consecuencias negativas, los llevan a asumir un desarrollo errado de la labor y a tratar de corregir el problema. Con respecto al aprendizaje vicario, este proviene de la observación o la escucha, fuentes que aceleran el aprendizaje con respecto a las acciones propias, evitan que las personas experimenten consecuencias negativas e incrementan la motivación[146], razón por la cual juega un papel importante el cambio de comportamiento de las personas con enfermedades crónicas.

Es así como los diferentes postulados de Bandura se articulan con la intencionalidad de la entrevista motivacional, la cual busca a partir del empoderamiento, el incremento de la motivación y la toma de decisiones de parte del paciente que ha sufrido un infarto agudo de miocardio, incrementar la autoeficacia y con ello conseguir un cambio en el comportamiento que se vea finalmente reflejado en un incremento de la adherencia la tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico de la enfermedad.

2.5 La teoría de la autoeficacia de Bárbara Resnick

Para Bárbara Resnick la autoeficacia es un juicio individual acerca de las capacidades que tiene una persona para organizar y ejecutar cursos de acción, de forma que el núcleo de esta teoría de rango medio de enfermería, es asumir que la gente puede ejercer influencia sobre lo que hace, por lo tanto, a partir del pensamiento reflexivo, el uso del conocimiento y las habilidades para realizar un comportamiento, los individuos deciden cómo comportarse[147]. Esto resulta relevante para los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio, ya que, la teoría sustenta como ellos pueden ejercer influencia sobre los comportamientos o acciones que deben seguir como parte del tratamiento de la enfermedad, reflejándose así, en la adherencia al régimen terapéutico.

Tal y como lo describe Bandura, Resnick considera que el juicio acerca de la propia autoeficacia depende de cuatro fuentes: la experiencia directa, la experiencia vicaria o ver a otras personas en condiciones similares ejecutar exitosamente la misma actividad, la persuasión verbal y la retroalimentación fisiológica durante el comportamiento. Dichos aspectos ejercen una influencia significativa sobre la autoeficacia de los pacientes en pos infarto agudo de miocardio, ya que son capaces de fortalecer las expectativas de autoeficacia, incrementar los esfuerzos realizados en torno al cambio de los comportamientos de riesgo para la salud y ejecutar o no cambios con base en la evaluación del estado fisiológico, lo cual también repercute sobre la adherencia los

[146] SHUNK, Dale. (1997). Aprendizaje cognoscitivo social. En: Teorías del aprendizaje. Prentice Hall (pp.101 – 141).
[147] RESNICK, Barbara. (2003). The theory of self-efficacy. En: Smith M, Liehr P. Middle range theory for nursing. Springer publishing company (pp. 49 – 68).

tratamientos farmacológicos y no farmacológicos de la enfermedad, contemplados en el marco de los programas de rehabilitación cardiaca.

Además, la teoría de Resnick considera que existe una interrelación de reciprocidad entre la persona, el comportamiento y el ambiente, en la que cada uno de ellos actúa como determinante de los otros en una magnitud diferente que depende de la situación específica y de la influencia de los factores a través del tiempo. Las cuatro fuentes de la autoeficacia son potencialmente influyentes tanto en las expectativas de autoeficacia como en las de resultados y así mismo, interactúan con las características del individuo y del ambiente; adicionalmente, las expectativas de autoeficacia y de resultados al verse reforzadas por dichas fuentes moderan el comportamiento del individuo. De forma similar, si las expectativas de autoeficacia y de resultados son influenciadas por el rendimiento de un comportamiento, es probable que exista una relación recíproca entre el rendimiento del comportamiento y las expectativas de eficacia[148].

La teoría de la autoeficacia ha sido implementada en diversos estudios para predecir los comportamientos, manejar pacientes con enfermedades crónicas y participar en actividades de promoción de la salud. Los estudios que han utilizado esta teoría, demuestran que mejorar la autoeficacia, se asocia con un incremento en la adherencia al tratamiento, un aumento en los comportamientos de autocuidado y la disminución de los síntomas físicos y sicológicos. En relación con los aspectos que contempla la rehabilitación cardiaca, Resnick y colaboradores han desarrollado estudios en donde se ha demostrado la efectividad de las expectativas de autoeficacia y resultados sobre la participación de los pacientes adultos en actividades funcionales y ejercicio. De forma similar, otros estudios se han enfocado en diversas actividades de promoción de la salud, como la cesación del hábito tabáquico y la pérdida de peso, aspectos que son considerados dentro de las actividades educativas de los programas de rehabilitación cardiaca, ya que como se ha mencionado previamente son destacados factores de riesgo cardiovascular o comportamientos no saludables[149].

De acuerdo a la revisión de la literatura, la adherencia al tratamiento del paciente que ha sufrido un infarto agudo de miocardio puede ser medida a partir de la identificación diversos comportamientos como el seguimiento a las indicaciones relacionas con la alimentación y los medicamentos, la asistencia a los controles por parte del personal de salud y el manejo de factores de riesgo como la cesación del hábito tabáquico, la realización de ejercicio físico de forma regular y el manejo del estrés, los cuales son el reflejo de la autoeficacia de los pacientes, en este sentido, es importante destacar que la estimación de la autoeficacia resulta trascendente en relación a que la creencia de los pacientes con respecto a su capacidad de controlar la enfermedad, influye sobre las conductas que estos adquieran en torno al control de la misma, por lo tanto, es considerado como un aspecto que influencia notablemente la adherencia terapéutica[150].

[148]Ibíd. p.49-68
[149]Ibíd. p.49-68
[150]PINTRICH.Op. cit.

Siendo entonces la autoeficacia un aspecto trascendental en la motivación de los pacientes y esta a su vez en la adherencia a los tratamientos, es imprescindible que los profesionales de enfermería determinen a través del uso de instrumentos tanto la autoeficacia de los pacientes que asisten a los programas de rehabilitación cardiaca, como la adherencia los diferentes tratamientos de la enfermedad, esto con el propósito de poder implementar diferentes estrategias que consigan fomentar la participación activa del paciente en su tratamiento y mejorar los niveles de adherencia al régimen terapéutico, que como se ha mencionado anteriormente, son indispensables para el manejo óptimo de la enfermedad, el aseguramiento de la calidad de vida y la reincorporación de los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio a las actividades laborales y de la vida cotidiana.

2.6 El modelo transteórico de Prochaska y Di Clemente como estrategia de identificación del momento motivacional.

El modelo transteórico surgió a partir del análisis de una gran cantidad de teorías que exponían los cambios de comportamiento de personas dependientes del consumo de drogas y tabaco, y consiguió explicar como un cambio de comportamiento implica de parte de la persona el desarrollo de un proceso, en el cual existen diferentes niveles de motivación y con ello de intenciones de cambio. En ese sentido el modelo considera que el cambio de comportamiento incorpora cinco variables: las etapas y procesos de cambio, el balance decisorio, la tentación y la autoeficacia[151].

Con respecto a las distintas etapas de cambio que debe atravesar una persona en el transcurso de modificación de una conducta, es importante mencionar que estas permiten entender el cambio como un proceso que se da a lo largo del tiempo e involucra las etapas de pre contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento, las cuales permiten a su vez identificar el nivel motivacional de la persona y a partir de allí diseñar y ejecutar intervenciones que se ajusten de forma particular a las necesidades de cada una de las pacientes que se atiende, con el fin de generar y mantener los cambios en las conductas que se requiera.

Por su parte la etapa de pre contemplación refleja un momento en el cual la persona no tiene ninguna intención de cambiar, lo cual puede estar relacionado con la falta de información con respecto a las consecuencias del comportamiento, intentos previos de cambio que han fracasado o falta de motivación; la etapa de contemplación refleja un momento en el cual existe una intención de cambio con una posibilidad de que la persona realice un intento para modificar su comportamiento en los próximos meses, de manera que ello refleja un conocimiento de la situación que les permite considerar la posibilidad de cambio pero no consiguen asumir un fuerte compromiso para ello; la etapa de preparación implica de parte de la persona la toma de una decisión de cambio y un compromiso instaurado para llevarlo a cabo, lo que involucra a la estructuración de un

[151] CABRERA, Gustavo. El modelo transteórico del comportamiento en salud. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2000. Vol. 18, no. 2, p. 129-138.

plan de acción para efectuar la modificación de la conducta; la etapa de acción es aquella en donde la persona ejecuta cambios observables y medibles en su comportamiento, ello en razón por una parte al amplio conocimiento acerca de las ventajas de dicha modificación y por otra a un mayor nivel de autoeficacia; la etapa de mantenimiento corresponde a un periodo en el cual se trabaja para evitar la recaída, lo que se relaciona con un incremento de la autoconfianza que permite conservar el cambio ejecutado; finalmente la etapa de terminación es aquella en la cual el paciente a través del desarrollo completo de su autoconfianza y autoeficacia consigue evitar las tentaciones de volver a la conducta inicial y consigue mantenerse en el cambio[152].

Como segundo elemento del modelo, los procesos de cambio hacen referencia a las estrategias que usan las personas para cambiar los comportamientos como por ejemplo la concientización, la autoafirmación, autoevaluación y control de estímulos, los cuales se convierten en facilitadores y aceleradores de los procesos de cambio. Con respecto al balance decisorio, este refleja la importancia que la persona le asigna a las ventajas y desventajas del cambio de comportamiento en términos del riesgo para la salud; la autoeficacia como se ha mencionado previamente, como parte del modelo hace referencia a la confianza que tiene una persona sobre sus propias capacidades para enfrentar un cambio o una recaída, por lo tanto se considera como un predictor del proceso de cambio, y finalmente la tentación, se refiere a necesidad que experimenta la persona para retomar o practicar el comportamiento que se desea cambiar, lo que se relaciona con la presencia de ciertos estímulos que la condicionan[153].

Es así como el modelo transteórico y específicamente sus etapas de cambio, le permiten al profesional de enfermería identificar el momento motivacional por el cual atraviesa la persona en su intención o necesidad de cambio y a partir de allí y del conocimiento de las causas de ese momento motivacional, generar diferentes tipos de intervenciones que consigan o incrementen la posibilidad de modificar los factores de riesgo para la salud o adoptar conductas o estilos de vida saludables que dialoguen con los objetivos terapéuticos como parte del tratamiento de la enfermedad.

2.7 La entrevista motivacional como estrategia generadora de autoeficacia

Como se ha descrito previamente, las actividades contempladas en la rehabilitación cardiaca y los tratamientos que deben seguir los pacientes con enfermedad coronaria, implican la modificación a factores de riesgo, la mayoría de los cuales según Flórez Alarcón[154] pueden ser entendidos como factores conductuales, producto del aprendizaje y de los patrones culturales, de forma que una intervención cognitivo conductual, puede impactarlos positivamente.

---

[152] PROCHASKA, James; DICLEMENTE, Carlo; NORCROSS, John. Cómo cambiar la gente, aplicaciones en los comportamientos adictivos. Revista de toxicomanías. 1994. No. 1, p. 3 – 14.
[153] CABRERA. Op. cit., p. 129-138.
[154] FLÓREZ-ALARCÓN. Op. cit., p, 63-82.

Es esa la razón por la cual la entrevista motivacional es concebida como una herramienta que favorece el cambio de conducta del paciente y se fundamenta en la comunicación a partir de una adecuada relación entre el personal de salud y el paciente, por lo tanto puede ser implementada por todos los profesionales que están vinculados a la atención en salud[155]. La comunicación es entonces un componente determinante en el éxito de dicha intervención, ya que se requiere de la adaptación de las intervenciones al momento motivacional que vive el paciente frente al cambio de un hábito específico de comportamiento, sobre todo en la media en que esto se relaciona con la adherencia terapéutica de los individuos.

Para Flórez[156], los individuos avanzan progresivamente sobre una serie de momentos motivacionales hacia la adopción de un hábito o comportamiento saludable como lo son el conocimiento acerca de la importancia de la acción, el interés en la práctica de la acción, la indecisión por la acción, la decisión de actuar y la planificación del autocontrol para la acción, para su mantenimiento o para su recuperación, momentos que deben ser identificados con anterioridad a través de la aplicación de algoritmos previamente diseñados con ese fin como el evALuate the stagEs of chaGe and the cOnviction and cOnfidence level (Alegro)[157] y el Proceso de adopción de precauciones (PAP)[158], con el objetivo de que a partir de las características de la motivación del individuo, el profesional pueda llevar a cabo el proceso de implementación de la entrevista motivacional.

Como se muestra a continuación, los momentos motivacionales propuestos por Florez[159] se articulan detalladamente con el modelo transteórico propuesto por Prochaska y DiClemente, por lo tanto, la etapa de conocimiento acerca de la importancia de la acción permite establecer relaciones entre el comportamiento y la protección, de manera que cobran relevancia las intervenciones educativas que proporcionan información a los pacientes acerca de los riesgos y beneficios de la práctica de un determinado comportamiento.

En la fase de interés en la práctica de la acción, el individuo tiene la información acerca del valor protector de la práctica o del comportamiento, pero todavía no ha considerado la posibilidad de realizarla, por esta razón se cree que las actitudes de las personas están determinadas por las creencias que estos tengan con relación a la práctica, la severidad del problema, la susceptibilidad ante el riesgo y las expectativas de resultados con respecto a la efectividad del cambio de comportamiento, lo cual guarda relación con lo planteado por Resnick.

La etapa de indecisión por la acción se ve reflejada en las manifestaciones verbales de un individuo que tiene suficiente información, con adecuada percepción de la severidad de los riesgos derivados de la conducta que se desea cambiar, adecuadas expectativas de resultados, pero con baja vulnerabilidad percibida, baja autoeficacia para el inicio y mantenimiento del cambio de conducta y una alta percepción de los costos implicados,

[155]LIZARRAGA. Op. cit., p. 43 – 54.
[156] FLÓREZ-ALARCÓN. Op. cit., p, 63-82.
[157] PARADIS. Op. cit., p, 130 – 141.
[158] FLÓREZ-ALARCÓN. Op. cit., p, 63-82.
[159] Ibid., p. 63-82.

de manera que la realización de la acción de cambio se evidencia como una situación distante, es así como en esta fase, los individuos requieren de la participación en actividades educativas tendientes a reducir la percepción de los costos e incrementar la apreciación de la autoeficacia.

En la fase de decisión de actuar, el individuo puede elegir llevar a cabo o no la conducta saludable. Cuando la elección está en pro de no actuar a favor del cambio, el individuo subestima el peligro que el riesgo representa, ya que percibe una baja probabilidad de verse afectado en comparación con otros individuos en condiciones similares, por lo tanto, ante una situación de estas características, las intervenciones deben enfocarse a la auto identificación del individuo frente al riesgo. El caso contrario ocurre cuando la persona decide cambiar en comportamiento de riesgo y manifiesta la intención, pero todavía no ejecuta acciones para ello.

Finalmente en la fase de planificación del autocontrol para la acción, el mantenimiento o la recuperación, el individuo establece las medidas que se deben adoptar con el fin de convertir la decisión en una acción y luego aquellas necesarias para mantenerla o recuperarla en caso de recaída[160].

Por otra parte, la entrevista motivacional es concebida como una metodología de comunicación clínica que puede ser desarrollada por el profesional de enfermería con el objetivo de fomentar las motivaciones personales de los pacientes con respecto a la introducción de cambios de comportamientos en pro de la salud[161], es decir, es una forma de interacción entre el profesional y el paciente en la cual el primero actúa como facilitador para que el individuo desarrolle su motivación intrínseca por el cambio de un comportamiento, resuelva la ambivalencia, disminuya la resistencia, incremente la confianza en sus propias capacidades (autoeficacia), decida por sí mismo las metas y adopte las medidas necesarias para convertir en realidad su intención de cambio (autocontrol), aspectos que son esenciales para el paciente que ha sufrido un infarto agudo de miocardio, ya que le permitirá ejercer un control sobre el consumo de los medicamentos y alimentos, manejar los factores de riesgo, asistir al control por parte de los profesionales de la salud e incrementar la autoeficacia, como componentes indispensables de la adherencia terapéutica requerida para el manejo de la enfermedad.

Para el logro de dichos objetivos se requiere de dos aspectos fundamentales, un soporte de tipo relacional que hace referencia al clima generado por las intervenciones, el cual debe caracterizarse por la empatía, la aceptación y la confianza, y una adecuada técnica de intervención en la cual se desarrolle la auto motivación del paciente.

En ese sentido, la entrevista motivacional es una estrategia que según Casals citado por Flórez[162], requiere de tres fases: posicionamiento, definición del problema y negociación del cambio. En la fase de posicionamiento el individuo debe explicar sus preocupaciones y ambivalencias sobre la conducta que se desea cambiar; en la fase de definición del

[160]Ibíd. p, 63-82.
[161] DROPPA, Mandy; LEE, Heeyoung. Entrevista motivacional: un camino para mejorar la salud. Nursing. 2014. Vol. 31, no. 6, p. 24 – 29.
[162]FLÓREZ-ALARCÓN. Op. cit., p, 63-82.

problema, se pretende que el individuo recoja la información relevante que pueda influenciar positiva o negativamente el cambio de la conducta y en la fase de negociación del cambio, se espera que el paciente tome las decisiones precisas que produzcan una modificación de comportamiento relevante para la vida del paciente y se fortalezca el compromiso para el cambio.

De forma adicional, el estilo comunicativo de la entrevista motivacional evita la persuasión basada en la discusión con el paciente y asume la relevancia de las experiencias y perspectivas subjetivas del mismo, aspectos que implican escuchar, reconocer y practicar la aceptación de un sinnúmero de preocupaciones, opiniones, preferencias, creencias, emociones, estilos y motivaciones del paciente, por esta razón, los principios más significativos de la entrevista motivacional son expresar empatía, generar discrepancia, evitar la discusión, darle un giro a la resistencia y fomentar la autoeficacia[163].

Es así como la entrevista motivacional en su intención de fomentar la autoeficacia de los pacientes, se convierte en una estrategia prometedora en la atención en salud, ya que puede favorecer en incremento de la adherencia terapéutica de aquellos individuos que han sufrido un infarto agudo de miocardio y que asisten a los programas de rehabilitación cardiaca.

2.8 Medición de la adherencia al tratamiento

Como se mencionó anteriormente, diferentes autores han estudiado y documentado los diferentes factores que influyen en la adherencia al tratamiento, sin embargo, las evaluación de las conductas que la demuestran son imprescindibles en la verificación de este fenómeno. En ese sentido, hablar de métodos para la medición de la adherencia, implica hacer referencia en primera medida a los de carácter objetivo y subjetivo.

Los métodos objetivos hacen referencia a aquellos que permiten cuantificar determinada conducta, dentro de estos se encuentran los directos que se refieren a los que utilizan la medición de los niveles del fármaco en sangre u orina, o a la observación directa, de manera que con mayor certeza se conoce si el paciente consume los medicamentos prescritos. No obstante, este tipo de mediciones además de ser muy costosas, también pueden dar lugar a falsos positivos, puesto que la presencia de los fármacos en los líquidos corporales no asegura una adherencia terapéutica continuada, ya que un paciente podría comportarse como un cumplidor de bata blanca y adherirse a los tratamientos solamente de forma muy cercana a las consultas médicas[164].

Por otra parte, dentro de las mediciones objetivas también se encuentran las de tipo indirecto, las cuales evalúan la adherencia de acuerdo a las circunstancias que se relacionan con el grado de control de la enfermedad e incluyen el recuento de tabletas, la asistencia las citas programadas, la obtención de los resultados terapéuticos, las bases

[163] Ibíd. p, 63-82.
[164] PERALTA, María Luisa; CARBAJAL-PRUNEDA, Patricia. Adherencia al tratamiento. Rev Cent Dermatol Pascua. 2008. Vol. 17, no. 3, p. 84 – 88.

de datos de las farmacias y la monitorización con MEMS, los cuales generan un acercamiento al estado actual de la adherencia de los pacientes, pero al no permitir la verificación objetiva, también quedan sujetos a errores en la medición, por ejemplo, un paciente podría reclamar los medicamentos y ello quedar registrado en la base de datos de la farmacia pero no necesariamente consumirlo con base en la prescripción médica, u otro paciente podría no experimentar los resultados terapéuticos deseados, pero ello no necesariamente estar relacionado con una falla en la adherencia sino en la titulación de la medicación[165].

Del otro lado se encuentran los métodos subjetivos, los cuales generan resultados a partir de los reportes de los individuos, dentro de este grupo se encuentran las entrevistas al paciente y su familia, los informes, los cuestionario auto-administrados y los cuestionarios que evalúan comportamientos específicos. Existen algunos instrumentos que han sido validados con este fin, como los que se muestran a continuación:

Test de batalla: Es un test que consta de 3 preguntas que indagan sobre conocimientos acerca de la hipertensión arterial, dado que se asume que a mejor nivel de conocimientos, los pacientes tienen una mayor probabilidad de adherirse a los tratamientos, de manera que se considera un mal cumplimiento cuando el paciente no responde correctamente a las tres preguntas. Algunos autores mencionan que las preguntas pueden ser modificadas para usarse en otras enfermedades crónicas dada la buena sensibilidad del instrumento[166], sin embargo, a pesar de evaluar los conocimientos, no deja ver ninguna conducta de adherencia.

Test de Morinsky-Green: Consta de 4 preguntas con respuesta dicotómica que valora actitudes frente al tratamiento, de manera que si contesta de forma incorrecta a una de ellas se considera no cumplidor. De forma adicional, es un test que solo evalúa la adherencia al tratamiento farmacológico dejando de lado los otros abordajes terapéuticos de los pacientes, sin embargo, proporciona información sobre las causas del incumplimiento[167].

Cuestionario de "comunicación de autocumplimiento": Con este método se menciona a los pacientes que la mayoría de las personas tienen inconvenientes para tomar los medicamentos todos los días, por lo que se le pregunta si ellos tienen dificultad en consumir los medicamentos que el médico les ha prescrito, si el paciente responde afirmativamente, se indaga sobre los consumidos en el último mes[168]. Este instrumento de forma similar a los ya mencionados, solo indaga acerca de la adherencia tratamiento farmacológico, reduciendo así la visión integral del fenómeno.

---

[165] PISANO-GONZÁLEZ, Marta; GONZÁLEZ-PISANO, Ana. La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clase para el control de la enfermedad crónica. Enfermería clínica. 2014. Vol. 24, no. 1, p. 59 – 66.

[166] RODRIGUEZ-CHAMORRO, Miguel Ángel, et al. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Atención primaria. 2008. Vol. 40, no. 8, p. 413 – 417.

[167] Ibíd., p. 413 – 417.

[168] PISANO-GONZÁLEZ. Op. cit., p. 59 – 66.

Cuestionario Martin – Bayarre – Grau: Incluye 12 ítems que abordan las categorías que conforman la definición operacional de adherencia terapéutica, los cuales se evalúan a través de una escala tipo Likert compuesta de 5 opciones que van desde siempre a nunca. Se considera que el paciente se encuentra bien adherido al tratamiento cuando el puntaje oscila entre 38 a 48 puntos, adherido parcialmente de 18 a 37 puntos y no adheridos entre 0 y 17 puntos. El instrumento reporta una consistencia interna con alfa de Cronbach de 0.889, lo cual refleja la homogeneidad del instrumento, sin embargo su uso se limita a los pacientes con hipertensión arterial pero no para los pacientes con enfermedad cardiovascular en general[169].

Cuestionario de adherencia al tratamiento para la hipertensión arterial (CAT-HTA): Este instrumento aborda la adherencia al tratamiento de manera integral, de forma que incorpora tanto aspectos farmacológicos como no farmacológicos del manejo de los pacientes hipertensos, sin embargo aún se encuentra en proceso de validación[170].

Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos: Consiste en una escala de 21 ítems que evalúan la adherencia en cuanto a comportamientos explícitos, a partir de una escala de 0 a 100 en la que el paciente reporta el porcentaje de la efectividad de su comportamiento. Los análisis realizados al instrumento reportan inicialmente un Alfa de Cronbach de 0.919, lo que demuestra su fiabilidad[171], sin embargo por ser un instrumento Mexicano, al realizar el ajuste al lenguaje y el proceso de validez facial y de contenido, se encontraron problemas que sugieren cambios de fondo al instrumento y a la escala de medición, por lo cual no se considera su uso dentro de la investigación.

La revisión de los diferentes instrumentos de medición refleja importantes dificultades en el proceso de identificación de conductas de adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedades cardiovasculares, lo que motiva a la elaboración y validación de un cuestionario que permita conocer la adherencia a partir de la práctica de diferentes conductas tanto de tratamiento farmacológico como no farmacológico, evitando así la postura reduccionista de muchos de los instrumentos que se limitan a la evaluación del tratamiento farmacológico de la enfermedad, y que además articule la identificación de la autoeficacia, como predictor del seguimiento a las recomendaciones del manejo, lo que da lugar a la elaboración de la propuesta de medición contenida en la presente investigación.

[169] MARTIN, Libertad; BAYARRE, Héctor; GRAU, Jorge. Validación del instrumento MBG (Martin – Bayarre - Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Revista cubana de salud pública. 2008. Vol. 34, no. 1.

[170] VARELA-AREVALO, María Teresa. El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial. Pensamiento psicológico. 2010. Vol. 7, no. 14, p. 127 – 140.

[171] SORIA-TRUJANO, Rocío; VEGA-VALERO, Cynthia Zaira; NAVA-QUIROZ, Carlos. Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. Alternativas en psicología. 2009. Vol. 14, no. 20.

2.9 Elaboración de instrumentos de medición en salud

La medición de los fenómenos de interés para la práctica es un aspecto indispensable en la investigación en salud, por esa razón, se requiere de la elaboración de instrumentos confiables que permiten la identificación de los fenómenos y sus características, en aras de obtener información verídica que facilite la solución de los problemas de investigación a partir del desarrollo de estudios con diferentes tipos de metodología.

Se han mencionado previamente las dificultades existentes en términos de la medición de la adherencia por una parte en razón a la multicausalidad del fenómeno y por otra a la gran probabilidad de obtener falsos positivos en las mediciones tanto de carácter objetivo como subjetivo, sin embargo, cuando se habla de la adherencia al tratamiento del paciente cardiovascular, es indispensable considerar el auto-reporte como una de las estrategias más importantes en la medición.

Es así como el proceso de elaboración de un instrumento parte de una revisión exhaustiva de la literatura, en donde el investigador analiza los instrumentos disponibles para la medición del fenómeno de interés haciendo una evaluación objetiva tanto de las de las ventajas y desventajas de cada uno de ellos como de sus características en términos de validez y confiabilidad, de manera que a partir de la evaluación crítica, el investigador pueda decirse por la utilización de alguno de los instrumentos, o por el contrario por la elaboración y validación de uno que se ajuste a los requerimientos de la investigación y del fenómeno.

El primer paso para el diseño de un instrumento de medición es la elaboración de los ítems, los cuales deben articularse con el constructo teórico del fenómeno que se desea medir, además se recomienda que la escala inicial contenga muchos más ítems de los que tendrá la versión final. Una vez elaborados los ítems es necesario seleccionar la forma de medición que se va a utilizar, lo cual se relaciona en parte con la naturaleza de la pregunta, de manera que el tipo de respuesta puede ser tanto categórica como continua[172].

A partir de allí, se desarrollará el proceso de validez y confiabilidad del instrumento, siendo el primero el que indique si la prueba corresponde a la realidad del fenómeno, es decir que efectivamente mida para lo que esta diseñada y el segundo, a la capacidad del instrumento para medir de forma estable un fenómeno como se expone a continuación: [173] [174].

Validez facial: Evalúa la aspecto física del instrumento con respecto a los propósitos que esta posee, es decir si en apariencia mide lo que se desea.

---

[172] STRINER, David; NORMAN, Geofrey. (1995). Health Measurement Scales, a practical guide to their development and use. Oxford University Press. (pp. 28 – 53)
[173] Ibid., p. 58.
[174] ANÓNIMO. Confiabilidad y validez. (pp. 85 – 107). Disponible en: http://biblio3.url.edu.gt/Libros/tests_p/4.pdf. Consultado: Septiembre 2015.

Validez de contenido: Hace referencia al proceso en el cual se asegura que el instrumento tiene la suficiente cantidad de ítems para evaluar completamente el fenómeno de estudio y sus dimensiones, de manera que consiste en conocer la opinión de un grupo de expertos en el tema, para determinar si según su concepto la prueba parece y actúa como un instrumento diseñado para medir lo que se desea medir.

Validez de criterio: hace referencia a la realización de pruebas que pretenden comparar los resultados de un grupo de personas al que se le ha aplicado el instrumento diseñado con los resultados de otras medidas de desempeño, usualmente con el "gold standard". Este tipo de validez incluye la validez concurrente y la validez predictiva, la primera se realiza con el propósito de determinar si los reportes obtenidos tras la aplicación de la prueba varían de forma significativa entre grupos de personas ubicadas en diferentes categorías, y la segunda se refiere a la precisión con la que los resultados de la prueba predicen otras puntuaciones.

Validez de constructo: Se refiere al grado en el cual un instrumento mide un constructo específico, de forma tal que determina la relación de la prueba con la conceptualización teórica del fenómeno que se aborda. Con este objetivo se pueden realizar diferentes análisis como la convergente – divergente, la discriminante y la de tipo factorial.

Confiabilidad: Esta se considera como una propiedad de las puntuaciones obtenidas cuando la prueba se administra a un grupo particular de personas en una circunstancia especial o bajo unas condiciones específicas[175], para lo cual se pueden usar pruebas como el coeficiente test – retest o coeficientes de consistencia interna dentro de los que se incluye el alfa de Cronbach que corresponde al grado en que los ítems que hacen parte del instrumento se correlacionan, midiendo la homogeneidad entre ellos.

De forma adicional, el proceso de elaboración de una prueba incluye también la evaluación de la sensibilidad y la factibilidad. La sensibilidad demuestra la capacidad del instrumento para detectar cambios en los sujetos o en las dimensiones después de una intervención[176], mientras que la factibilidad determina si es viable la utilización del instrumento en el medio en donde se planea aplicar, de manera que se tienen en cuenta aspectos como el tiempo requerido para el diligenciamiento, la sencillez, y la claridad[177].

[175] Ibid., p. 85 – 107.
[176] ARGIMON, Joseph; JIMENEZ, Joseph. (2004). Validación de cuestionarios. En: Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Elsevier.
[177] CARVAJAL, A; CENTENO, C; WATSON, R; MARTINEZ, M; SANZ, A. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud?. Anales del sistema sanitario de Navarra. 2011. Vol.34, no. 1, pp. 63-71.

2.10 Constructo del cuestionario de adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad cardiovascular

Como se ha venido mencionado previamente, la adherencia al tratamiento es un fenómeno multifactorial, de manera que el grado de adherencia de un individuo puede verse afectado por un sinnúmero de condiciones que guardan relación con los factores derivados de la enfermedad, del tratamiento, del paciente, de carácter socio-económico y los del equipo de salud.

No obstante, si bien es importante tener en cuenta dichos factores en aras de correlacionar la adherencia con los factores que la propician o la entorpecen, también es indispensable reconocer en el paciente la ejecución de ciertas actividades que dejan ver de forma más tangible el estado actual de la adherencia terapéutica en el manejo de la enfermedad cardiovascular.

En ese sentido, el tratamiento de las enfermedades del sistema circulatorio al igual que el de la mayoría de las enfermedades crónicas, se enfoca tanto desde el abordaje farmacológico como no farmacológico de la condición de salud, lo cual asegura un mejor y más integral manejo de la enfermedad y con ello unos mejores resultados terapéuticos.

Abordaje farmacológico

Hablar de conductas de adherencia al tratamiento farmacológico implica tener en cuenta varios aspectos relacionados con el consumo de los medicamentos, es decir no solo se hacer necesario que el paciente consuma los medicamentos prescritos, sino que lo haga de forma correcta, teniendo en cuenta el horario, la dosis indicada, la totalidad de las dosis, la frecuencia establecida y la duración del tratamiento[178].

Abordaje no farmacológico

Con respecto al tratamiento no farmacológico del paciente cardiovascular, es necesario abordar aspectos relacionados con la dieta, la actividad física, la asistencia a los controles médicos y la toma de los paraclínicos ordenados.

Por su parte, la dieta juega un papel indispensable ya que a través de ella se consigue que los pacientes controlen su peso corporal, reduzcan los niveles de colesterol y además propicia el control de otras enfermedades que se considera incrementan el riesgo de enfermedad cardiovascular como lo son la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. Por esta razón, un consumo de alimentos bajo en grasas, carbohidratos,

[178] SILVA, Germán Enrique; GALEANO, Esmeralda; CORREA, Jaime Orlando. Adherencia al tratamiento, implicaciones de la no adherencia. Acta Médica Colombiana. 2005. Vol. 30, no. 4, p. 268 – 273.

azucares y sal, es el recomendado para los pacientes con enfermedad cardiovascular. Las dietas bajas en grasas y carbohidratos han sido utilizadas en el tratamiento de la obesidad y sus consecuencias metabólicas, puesto que se ha visto que mejoran la dislipidemia aterogénica; las que incluyen el consumo de pescados 3 veces por semana se asocian a una reducción de la mortalidad por causas cardiovasculares y las que incorporan la reducción en la ingesta de sodio favorecen el control de la hipertensión arterial[179].

Con respecto a la actividad física, los autores recomiendan la realización de actividad aeróbica entre 30 y 40 minutos diarios de 3 a 5 días a la semana. Ésta ha demostrado beneficios como la reducción del peso derivado del consumo de calorías, disminución de la resistencia de los tejidos periféricos a la insulina y mejoría del control de la tensión arterial, lo que ayuda a manejar diversos factores de riesgo cardiovascular. Además, están descritas las múltiples modificaciones fisiológicas que ocurren durante la actividad física, las cuales comprenden adaptaciones de tipo metabólico que incluyen la utilización de la glucosa y de las grasas para la producción de energía, adaptaciones circulatorias que abarcan modificaciones del gasto cardiaco, frecuencia cardiaca y presión arterial y adaptaciones respiratorias enfocadas en la capacidad de difusión de oxígeno[180].

De acuerdo con Silva, la adherencia al tratamiento además de estar relacionada con el consumo de los medicamentos y el cambio en los hábitos de vida, incluye la capacidad del paciente para asistir a las consultas programadas y realizarse los análisis o laboratorios solicitados[181], aspectos de gran relevancia en el manejo de las enfermedades crónicas, las cuales requieren del control periódico de la condición de salud, el ajuste de la medicación, la evaluación de la respuesta terapéutica y el seguimiento a los factores relacionados con la enfermedad, asegurando así un adecuado control de la misma, una reducción de la morbimortalidad y una mejoría en la calidad de vida.

Control de los factores de riesgo

Adicionalmente, a los aspectos abordados como parte del tratamiento no farmacológico de la enfermedad cardiovascular, cobra también relevancia el control de los factores de riesgo, dentro de los que se destacan el manejo del estrés y la reducción del consumo de tabaco y alcohol.

El estrés así como otros factores psicosociales son determinantes en la aparición de enfermedad cardiovascular, ya que se cree que el sistema nervioso central libera epinefrina y norepinefrina, lo que genera un incremento de la cantidad de ácidos grasos libres que se asocia a una mayor progresión de la ateroesclerosis en respuesta adicional a la disfunción endotelial y a los cambios que se producen en la frecuencia cardiaca y la

[179] SOCARRAS-SUAREZ, María Matilde, BOLET-ASTOVIZA, Miriam. Alimentación saludable y nutrición en las enfermedades cardiovasculares. Revista cubana de investigaciones biomédicas. 2010. Vol. 29, no. 3, p. 353 – 363.
[180] LEAL, Elliuz, et al. Actividad física y enfermedad cardiovascular. Revista Latinoamericana de hipertensión. 2009. Vol. 4, no. 1, p. 2 – 17.
[181] SILVA, Op. Cit., p. 268 – 273.

presión arterial. De forma adicional, la literatura demuestra que el estrés promueve la arritmogénesis, estimula la agregación plaquetaria, aumenta la viscosidad sanguínea y la incidencia de hipertensión arterial[182]. El estudio Interheart evaluó el estrés laboral, financiero y alrededor de eventos vitales, encontrando que éste incrementa el riesgo de un ataque cardiaco 2,5 veces, proporciones miliares a las derivadas del hábito tabáquico y la diabetes mellitus[183].

Con respecto al alcohol, existe una clara asociación entre su consumo y la hipertensión arterial, la cual como se ha mencionado anteriormente es un importante factor de riesgo cardiovascular, además se asocia también a la presencia de eventos cerebro vasculares, de enfermedad vascular periférica y disminución del inotropismo cardiaco[184].

Por otra parte, el tabaco es considerado como una de las principales causas de morbimortalidad y con ello uno de los factores de riesgo cardiovascular más relevantes porque promueve el desarrollo de ateroesclerosis, lo que da lugar a angina de pecho e infarto agudo de miocardio, de manera que la suspensión del hábito tabáquico conlleva a una reducción importante del riesgo con efectos positivos que se evidencian desde el primer año de abandono del mismo[185].

Sin embargo, llevar a cabo los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos del manejo de la enfermedad, así como el control de los factores de riesgo cardiovascular depende en parte de la motivación del paciente y el compromiso que este tenga frente a su salud, por esta razón, la evaluación de la autoeficacia como un predictor de adherencia se hace imprescindible.

La autoeficacia y las conductas de adherencia al tratamiento

La autoeficacia es un concepto que permite explicar la motivación y el aprendizaje, por lo que se asocia a la adopción de conductas promotoras de salud, además, se considera que la autoeficacia influye en los sentimientos, pensamientos y acciones que ejecutan las personas, de manera que un paciente que tiene una adecuada percepción de sus capacidades y de los objetivos que pueden cumplirse con la realización de las diferentes actividades del tratamiento de la enfermedad, tiene una mayor probabilidad de llevar a

[182] ARMARIO, P. Estrés y enfermedad cardiovascular. Hipertensión. 2008. Vol. 25, no. 1, p. 23 – 34.
[183] SANCHEZ-SEGURA, Miriam, et al. Asociación entre el estrés y las enfermedades infecciosas, autoinmunes, neoplásicas y cardiovasculares. Revista cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia. 2006. Vol. 22, no. 3.
[184] GÓMEZ-GERIQUE, Juan, et al. Alcohol y enfermedad cardiovascular. Cardiovascular risk factors. 2000. Vol. 9, no. 5, p. 328 – 341.
[185] CUERVO, Rafael. Alcohol y tabaco en la patología cardiovascular. (2009). En: LÓPEZ-FARRÉ, Antonio. Libro de la salud cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y la fundación BBVA. (pp.577 – 582)

cabo los cambios de comportamientos requeridos y así mejorar la adherencia terapéutica[186].

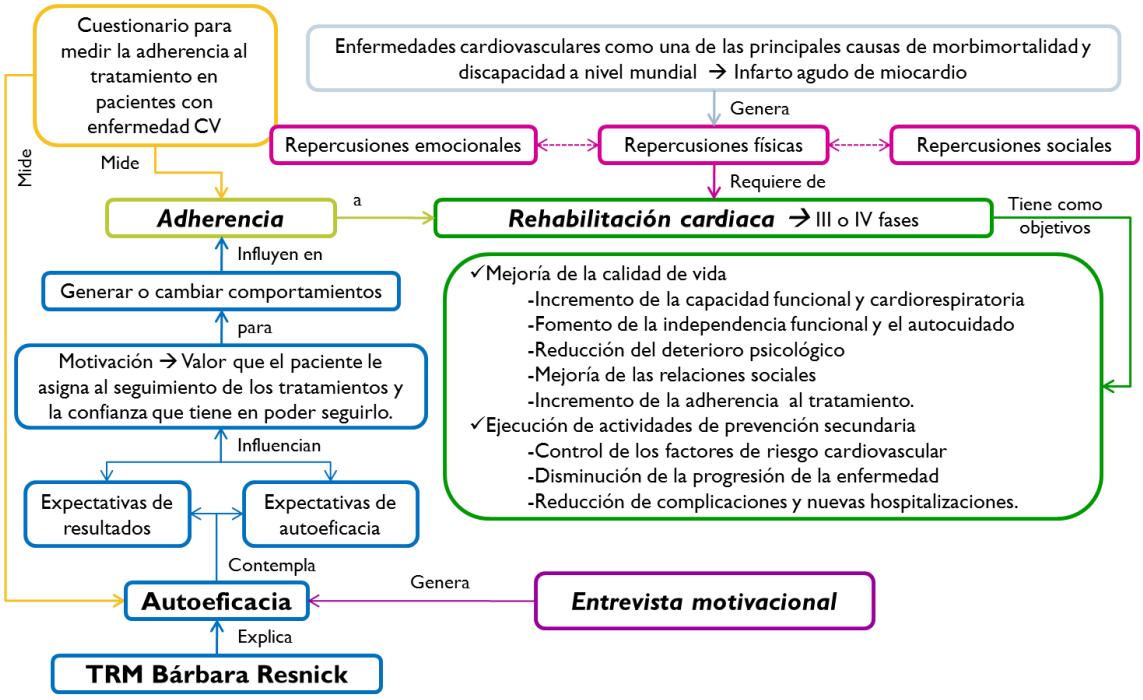
Algunos estudios demuestran que las percepciones de autoeficacia desempeñan un rol importante en la realización de ejercicio, de forma que existe un mayor compromiso frente a la participación en programas de actividad física en personas que demuestran mayores niveles de autoeficacia, lo que se debe por una parte a una mayor percepción de la efectividad de acción que se está desarrollando y por otra a que la autoeficacia actúa como intermediaria entre la intención de realizar la actividad física y el desarrollo posterior de la misma[187].

De forma similar Bandura y Wiendenfeld, citados por Olivari observaron que un bajo nivel de eficacia percibida frente al control de los estresores genera elevados niveles de estrés, incremento de la activación autonómica y secreción de catecolaminas plasmáticas[188], de manera que un aumento de la autoeficacia puede favorecer el control de este factor de riesgo cardiovascular.

En este sentido, se hace imprescindible en el proceso de la valoración de la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedad cardiovascular, la evaluación de la autoeficacia, vista como un componente indispensable de la motivación y de los cambios de conductas, así como un factor determinante en la realización de diferentes actividades.

[186] OLIVARI-MEDINA, Cecilia; URRA-MEDINA, EUGENIA. Autoeficacia y conductas de salud. Ciencia y enfermería. 2007. Vol. XIII, no. 1, p. 9 – 15.
[187] BRAY, Steven; et al. An exploratory investigation of the relationship between proxy efficacy, self-efficacy and exercise attendance. 2001. Journal of Health Psychology. Vol. 6, no. 4, p. 425-434.
[188] OLIVARI, Op. cit., p. 9 – 15.

2.11 Mapa teórico de la investigación



El mapa teórico ilustra la importancia de la adherencia al tratamiento de los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio y con ello la relación entre la entrevista motivacional y la autoeficacia como una estrategia generadora de adherencia.

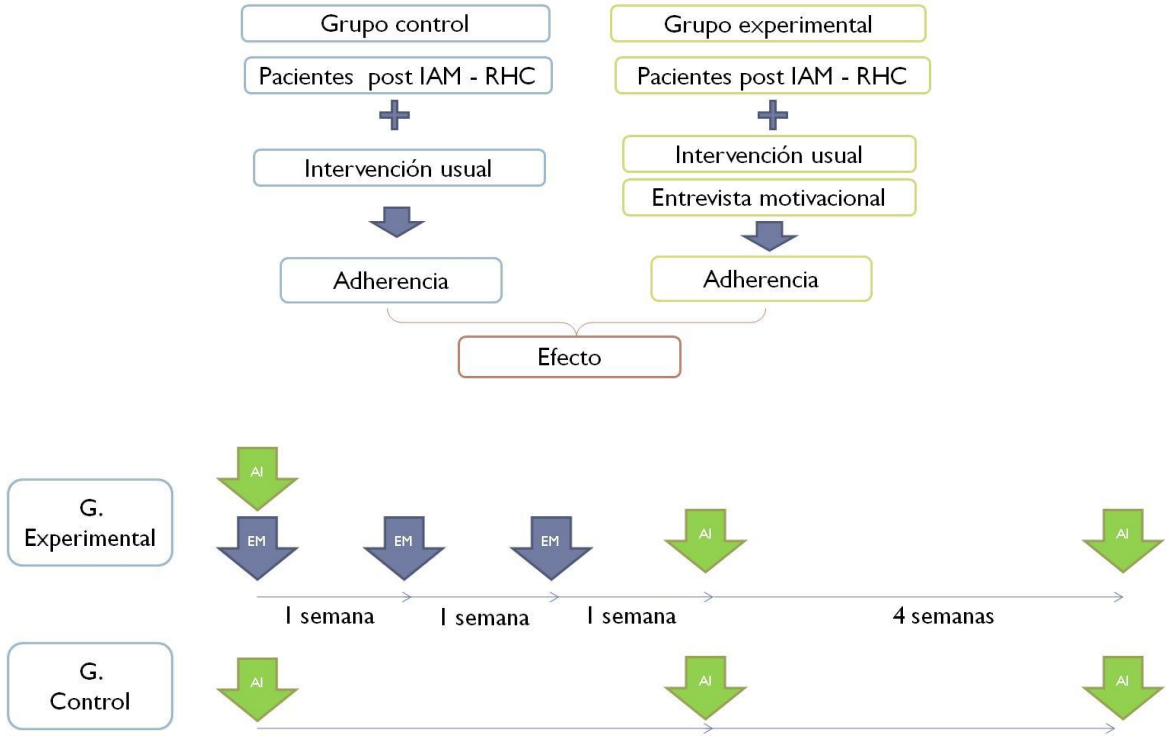
En este sentido, es bien conocida la importancia de la adherencia al tratamiento de los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio, en razón a que ello mejora la calidad de vida y disminuye las repercusiones emocionales, físicas y sociales que pueden derivarse de la condición de salud, por ello, se hace necesaria la implementación de estrategias como la entrevista motivacional, que a partir del incremento de la autoeficacia facilitan al paciente el inicio, la continuación y el compromiso con una acción concreta de tratamiento, avanzando así progresivamente por los diferentes estadios de cambio, lo que finalmente favorece en el paciente la adopción o adherencia a diversas conductas que hacen parte del tratamiento de la enfermedad.

Por esta razón, con el objetivo de determinar el resultado de la entrevista motivacional con respecto a la adherencia y a la autoeficacia, se propuso trabajar un constructo teórico que se plasma en el instrumento denominado “cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular, el cual contempla 6 dimensiones que miden las expectativas y conductas de autoeficacia, el seguimiento a las indicaciones del personal de salud en relación con la ingesta de medicamentos y alimentos, la necesidad de apoyo para la adherencia, las conductas de esperadas de adherencia a largo plazo, el manejo de las situaciones tensionantes y la realización de actividad física, esto en razón a que los instrumentos existentes para medir la adherencia al tratamiento demuestran problemas de validez que sugieren cambios de fondo.

3. Marco del diseño

3.1 Diseño del estudio

El presente estudio se desarrolló a partir de un diseño cuasi experimental, en el cual se realizó una intervención de enfermería fundamentada en la entrevista motivacional con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes que habían sufrido un infarto agudo de miocardio y que asistían a la fase II de un programa de rehabilitación cardiaca.



Los participantes (pacientes en pos infarto agudo de miocardio que asistieron a la fase II del programa de rehabilitación cardiaca) se asignaron aleatoriamente a los grupos (experimental y control) y les fue aplicado al inicio del estudio la pre-prueba (instrumento para medir adherencia). Los participantes del grupo control recibieron la intervención usual del programa de rehabilitación cardiaca, mientras que los pacientes del grupo experimental recibieron además del tratamiento habitual, la intervención de enfermería basada en la entrevista motivacional, finalmente, tanto a los pacientes del grupo control como experimental les fue aplicada la pos-prueba una y cinco semanas después de finalizada la intervención.

Este tipo de diseño, tuvo como finalidad evaluar el efecto de la intervención a través de la comparación de los resultados medidos en términos de adherencia una vez fue implementada la entrevista motivacional. Con ello, se pretendió determinar si la estrategia era capaz de generar cambios en las conductas de los pacientes, tendientes a mejorar la adherencia tanto al tratamiento farmacológico como no farmacológico de la enfermedad, aspectos que han sido considerados como fundamentales en el manejo de los pacientes en pos infarto agudo de miocardio.

3.2 Fases del estudio

En razón a los inconvenientes reportados en la escala de medición y en la validez del instrumento seleccionado inicialmente para la aplicación en el estudio, además de la no disponibilidad de otros instrumentos que se ajustaran a la intencionalidad de la investigación, el presente estudio se desarrolló en dos fases:

La primera etapa se constituyó como la fase psicométrica de la investigación en la cual se diseñó y validó el instrumento que se utilizó posteriormente para la evaluación de la adherencia al tratamiento. Este procedimiento incluyó la revisión de la literatura sobre el constructo teórico del instrumento, la elaboración de los ítems, la validez facial con 6 expertos y 380 personas con diferentes características socio-demográficas, la validez de contenido con 6 expertos y finalmente la validez de constructo y confiabilidad a partir de la aplicación del instrumento a 145 personas con enfermedad cardiovascular.

La segunda fase del estudio, correspondió por una parte al desarrollo de la prueba piloto de la investigación, la cual se realizó con 12 pacientes que habían sufrido un infarto agudo de miocardio y que asistían a la fase II del programa de rehabilitación cardiaca de la institución seleccionada para la investigación, con el objetivo de hacer una inmersión en el campo y refinar los aspectos del estudio. Posteriormente se procedió al desarrollo de la investigación tal como se describió en el aparte inmediatamente anterior.

3.3 Población

La población estuvo conformada por la totalidad de los individuos que habían sufrido un infarto agudo de miocardio y que asistían a la fase II del programa de rehabilitación cardiaca de la institución seleccionada para la investigación.

3.4 Muestra

La muestra estuvo constituida por 44 personas mayores de edad con diagnóstico de infarto agudo de miocardio que asistían a la fase II del programa de rehabilitación cardiaca de la institución de salud de cuarto nivel de atención, las cuales permitieron determinar el efecto de la intervención.

Para efectos comparativos de la adherencia al interior de cada uno de los grupos (control y experimental), el tamaño de muestra se calculó mediante la siguiente expresión (Ecuación (4.1):

$$n = \left\{ \frac{\sigma_u \left(t_{1-\alpha}(n-1) + t_{1-\beta}(n-1) \right)}{(\mu_1 - \mu_0)} \right\}^2 \quad (3.1)$$

Dónde:

α y β: Corresponden a las probabilidades de incurrir en error tipo I y II respectivamente.
$t_{1-\alpha}(n-1)\ y\ t_{1-\beta}(n-1)$: Corresponden a los percentiles superiores de una distribución t de student con (*n-1*) grados de libertad.
σ_u: Es el límite superior para la desviación estándar.
$\mu_1 - \mu_0$: Es la diferencia entre promedios de adherencia después y antes de la intervención respectivamente, para la determinación de β.

Valores asumidos: α= 0,05, β=0,02, σ_u= 5,7 y $\mu_1 - \mu_0$ = 5.

Para efectos comparativos de la adherencia entre los grupos, el tamaño de muestra se calculó mediante la siguiente expresión (Ecuación (4.1):

$$n = 2\left\{ \sqrt{\chi^2_{1-\alpha}(k-1) - (k-2)} + z_{1-\beta} \right\}^2 \left(\frac{\sigma}{\Delta} \right)^2 + 1 \quad (3.2)$$

Dónde:

α y β: Corresponden a las probabilidades de incurrir en error tipo I y II respectivamente.
K: Corresponde al número de grupos.
$\chi^2{}_{1-\alpha}(k-1)$: Es el percentil superior de una distribución chi-cuadrado con (*k-1*) grados de libertad.
$z_{1-\beta}$: Es el percentil superior de una distribución normal estándar.
σ : Corresponde al límite superior para la desviación estándar
Δ: La diferencia entre promedios de adherencia entre los grupos para la determinación de βrespectivamente.

Valores asumidos: α= 0,05, β=0,02, σ = 5,7 y Δ=7.

En consecuencia el tamaño de la muestra fue de 40 pacientes, 20 para el grupo control y 20 para el grupo experimental, no obstante, de forma adicional se calculó para cada uno de los grupos un 10% de pérdidas, lo cual correspondió a 2 pacientes más para cada uno de ellos, es decir 22 pacientes para cada uno de los grupos.

La muestra fue calculada con base en la desviación estándar del instrumento, la cual se obtuvo a partir de la primera medición de la adherencia de los 12 pacientes de la prueba piloto y de los primeros 40 pacientes que ingresaron al estudio final.

3.5 Aleatorización

Se realizó un muestreo probabilístico en el cual teniendo en cuenta el orden de llegada de los pacientes al servicio de rehabilitación cardiaca y previa firma del consentimiento informado (Anexo A), los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión se aleatorizaron para la asignación tanto al grupo de intervención como al grupo control con base en una lista de números generada por computador.

Con este fin se creó en Excel una lista de 48 números aleatorios ente 0 y 1, en donde 0 fue equivalente al grupo control y 1 al grupo de intervención.

3.6 Criterios de inclusión

- Pacientes (hombres y mujeres) que hubieran sufrido un infarto agudo de miocardio con tratamiento médico, angioplastia o revascularización y que estuvieran asistiendo a la fase II del programa de rehabilitación cardiaca de la institución seleccionada.
- Pacientes con adecuada capacidad cognitiva que les permitiera participar en la entrevista motivacional.
- Pacientes que contaran con servicio telefónico debido a que el procedimiento de la entrevista motivacional implicó la realización de 2 sesiones a través de este medio.

3.7 Criterios de exclusión

- Pacientes con patologías asociadas que limitaran la capacidad mental y la participación en la entrevista motivacional.

3.8 Hipótesis

3.8.1 Hipótesis de investigación

Existe un incremento significativo en el promedio de la adherencia de los pacientes que reciben la intervención de enfermería basada en la entrevista motivacional, comparado con el promedio de la adherencia de los pacientes del grupo control.

3.8.2 Hipótesis nula

No existe incremento el promedio de la adherencia al tratamiento de los pacientes que reciben la intervención de enfermería basada en la entrevista motivacional, comparado con el promedio de la adherencia de los pacientes del grupo control.

3.9 Variables

3.9.1 Variable independiente

Estrategia de enfermería basada en la entrevista motivacional, que consistió en la aplicación de tres sesiones cada una con un intervalo semanal.

3.9.2 Variable dependiente

Adherencia al tratamiento de los pacientes en pos infarto agudo de miocardio.

3.9.3 Variables intervinientes

La literatura demuestra la existencia de algunas variables que pueden modificar o influir los resultados obtenidos en términos de adherencia, como la edad, la escolaridad, el estrato socioeconómico y el apoyo social, variables que fueron incluidas en el formato de datos socio-demográficos.

- La edad: La edad se considera un factor interviniente en la adherencia ya que algunos estudios revelan que los pacientes entre 65 a 75 años con buena capacidad cognitiva, son mejores cumplidores que los adultos jóvenes[189].
- La escolaridad: Un reporte publicado por la OMS en el año 2003, encontró que el analfabetismo y bajo nivel académico predisponen a la falta de adherencia al tratamiento, de manera que a menor nivel educativo mayores probabilidades de abandono, lo cual puede explicarse en la medida en que un menor nivel educativo hace más difícil la comunicación tanto con el personal de salud como con la familia[190,191].
- El estrato socioeconómico: Pertenecer a un perfil socioeconómico bajo suele ser descrito como factor de riesgo para abandono del tratamiento o no seguimiento de los comportamientos de adherencia, en parte por un difícil acceso al sistema de salud[192,193].

---

[189]BONAFONT, Xavier; COSTA, Joan. Adherencia AL tratamiento farmacológico. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. 2004. Vol. 16, no. 3, p. 9 – 14.
[190]OMS. La OMS alerta del bajo seguimiento de los tratamientos por parte de pacientes con enfermedades crónicas. Madrid: Ediciones Doyma. 2003.
[191] ACHURY, Diana. Autocuidado y adherencia en pacientes con falla cardiaca. Aquichan. 2007. Vol. 7, no. 2.
[192] Ibíd.

- La enfermedad: Las enfermedades crónicas suelen asociarse a una menor adherencia en comparación con las enfermedades agudas[194],de forma adicional, la misma patología, en este caso la enfermedad coronaria tiene ciertas características y produce ciertas claves o sintomatología que condicionan el actuar de cada paciente con respeto a su enfermedad.
- El apoyo social: se destaca que el apoyo social puede favorecer la adherencia de los pacientes, no obstante, alguna evidencia demuestra que el apoyo social en ocasiones puede inhibir la adherencia debido a que un familiar muy intrusivo o sumamente crítico o un cónyuge que genere culpabilidad, puede producir un efecto que resulta en un deterioro de la condición del paciente y un aumento en la falta de adherencia terapéutica[195]. De forma similar, el apoyo de los compañeros también puede traducirse en un incremento de la adherencia[196].
- El alivio de los síntomas: si el paciente experimenta un alivio de los síntomas de forma inmediata, tiene mayores probabilidades de adherirse al tratamiento, mientras que aquel que padece de una enfermedad asintomática no posee claves internas que le incentiven la realización y seguimiento a la prescripción del tratamiento[197].

3.9.4 Operacionalización de las variables

VARIABLE	DESCRIPCIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN	CLASIFIC.
Independiente Entrevista motivacional	Estrategia aplicada por el profesional de enfermería para incrementar la motivación y la autoeficacia, la cual se desarrolló en tres sesiones, cada una con un intervalo de una semana. La primera sesión se abordó de forma presencial y las dos últimas por vía telefónica.		

[193] HERRERA, Eugenia. Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. Av.enferm. 2012. Vol. XXX, no. 2, p. 67-75.
[194]BONAFONT. Op. cit., p. 9 – 14.
[195] ORTEGO. Op. cit., p, 1-8
[196] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. 2004. Disponible en: http://www.amro.who.int/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.pdf
[197] HERRERA. Op. cit., p. 67-75.

VARIABLE	DESCRIPCIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN	CLASIFIC.
Dependiente Adherencia al tratamiento	Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico a través de la aplicación del instrumento "Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular " el cual tiene 6 dimensiones: - Expectativas y conductas de autoeficacia. - Seguimiento a las indicaciones del personal de salud en relación con la ingesta de medicamentos y alimentos. - Necesidad de apoyo para la adherencia. - Conductas esperadas de adherencia a largo plazo. - Manejo de las situaciones tensionantes - Realización de actividad física.	Razón → El instrumento refleja la adherencia de los pacientes en un resultado que oscila entre 29 y 174.	Continua
VARIABLE Interviniente	**DESCRIPCIÓN**	**NIVEL DE MEDICIÓN**	**CLASIFIC.**
Edad	Corresponde a la edad del paciente en el momento del ingreso al estudio.	Intervalo	Continua
Genero	Masculino o femenino	Nominal	Discontinua
Estado civil	Corresponde al estado civil al ingreso al estudio.	Nominal → soltero, casado, divorciado, viudo o unión libre	Discontinua
Escolaridad	Corresponde al nivel máximo de estudios alcanzado por el paciente.	Ordinal → Educación, primaria, bachillerato, técnico, universitario, especialización.	Discontinua
Estrato	Corresponde a la clasificación de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos, lo cual guarda relación con los recursos que tiene un individuo.	Ordinal → uno, dos, tres, cuatro, cinco y seis.	Discontinua
Red de apoyo	Corresponde a la persona o grupo de personas que están al tanto de la situación del paciente y lo acompañan en su tratamiento.	Nominal → Esposo, hijos, amigos, otros.	Discontinua

3.10 Instrumento

El instrumento que se utilizó se denomina “Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedad cardiovascular” (Anexo B), el cual fue diseñado a partir del constructo referenciado en el marco teórico y validado (facial, contenido y constructo) para el desarrollo de la presente investigación, resultados que se detallan en el siguiente capítulo.

Este instrumento consta de 29 ítems agrupados en 6 dimensiones denominadas: Expectativas y conductas de autoeficacia, seguimiento a las indicaciones del personal de salud en relación con la ingesta de medicamentos y alimentos, necesidad de apoyo para la adherencia, conductas de adherencia a largo plazo, manejo de las situaciones tensionantes y realización de actividad física, y arroja resultados que oscilan entre los 29 y 174 puntos, siendo un mayor puntaje el reflejo de una mejor adherencia al tratamiento.

La elaboración del nuevo instrumento se realizó en razón a que la validez facial y de contenido del instrumento inicial denominado “Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos” reportó una razón de validez de contenido aceptable solamente para 15 de los 21 ítems del instrumento y adicionalmente, estudios posteriores demostraron la necesidad de realizar ajustes de fondo no solo al instrumento por problemas de validez sino también a la escala de medición[198].

3.11 Dinámica de la entrevista motivacional

La entrevista motivacional es una intervención que puede ser realizada por el profesional de enfermería y que consiste en abordar y tratar la ambivalencia, con el fin de generar un cambio en el comportamiento de los pacientes[199], en esta medida, la primera acción consiste en determinar el estadio de cambio o motivación en el que se encuentra el paciente (Precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento), aspecto que fue determinado a partir de la aplicación del algoritmo del Proceso de Adopción de Precauciones – PAP[200], como se muestra en el siguiente diagrama.

[198] SORIA-TRUJANO, Rocio; VEGA-VALERO, Zaira; NAVA-QUIROZ, Carlos; SAAVEDRA-VÁSQUEZ, Karina. Interacción médico – paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. Liberabit. 2011. Vol. 17, no. 2, p. 223 – 230.
[199] VEGA. Op. cit.
[200] FLÓREZ-ALARCÓN. Op. cit., p. 63-82.

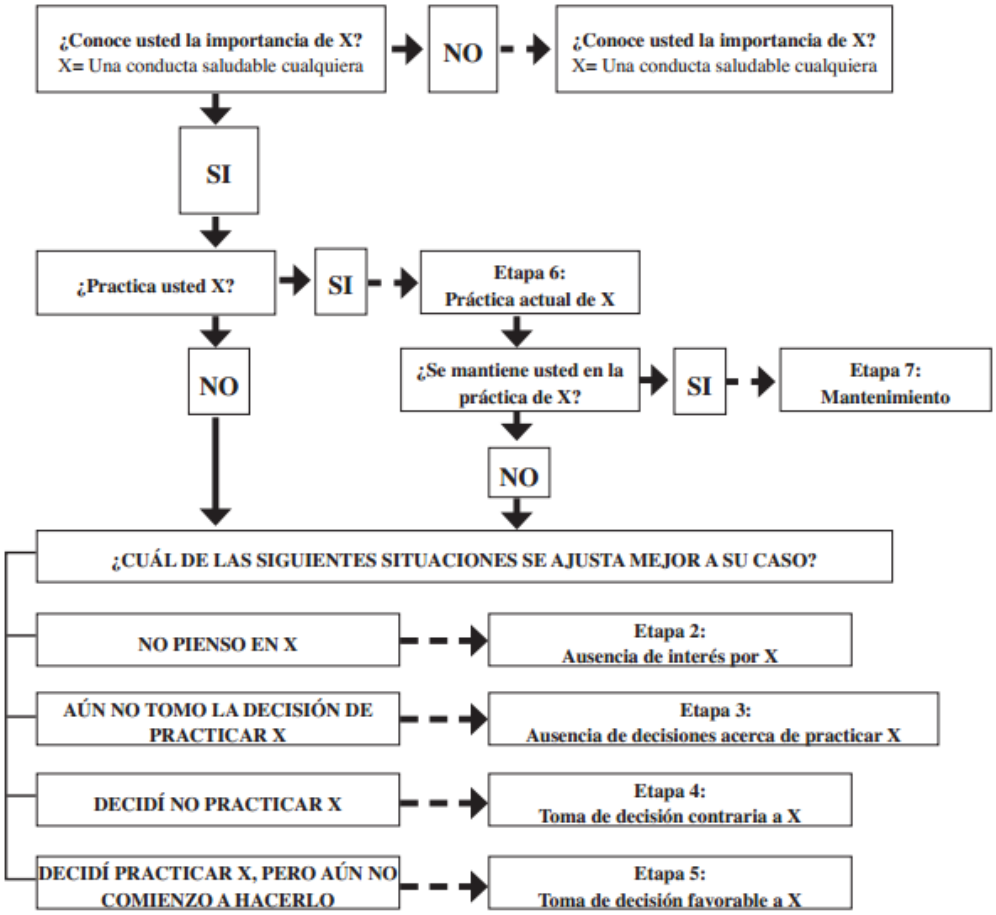


Figura 1. **Diagrama del proceso de Adopción de Precauciones (PAP), elaborado conforme a la propuesta de Weinstein & Sandman (2002)**

Tomado de: Flórez- Alarcón L, Carranza W. La entrevista motivacional como herramienta para el fomento de cambios en el estilo de vida de personas con enfermedades crónicas no transmisibles.

Posteriormente, se hace necesario que el profesional de enfermería dirija preguntas abiertas al paciente con el fin de que este exprese su percepción ante el problema (No seguimiento a las recomendaciones de tratamiento farmacológico o no farmacológico, no asistencia a los controles médicos). No obstante, durante este proceso es importante destacar que el enfermero no solo debe escuchar al paciente sino responder a lo que él dice haciendo énfasis en los aspectos que desea resaltar, lo cual favorece la expresión de la preocupación por parte del paciente; con este fin, el profesional puede utilizar diferentes técnicas como repetir, refrasear, parafrasear y señalar un sentimiento, siempre evitando de parte del enfermero frases que ordenen, adviertan, aconsejen, argumenten, avergüencen, juzguen y culpabilicen al paciente. De forma adicional, el profesional de enfermería puede realizar sumarios que destaquen lo que se ha comentado durante la entrevista, refuercen los aspectos más importantes y demuestren su papel de escucha.

Los sumarios son capaces de evidenciar la ambivalencia de los pacientes y exponer las razones a favor y en contra de la situación[201].

Una vez el paciente ha expresado la ambivalencia, el mismo debe expresar argumentos para realizar cambios con respecto al problema, en este punto, el profesional puede realizar preguntas evocadoras o analizar los aspectos positivos y negativos del problema y posible cambio. A lo largo del proceso de la entrevista motivacional, el profesional debe evitar caer en errores que pueden resultar frecuentes como situaciones de pregunta-respuesta, enfrentamiento-negación y culpabilización entre otras[202].

Por otra parte es indispensable que el enfermero reconozca y trate las resistencias (argumentar, interrumpir, negar o ignorar), pues ello dificulta la realización de un cambio real en la conducta del paciente. Una vez identificadas, el profesional puede generar frases para reflexión, empatizar y tratar de ceder en algunos aspectos, enfatizar en la libertad y el control del paciente y reconocer o reestructurar el problema reconociendo los argumentos del individuo. Cuando el paciente esté suficientemente motivado pero no haya asumido el compromiso para llevar a cabo el cambio, el profesional puede implementar algunas estrategias como el diario de salud y la hoja de balance, que le permiten al paciente auto monitorizarse y tomar conciencia acerca de su hábito[203].

En la fase de acción, se espera que el paciente verbalice el compromiso de cambio, de manera que el profesional puede dirigirle preguntas como ¿Qué ha de hacer?, ¿Cómo piensa cambiar? y una vez haya manifestado su intención de cambio, el paciente debe establecerse un plan de acción que incluya las metas del cambio, las opciones para conseguirlo y las acciones concretas a desarrollar[204].

Finalmente en la fase de mantenimiento, se espera que el paciente mantenga estable el cambio en la conducta realizada, sin embargo, se debe estar atento ante la presencia de recaídas para que el profesional pueda realizar los ajustes necesarios a la entrevista motivacional[205].

Para poder ejecutar la dinámica de la entrevista motivacional como se describió anteriormente, se desarrolló un libreto (Anexo C) que articula el proceso de adopción de precauciones que se basa en el modelo de Prochaska y DiClemente con los lineamientos de la entrevista, incluyendo así, posibles frases a utilizar en el desarrollo de la estrategia de acuerdo a los objetivos de la etapa motivacional en la que se encontrara el paciente.

[201] CALLEJO. Op. cit., p.1-8
[202] Ibíd.p.1-8
[203] Ibíd.p.1-8
[204] Ibíd.p.1-8
[205] Ibíd.p.1-8

3.12 Procedimiento

1. El proyecto de investigación fue sometido a revisión y aprobación por parte del comité de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y posteriormente por el comité de ética e investigación de la institución hospitalaria seleccionada para la recolección de la muestra, para obtención de los respectivos avales (Anexos D y E)
2. El investigador principal recibió una capacitación de 15 horas en la realización de la entrevista motivacional, la cual estuvo a cargo del profesor Luis Enrique Flórez Alarcón, actual profesor de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Colombia.
3. Con base en un formato diseñado por el investigador se realizó validez de contenido (Anexo F) y facial (Anexo G), al instrumento elegido inicialmente para la recolección de los datos (Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos), a través de un panel de 7 expertos quienes determinaron si en apariencia el instrumento media las cualidades deseadas[206] y evaluaron la pertinencia de los ítems en relación con las dimensiones del mismo[207].
4. A partir de la validez facial y de contenido del instrumento inicial, así como de los resultados de un trabajo reciente de investigación en donde se sugieren cambios de fondo al instrumento inicial, se elaboró un nuevo instrumento de medición como parte procedimental del estudio el cual se denominó “Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedad cardiovascular” (Anexo B).
5. El nuevo instrumento de medición fue sometido a un proceso de validez de contenido con 6 expertos (Anexo H), y validez facial tanto con 6 expertos (Anexo I) como con 380 personas de diferentes características socio demográficas (Anexo J), con base en los formatos diseñados por el investigador.
6. Previa autorización del comité de ética e investigación de la Universidad Nacional de Colombia y la institución hospitalaria en donde se realiza la investigación, se aplicó el instrumento de medición (Anexo B) a 145 pacientes con enfermedad cardiovascular, con el fin de realizar la validez de constructo y determinar si en realidad en instrumento medía lo que deseaba medir[208].
7. Se realizó una prueba piloto para inmersión en el campo con 12 pacientes, con el fin de determinar la intensidad de cada una de las sesiones de la entrevista motivacional y refinar la intervención.
8. Se seleccionaron los pacientes que cumplían los criterios de inclusión, los cuales fueron informados acerca de los objetivos de la investigación indicándoles que podrían ser asignados a cualquiera de los grupos del estudio, así como que tendrían el derecho a retirarse del mismo cuando lo deseasen sin ningún tipo de repercusión sobre la atención recibida, posteriormente, se obtuvo el consentimiento de la

---

[206] GÓMEZ, Carlos y OSPINA María Beatriz. Desarrollo de cuestionarios, adaptación y validación de escalas. En: Ruiz A, Morillo Z. Epidemiología clínica, investigación clínica aplicada. Editorial panamericana 2004, pp. 172.

[207] GUTIÉRREZ, Carolina, et al. Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento “Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación” de Callista Roy. Aquichan. 2007. Vol. 7, no.1. Consultado de http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/98

[208] ABAD, Francisco, et al. Introducción a la psicometría, Teoría clásica de los test u teoría de respuesta al ítem. Universidad autónoma de Madrid – Facultad de psicología. 2006. pp.62.

participación en el estudio a través de la firma del consentimiento informado (Anexo A).

9. Los pacientes que firmaron el consentimiento indicando su participación voluntaria en el estudio, fueron asignados aleatoriamente al grupo de intervención y al grupo control para posteriormente asignarles un número consecutivo dentro del estudio, con el cual se protegió su identidad.
10. Se realizó la recolección de los datos socio-demográficos en el formato diseñado por el investigador (Anexo K) y se aplicó el instrumento para la medición de la adherencia tanto a los pacientes del grupo de intervención como a los del grupo control, con el fin de determinar el nivel de adherencia antes del desarrollo de la intervención y así asegurar que tanto el grupo control como el grupo experimental tuvieran niveles similares de adherencia basal.
11. Se desarrollaron 3 sesiones de entrevista motivacional al grupo experimental con un intervalo de 1 semana durante un periodo de 3 semanas, la primera sesión se desarrolló de forma presencial, mientras que la segunda y tercera sesión se desarrollaron vía telefónica en el horario que el paciente determinó. Durante todas las sesiones se identificó el estadio de cambio o motivación en el cual se encontraba el paciente a través del algoritmo del Proceso de Adopción de Precauciones – PAP, se exploraron las metas de vida, se establecieron las metas para la salud, se analizaron las barreras potenciales para el logro de la meta y el costo beneficio del cambio, tal como lo describe el aparte de dinámica de la entrevista motivacional.
12. Una semana después de haber finalizado la entrevista motivacional y 4 semanas posteriores a ello, se realizó nuevamente la aplicación del instrumento a los dos grupos, con el fin de establecer la adherencia posterior a la intervención y el mantenimiento de los cambios trascurrido un mes de la finalización de la intervención.
13. Una vez finalizó la recolección de la información, se procesaron y analizaron los datos. En principio, además de las herramientas descriptivas, la evaluación cuantitativa de la estrategia de Enfermería se fundamentó en la aplicación de la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney para el análisis de los resultados entre los grupos control y experimental. Adicionalmente, se realizó un análisis intragrupo a partir de la aplicación de las pruebas de Wilcoxon y Friedman, y finalmente se utilizó el test t para evaluar la direccionalidad en el cambio de la adherencia.
14. Se elaboró el informe final, el cual fue socializado en la sustentación tesis en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, en la institución participante del estudio y se prevé su socialización en eventos de enfermería. Como producto final del proceso investigativo se elaborará un artículo científico para su publicación en una revista indexada en donde aparecerán los asesores de la tesis y su vinculación a las instituciones educativas y asistenciales, así como un agradecimiento a la institución de salud participe de la investigación. De forma adicional, una vez culminada la investigación los pacientes recibieron por correo un resumen de los resultados de la misma.
15. Dado que en el análisis intra-grupal se encontró que la entrevista motivacional es efectiva y genera cambios significativos sobre la adherencia de los pacientes en pos infarto agudo de miocardio, el investigador principal invitó a los pacientes del grupo control a participar de la entrevista motivacional.

3.13 Control de riesgos del diseño

3.13.1 Validez interna

La validez interna es el grado de confianza que se tiene en que los resultados del experimento se interpreten adecuadamente y sean válidos[209], por lo tanto es necesario controlar algunas variables que podrían confundirse con el estímulo experimental y alterar los resultados sobre la variable dependiente[210].

Se elaboró un instrumento de medición de adherencia al tratamiento en el paciente cardiovascular al cual se le realizó validez facial, de contenido y de constructo, así como confiabilidad, resultados que se describen en el siguiente capítulo.

Todas las mediciones del instrumento a utilizar en la investigación fueron llevadas a cabo por la misma persona, con el fin de reducir los riesgos derivados de la aplicación.

Se comprobó previamente que el programa de rehabilitación cardiaca en donde se llevó a cabo la investigación, no utilizara estrategias de enfermería que incluyeran la entrevista motivacional, lo que permitió asegurar que los pacientes solo participan en las actividades educativas y físicas corrientes que contempla el programa.

Para evitar sesgos resultantes de la selección, tanto los participantes del grupo control como los del grupo experimental fueron asignados de forma aleatoria, esto aseguró un control eficaz de las variables extrínsecas individuales y garantizó que los grupos fueran comparables.

Otros aspectos que asignan validez interna al estudio están relacionados con la elección del diseño, los criterios de inclusión y exclusión y el análisis e interpretación de los datos, los cuales son abordados en los demás apartes del diseño metodológico.

3.13.2 Validez externa

La validez externa hace referencia a la posibilidad de generalización de los resultados de la investigación[211]. De acuerdo con Polit[212], uno de los aspectos de mayor relevancia en la validez externa de una investigación es el diseño del muestreo, por lo tanto si las características de la muestra son representativas de las características de la población, la generalización es directa.

---

[209] HERNÁNDEZ, Roberto; FERNÁNDEZ, Carlos y BAPTISTA, Pilar. Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill. 2003, p. 198.
[210] CAMPBELL Donald, STANLEY Julian. diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social. Argentina: Amorrortu editores. 1980, p. 17.
[211] Ibíd, p. 17.
[212] POLIT, Denise y HUNGLER, Bernadette. Control de la investigación cuantitativa. En: Investigación científica en ciencias de la salud. Capítulo 9. 6a. ed. Mexico: Mc Graw Hill. 2000, p. 225 - 226.

De forma adicional, algunas particularidades del entorno o de las condiciones de la investigación pueden afectar la validez interna, como se muestra a continuación:

El efecto Hawthorne: Según Polit[213], este efecto se refiere a la posibilidad que tiene los sujetos de comportarse de una forma particular en el contexto de la investigación, ya que están conscientes de su participación en el estudio. En esta investigación este efecto fue pobremente controlado en la medida en que si bien los participantes no fueron informados del grupo al que quedaron asignados algunos de ellos pueden percibir las sesiones de entrevista motivacional como ajenas al programa en la medida en que dicha intervención fue realizada por el investigador quien no tiene vinculación laboral con la institución ni con el programa de rehabilitación.

Efecto de novedad: cuando el tratamiento es nuevo, los sujetos o investigadores pueden por igual modificar su conducta de diversas maneras. Para efectos de esta investigación, el tratamiento si representa una novedad con respecto al tratamiento habitual de los programas de rehabilitación cardiaca, sin embargo los pacientes se vinculan a la investigación en la segunda fase de la rehabilitación cardiaca, por lo que muchas de las actividades realizadas en los programas son diferentes con respecto a las realizadas durante el periodo de la hospitalización, por lo tanto, el paciente tendrá poca probabilidad de percibir que esta es la única intervención diferente, sino que por el contrario lo verá como una de las actividades del programa de rehabilitación.

Interacción de la historia y los efectos del tratamiento. Este aspecto hace referencia a la posibilidad de que los resultados de la investigación reflejen el impacto del tratamiento y de algún otro suceso ajeno al estudio, por lo tanto la asignación aleatoria de los pacientes puede controlar este aspecto en una u otra medida, ya que el otro suceso puede afectar a los participantes tanto del grupo control como del grupo experimental, en tanto todos los participantes asisten de forma habitual a las actividades desarrolladas por los programas de rehabilitación cardiaca.

Efectos del experimentador: Este efecto se refiere a los sesgos que se pueden generar a consecuencia del interés emocional o intelectual del investigador en demostrar que su hipótesis es correcta. En este estudio el investigador se capacitará en el desarrollo de la entrevista motivacional, la cual tiene previamente unos parámetros y algoritmos descritos en la literatura, lo cual asegura el correcto desarrollo de la intervención. De forma adicional, la medición de los resultados se basa en el auto reporte de los pacientes con base en el diligenciamiento de un instrumento que refleja los resultados de forma cuantitativa, el cual será aplicado por una persona distinta al investigador.

3.14 Consideraciones éticas

De acuerdo al consejo de Investigación Económica y Social, se considera que esta investigación tiene un riesgo medio, ya que aunque el estudio no implica la realización de

[213] Ibíd., p. 225 – 226.

procedimientos invasivos o algún riesgo físico, se realizó una intervención cognitiva conductual, en la cual se pretendió generar un cambio en el comportamiento de los pacientes en pos infarto agudo de miocardio que asistían a un programa de rehabilitación cardiaca, con el fin de favorecer la adherencia a los tratamientos[214]. En caso de identificarse durante el desarrollo de la intervención alguna situación emocional o conductual anómala se tuvo prevista la remisión del paciente al especialista indicado.

A lo largo del desarrollo del proyecto de investigación se tuvieron en cuenta las diferentes declaraciones, normas y resoluciones que reglamentan la investigación en salud a nivel nacional, dentro de las que se destacan la Resolución 008430 de 1993 del entonces Ministerio de Salud de la República de Colombia[215] y las pautas éticas internacionales para la investigación en seres humanos, del Concejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas CIOMS y la OMS[216].

Dentro de las actividades contempladas como parte de las consideraciones éticas se realizaron:

1. Búsqueda bibliográfica alrededor del tema de interés y el método investigativo, respetando los derechos de autor y realizando las citas bibliográficas correspondientes.
2. Explicación del propósito de la investigación y el beneficio o relevancia para los individuos, la profesión y la sociedad en general.
3. Búsqueda, selección y argumentación del diseño de investigación y análisis estadístico de los datos que responda de la manera más acorde y fiable a los objetivos de la investigación.
4. Consideración y cumplimiento de los principios éticos de la investigación:
    a. Veracidad de la información brindada a los pacientes como parte del proceso de la entrevista motivacional, así como de los datos recolectados a partir de la aplicación del instrumento de medición de la adherencia terapéutica.
    b. Reciprocidad a través de la socialización de los resultados de la investigación en la institución participante y eventos de enfermería.
    c. Respeto por la autonomía a través de la elección voluntaria de los pacientes para la participación en la investigación, por medio de la firma del consentimiento informado, haciendo énfasis en el carácter autónomo de la decisión de participación y retiro de la investigación cuando el paciente lo considere.
    d. No maleficencia, dado que el investigador principal realizó la capacitación correspondiente con un experto en el tema, para la realización de la intervención.

---

[214] ARANGO, Gloria. Los comités de ética de la investigación. Objetivos, funcionamiento y principios que buscan proteger. Investigación en enfermería. En: Imagen y desarrollo. 2008, vol. 10, no. 1, p. 9-20.

[215] COLOMBIA. Ministerio De Salud. Resolución 008430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El Ministerio. 4 de octubre de 1993, p. 1-21.

[216] CONCEJO DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES DE LAS CIENCIAS MÉDICAS, CIOMS. en colaboración con la organización mundial de la salud OMS. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos [en línea]. Ginebra, Suiza. 2002, p. 5-89. Disponible en Internet: http://www.paho.org/Spanish/BIO/CIOMS.pdf

e. Beneficencia ya que con la presente investigación se pretendió incrementar la adherencia de los pacientes en pos infarto agudo de miocardio a los tratamientos, lo cual ha sido reportado en la literatura como un factor que predice la reducción en la morbimortalidad y complicaciones derivadas de la enfermedad, así como un incremento en la calidad de vida.
f. Justicia puesto que se dio un trato imparcial a todos los participantes del estudio y al demostrarse la efectividad de la intervención, está se aplicó a los individuos del grupo control.

5. Presentación del anteproyecto de investigación al comité de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y al comité de ética e investigación de la institución en donde se desarrolló la investigación.
6. Asignación de un número consecutivo a cada paciente con el fin de proteger su identidad, de forma adicional, solo tuvieron acceso a los datos el investigador principal y la persona contratada con fines de recolección de la muestra. La base de datos con la tabulación de los resultados de las variables socio-demográficas y del instrumento fue guardada exclusivamente en el computador del investigador principal y procesado con ayuda del asesor estadístico.
7. Socialización y publicación de los resultados de esta investigación, en un artículo a publicar en revista indexada y la socialización en eventos científicos.

4. Resultados

4.1 Fase psicométrica: Elaboración y validación del "Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular"

Tanto la elaboración como la validación del instrumento se incluyeron como parte de los resultados de la investigación, en razón a que ello implicó la aplicación de todas las pruebas psicométricas requeridas para su posterior implementación como instrumento de medición en el estudio.

4.1.1 Elaboración del instrumento

A partir de los datos de la validez facial y de contenido, así como de los resultados de un trabajo reciente de investigación en donde se sugieren cambios de fondo al instrumento que se había elegido inicialmente para su aplicación en el estudio (Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas basada en comportamientos explícitos), se decidió como parte procedimental de la investigación, la elaboración de un nuevo instrumento de medición que se tituló "Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedad cardiovascular".

Para la elaboración del instrumento en mención, se realizó una revisión de la literatura en busca de las variables que deben tenerse en cuenta cuando se aborda el tema de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con enfermedad cardiovascular. De forma adicional a la "Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas basada en comportamientos explícitos", se revisaron otros instrumentos que evalúan la adherencia al tratamiento como el "Cuestionario de adherencia la tratamiento para la hipertensión arterial (CAT_HTA)", el "Cuestionario para la evaluación de la adherencia terapéutica de Martin – Bayarre – Grau" y la escala de autoeficacia general. Con base en dicha revisión se construyó inicialmente un instrumento de 26 ítems, los cuales se agruparon en 6 dimensiones de la siguiente manera:

- Dimensión Ingesta de medicamentos: 2 ítems
- Dimensión Ingesta de alimentos: 3 ítems.
- Dimensión Realización de actividad física: 3 ítems
- Dimensión Manejo de factores de riesgo: 4 ítems
- Dimensión Seguimiento y control: 6 ítems.
- Dimensión Resultados de autoeficacia: 8 ítems

4.1.2 Validez facial y de contenido del instrumento

El instrumento se sometió a validez facial y de contenido por parte de 6 expertos[217] que cumplían algunos de los criterios de Fehring[218], tales como tener maestría en enfermería, disertaciones en el área de interés o tener artículos publicados en relación con el tema de estudio, en este caso la adherencia terapéutica. La búsqueda de los expertos se realizó a través de la base de datos Cvlac, en donde se verificó el cumplimiento de los criterios, posteriormente se realizó contacto vía correo electrónico con los expertos solicitando su participación en el diligenciamiento de los formatos.

- Validez de contenido

La validez de contenido de un instrumento según Cohen & Swerdik[219], hace referencia a identificar que tan adecuado es el muestreo que se hace de una prueba en relación a la totalidad de posibles conductas de acuerdo con lo que se desea medir, es decir, determina que tan apropiados y significativos son los ítems de un instrumento en relación con el constructo que la prueba evalúa[220], por esta razón, es necesario que el constructo este adecuadamente conceptualizado y operacionalizado de manera que todas sus dimensiones sean evaluadas a partir de la redacción de los diferentes reactivos.

Con este fin, la validez de contenido del instrumento denominado "Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular" se realizó solicitando a cada uno de los 6 expertos la evaluación de los 26 ítems del instrumento en términos de su pertinencia con respecto a las dimensiones del cuestionario, clasificándolos finalmente bajo los criterios de "esencial", "útil pero no esencial" y "no necesario".

A partir de dicha evaluación, a cada uno de los ítems del cuestionario se le aplicó la fórmula de razón de validez de contenido (CVR') (Anexo L), la cual hace parte de la modificación realizada por Tristán al modelo de Lawshe[221]. Con base en dichos resultados se decidió eliminar los ítems 4 y 7, dado que Tristán considera como el límite inferior de aceptabilidad de un ítem una CVR' 0.67 cuando la evaluación se ha realizado con 6 expertos[222].

---

[217] PASQUALI, Luiz. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. Revista de psiquiatria clínica, são Paulo. 1998. Vol.25, No. 5, pp. 206 – 13.

[218] PEREIRA, Renata; PESSOA, Rafaella; CAVALCANTE, Fernanda, CARVALHO, Adriana; SILVA, Emanuella; CAMPOS, Emília. Critérios de seleção de *experts* para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. Rev Rene, Fortaleza. 2011. Vol. 12, no. 2, pp. 424-31.

[219] COHEN, Ronald. & SWERDLIK, Mark. Pruebas y evaluación psicológicas: Introducción a las pruebas y a la medición. (4ªed.). 2001. México: Mc Graw Hill.

[220] ESCOBAR, Jazmine; CUERVO Ángela. Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización. Avances en medición. 2008. Vol.6, pp. 27-36.

[221] TRISTÁN, Agustin. Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. Avances En Medición. 2008. No. 6, pp. 37- 48.

[222] Ibíd. pp. 37- 48.

$$CVR' = n_e/N$$

En donde corresponde a la cantidad de expertos que evaluaron el ítem como esencial y N el total del expertos que evaluaron el ítem.

De forma adicional, por sugerencia de los expertos se incluyeron dos ítems que se consideraron relevantes para determinar el fenómeno de la adherencia en la población a estudio: Evito en mi alimentación el consumo de harinas y azucares; consumo alimentos bajos en sal, quedando así un instrumento de 26 ítems nuevamente.

- **Validez facial**

La validez facial determina si en apariencia la prueba mide lo que desea medir, es decir identifica el grado en que los ítems parecen medir lo que se proponen, asegurando así que los ítems del instrumento son adecuados[223].

Para determinar la validez facial del "Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular", se solicitó a cada uno de los 6 expertos la evaluación de los 26 ítems del instrumento en términos de la claridad, comprensión y precisión, en donde cada uno de estos aspectos tenía una puntuación mínima de 1 y máxima de 3.

A partir de dicha evaluación se realizó el calculó el índice de concordancia simple para cada uno de los ítems del instrumento en los tres aspectos (comprensión, claridad y precisión) (Anexo M) a partir de la siguiente fórmula [Ecuación (4.1)]:

$$\rho_i = \frac{1}{n(n-1)}\left[\left(\sum_{j=1}^{k}(n_{ij}^2\right) - (n)\right] \qquad (4.1)$$

En donde *pi* es el grado en que los expertos están de acuerdo con la evaluación del ítem *i, n* es el número de calificaciones del ítem y *k* el número de categorías en las cuales puede ser asignado el ítem, por lo tanto, *nij* corresponde al número de evaluadores que asignan el ítem *i* a la categoría *j.* En este sentido, si los evaluadores están completamente de acuerdo, el *pi* será igual a 1, sin embargo, de acuerdo con Grant & Davis citados por Pupulim[224] se considera que un índice de concordancia es aceptable entre 0.7 y 0.8.

Los resultados obtenidos en el índice de concordancia simple (ICS) para cada uno de los aspectos, sustentaron la eliminación de los ítems 4 y 7 y permitieron realizar ajustes al

[223] CARVAJAL, Op. cit., pp. 63-71.
[224] PUPULIM, Jussara. Satisfação do paciente hospitalizado com sua privacidade física: construção e validação de um instrumento de medida. 2009. Tesis de doctorado.

instrumento acatando las recomendaciones de los expertos (Anexo N). Estos cambios dieron lugar a un cuestionario de 26 ítems nuevamente de los cuales 24 poseen una opción de respuesta tipo Likert y 2 son de selección múltiple.

Teniendo como objetivo determinar el grado de concordancia de los evaluadores[225] en cada una de las dimensiones del instrumento y para el cuestionario general (Anexo O), se realizó el cálculo del índice kappa de Fleiss a partir de la siguiente fórmula [Ecuación (4.1)]:

$$\kappa = \frac{\bar{P} - \bar{P}_e}{1 - \bar{P}_e} \tag{4.1}$$

En donde $\bar{P} - \bar{P}e$ corresponde al grado de concordancia realmente alcanzado por encima del azar y 1 -– $\bar{P}e$ corresponde al grado de concordancia esperable sobre el azar.

Posteriormente a su cálculo se realizó la interpretación de acuerdo a los parámetros establecidos, lo que permitió identificar que las dimensiones ingesta de medicamentos, seguimiento/control y resultados de autoeficacia, mostraron un acuerdo sustancial entre los evaluadores en los aspectos de comprensión, claridad y precisión. Por su parte las dimensiones de ingesta de alimentos y realización de actividad física mostraron un acuerdo sustancial tanto en comprensión como en claridad, pero revelaron un acuerdo aceptable y moderado en términos de precisión respectivamente. Con respecto a la dimensión denominada factores de riesgo, esta reveló un acuerdo sustancial en términos de comprensión y un acuerdo moderado en términos de claridad y precisión. Finalmente, el índice de kappa de Fleiss general, mostró un acuerdo sustancial tanto en la comprensión como en la claridad del cuestionario y un acuerdo moderado en términos de precisión, lo que concuerda con las apreciaciones realizadas por los expertos, llevando así a realizar los ajustes requeridos.

Una vez realizados los cambios al instrumento, este fue sometido a evaluación por parte de 380 personas de diferentes edades, estratos socioeconómicos y escolaridades, con el fin de determinar la comprensibilidad de los 26 ítems. Para dicho procedimiento se diseñó un formato en Google drive, en el cual se indagó acerca de la claridad de los ítems, de manera que los participantes debían evaluarlos bajo los criterios de “se entiende”, “se entiende parcialmente” o “no se entiende”, se solicitó adicionalmente, que si la respuesta era alguna de las dos últimas, debía justificarse la decisión en aras de realizar los ajustes correspondientes.

Las respuestas fueron codificadas (se entiende = 2, se entiende parcialmente = 1 y no se entiende = 0) en una base de datos de Excel, para posteriormente calcular la comprensibilidad neta por ítem, estableciendo que si se presentaba una comprensibilidad

[225] CERDA, Jaime; VILLARROEL, Luis. Evaluación de la concordancia inter-observador en investigación pediátrica. Coeficiente de Kappa. Revista chilena de pediatría. 2008. Vol. 79, no.1, pp. 54-58.

<90% el ítem debía reestructurarse a fondo, entre 90 y 95% debían hacerse ajustes menores, y si la comprensibilidad era ≥95% el ítem se mantenía igual.

A pesar de que la totalidad de los ítems del instrumento reportaron una comprensibilidad superior al 95%, siendo la mínima reportada de 96.05%, se tuvieron en cuenta las apreciaciones de algunos de los participantes y se realizaron los ajustes que se consideraron pertinentes (Anexo P).

Una vez realizados los ajustes previamente mencionados, se obtuvo un instrumento de 29 ítems (Anexo B), de los cuales 27 tienen una opción de respuesta tipo Likert (nunca, casi nunca, pocas veces, frecuentemente, casi siempre y siempre) y los 2 ítems restantes respuestas de selección múltiple.

Para las preguntas 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 23, 24, 25, 26 y 27, las opciones de respuesta tienen las siguientes puntuaciones: nunca = 1, casi nunca = 2, pocas veces = 3, frecuentemente = 4, casi siempre = 5 y siempre =6. Para los ítems 3, 8, 10, 18, 19, 20, 21, y 22, nunca = 6, Casi nunca = 5, pocas veces = 4, frecuentemente = 3, Casi siempre = 2 y siempre = 1, y finalmente para las preguntas de selección múltiple (28 y 29), las puntuaciones son las siguientes: Varias veces al día = 1, una vez al día = 2, varios días a la semana = 3, una vez a la semana = 4, de vez en cuando = 5 y no consumo bebidas alcohólicas/fumo = 6.

En este sentido el instrumento tiene una puntuación mínima de 29 y máxima de 174, de manera que un puntaje mayor indica una mejor adherencia al tratamiento.

4.1.3 Validez de constructo instrumento

La validez de constructo según Carvajal[226], hace referencia al grado en el que un instrumento mide la dimensión evaluativa para la que fue diseñada, es decir, que determina la relación del instrumento con la teoría y con su conceptualización.

La validez de constructo fue evaluada a partir de la aplicación del análisis factorial exploratorio con extracción por componentes principales y rotación Varimax, el cual es un análisis estadístico multivariante que reduce un conjunto de variables interrelacionadas en un número de variables comunes llamados factores[227], de manera que se usa para identificar las dimensiones que establecen las relaciones entre los ítems que componen el instrumento[228].

Para la realización del análisis factorial, previa firma del consentimiento informado, se aplicó la última versión del instrumento a 145 pacientes con diferentes enfermedades

[226] CARVAJAL, Op. Cit., p. 63-71.
[227] WATSON, R; THOMPSON, D. Use of factor analysis. Journal Advanced Nursing literature review. 2006. Vol.55, pp. 330 – 341.
[228] BADIA, X; LIZÁN, L. Estudios de calidad de vida. En: Atención primaria. Conceptos, organización y práctica. Elsevier 2003.

cardiovasculares como angina, hipertensión arterial, infarto agudo de miocardio, enfermedad coronaria, insuficiencia cardiaca y enfermedad valvular.

Dichos resultados se tabularon en una tabla de Excel y a través del programa estadístico SPSS versión 22 con licencia para la Universidad Nacional de Colombia, se procesaron los datos. Se estableció como criterio de extracción de factores, valores propios superiores a 1.41, tal como lo estipula el criterio Gorsuch[229], a partir del cual, el análisis factorial con rotación Varimax arrojó una estructura de 6 componentes que dan cuenta del 57,36% de la varianza explicada (Anexo Q).

De forma adicional, la matriz de componentes principales rotada que se obtuvo del procedimiento estadístico (Anexo R), dejo ver una agrupación de los ítems que no coincide exactamente con las dimensiones definidas previamente en el instrumento, sin embargo, es posible redefinirlas en razón a que las expectativas de autoeficacia están presentes en todos los tratamientos de los pacientes con enfermedad cardiovascular.

Por su parte, el primer componente agrupó los ítems 5 (Evito en mi alimentación el consumo de grasa [pollo con piel, fritos, alimentos de paquete, leche entera, alimentos precocidos]), 6 (Evito en mi alimentación el consumo de harinas y azucares), 7 (Consumo alimentos bajos en sal), 17 (Estoy atento a cualquier signo o síntoma que demuestre un empeoramiento en mi estado de salud como: dolor en el pecho, presión arterial alta o baja, palpitaciones, ahogo o fatiga, inflamación de brazos y piernas), 24 (Soy capaz de cambiar los comportamientos dañinos para mi salud), 25 (Cumplo el tratamiento de mi enfermedad aunque me parezca complicado), 26 (Hago lo que está a mi alcance para mejorarme cuando estoy enfermo) y 27 (Soy capaz de seguir las indicaciones que me da el personal de salud), por lo tanto se denominó expectativas y conductas de autoeficacia.

El segundo componente agrupó los ítems1 (Tomo mis medicamentos en el horario establecido), 2 (Tomo diariamente todos mis medicamentos de acuerdo con la orden médica), 3 (Por alguna razón suspendo mis medicamentos sin la indicación del personal de salud), 4 (Sigo las indicaciones del personal de salud en relación con mi alimentación), 8 (Por alguna razón dejo de seguir las recomendaciones de la alimentación dadas por el personal de salud) y 21 (Si en poco tiempo no presento mejoría en mi salud, suspendo mis medicamentos), por lo que se denominó seguimiento a las indicaciones del personal de salud en relación con la ingesta de medicamentos y alimentos.

El tercer componente agrupó los ítems 18 (Necesito que otras personas me recuerden que debo tomar mis medicamentos), 19 (Necesito que otras personas me recuerden que debo seguir la alimentación ordenada por el personal de salud) y 20 (Necesito que otras personas me recuerden que debo hacer el ejercicio físico ordenado por el personal de salud), razón por la cual se denominó necesidad de apoyo para la adherencia.

[229] CAMPO, Adalberto; HERAZO, Edwin; OVIEDO, Heidi. Análisis de factores: fundamentos para la evaluación de instrumentos de medición en salud mental. Revista colombiana de psiquiatría. 2012. Vol. 41, No. 3, pp. 659-671.

El cuarto componente agrupó los ítems 14, (Asisto a las consultas médicas programadas), 15 (Asisto a los controles de enfermería programados), 16 (Me realizo los exámenes de laboratorio y otros exámenes en los periodos que los profesionales de la salud me indican), 28 (¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?) y 29 (¿Con qué frecuencia fuma?), por lo que se denominó conductas esperadas de adherencia a largo plazo.

El quinto componente agrupó los ítems 12 (Realizo actividades que me ayuden a manejar el estrés o las situaciones tensionantes), 13 (Cuando estoy angustiado, hago algo que me ayude a sentirme mejor) y 23 (Puedo manejar las situaciones tensionantes o que me producen estrés), por lo tanto se denominó manejo de las situaciones tensionantes.

Finalmente, el sexto componente agrupó los ítems 9 (Realizo el ejercicio físico indicado por el personal de salud), 10 (Por alguna razón suspendo el ejercicio físico sin la indicación del personal de salud), 11 (Realizo ejercicio físico al menos 3 veces por semana, con una duración mínima de 30 minutos en cada oportunidad) y 22 (Si en poco tiempo no presento mejoría en mi salud, suspendo el ejercicio físico), por lo que se denominó realización de actividad física.

4.1.4 Confiabilidad: Consistencia interna del instrumento

La consistencia interna de un instrumento indica el grado en el que los ítems que hacen parte de una escala se correlacionan, es decir, según Fortín citado por Carvajal, mide la homogeneidad de los enunciados de un instrumento indicando la relación entre ellos[230].

Para determinar la consistencia interna general y por dimensiones del “Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular” se calculó el alfa de Cronbach, el cual según Nunnally, mide la correlación de los ítems dentro del cuestionario y valora como cada uno de ellos estima las mismas características[231].

Con respecto a la interpretación de este parámetro, George y Mallery citados por Carvajal[232] consideran que un alfa de Cronbach menor a 0.5 denota un nivel de fiabilidad no aceptable; entre 0.5 y 0.6 un nivel pobre; entre 0.6 y 0.7 un nivel débil, entre 0.7 y 0.8 un nivel aceptable; entre 0.8 y 0.9 un nivel bueno y un valor superior a 0.9 un nivel excelente de fiabilidad.

El alfa de Cronbach para el instrumento general reportó 0.837, lo cual indica un buen nivel de fiabilidad y con ello de correlación entre los ítems del cuestionario. Adicionalmente, se puede evidenciar que el alfa de Cronbach no presenta variaciones significativas cuando alguno de los ítems del cuestionario es eliminado, de manera que este fluctúa entre 0.825 y 0,840 (Anexo S).

---

[230] CARVAJAL, Op. Cit., p. 63-71.
[231] NUNALLY J. Psychometric theory. New York. Mac Graw Hill.1978.
[232] CARVAJAL, Op. Cit., p. 63–71.

Por otra parte, fue calculado el alfa de Cronbach para cada una de las dimensiones arrojadas por al análisis factorial encontrando unos valores buenos de fiabilidad tanto para la dimensión de conductas y expectativas de autoeficacia como para la dimensión de necesidad de apoyo para la adherencia; un valor aceptable para la dimensión de seguimiento a las indicaciones del personal de salud en relación con la ingesta de medicamentos y alimentos; una fiabilidad débil para las dimensiones de realización de actividad física y manejo de las situaciones tensionantes y finalmente un valor pobre para la dimensión de conductas esperadas de adherencia a la largo plazo (Anexo T).

Una vez realizada la validación facial, de contenido y de constructo del instrumento, así como el análisis de la consistencia interna del mismo, se procedió a su utilización en el proceso de recolección de datos de la adherencia al tratamiento de los pacientes en pos infarto agudo de miocardio incluidos en la prueba piloto y en la presente investigación.

4.2 Segunda fase: Prueba piloto

Con el objetivo de refinar la estrategia de aleatorización y la intervención, se realizó una prueba piloto con 12 pacientes, 6 para el grupo control y 6 para el grupo experimental.

La aleatorización se llevó a cabo a partir de una lista de 12 números aleatorios entre 0 y 1 generada por computador, con base en la cual se asignaron en orden de llegada los pacientes a los grupos, siendo 0 una asignación al grupo control y 1 al grupo experimental.

El análisis de las características socio-demográficas de los grupos arrojó para el grupo control una edad media de 59 años, una mediana de 56 años, con un mínimo de 51 años y un máximo de 75 años; mientas que para el grupo experimental una media de 64 años, una mediana de 65.5 años, un mínimo de 50 años y un máximo de 76 años.

Con respecto al género el grupo control presentó la misma proporción de pacientes masculinos y femeninos, mientras que para el grupo experimental el 67% de los pacientes fueron de género masculino. Con respecto a los estratos socioeconómicos, en el grupo control predominaron los estratos 2 y 3, mientras que el experimental los estratos 2 y 5, y finalmente en ambos grupos predominó el estado civil casado, la escolaridad universitaria y una red de apoyo conformada por los esposos e hijos.

Con la realización de la prueba piloto, se demostró que la estrategia de aleatorización permite obtener grupos de pacientes con características socio-demográficas similares, para la comparación posterior tras la intervención de enfermería, de forma adicional, la prueba piloto contribuyó para obtener la desviación estándar del instrumento con la cual se recalculó el tamaño muestral y ratificó la posibilidad de realizar una entrevista motivacional presencial y dos telefónicas, así como los seguimientos a la adherencia una y cinco semanas después de terminada la intervención.

4.3 Segunda fase: Análisis e interpretación de datos

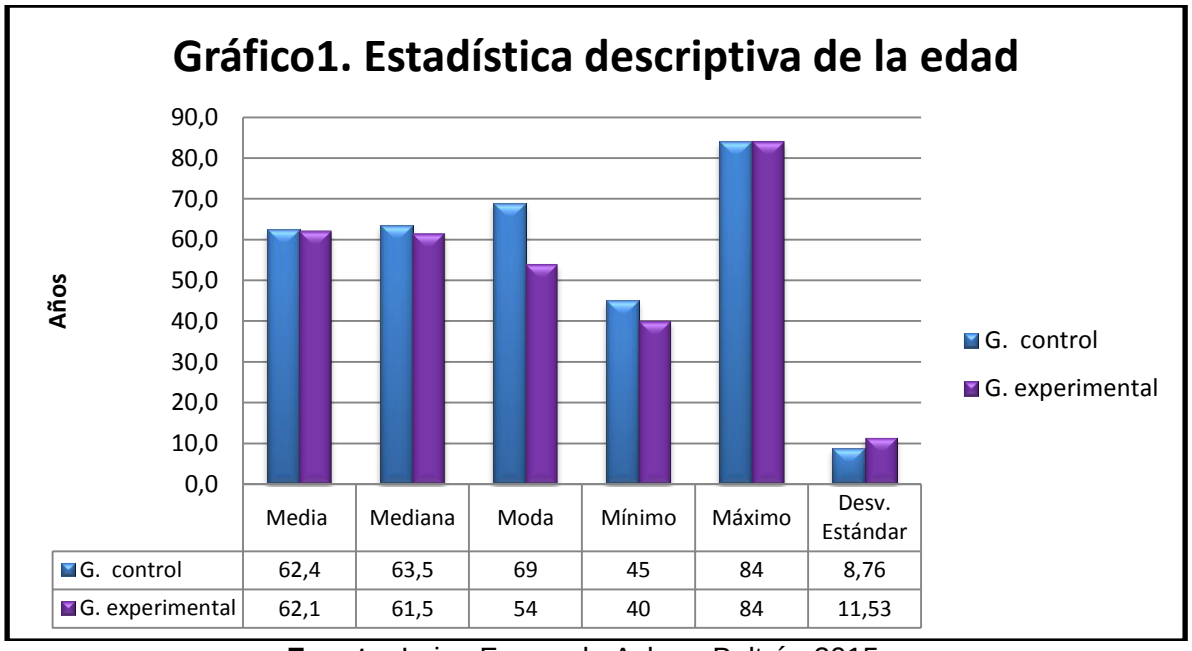
Con el objetivo de responder a los objetivos de la investigación se aplicó estadística descriptiva para el análisis de las variables socio-demográficas y de los promedios de adherencia para cada uno de los grupos en las tres mediciones establecidas en el estudio. Se utilizó la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney en el análisis de los resultados entre los grupos control y experimental para la evaluación cuantitativa de la estrategia de Enfermería y de forma adicional, se ejecutaron las pruebas de Wilcoxon y Friedman, así como el test t para el análisis de la modificación de la adherencia intra-grupo.

4.3.1 Descripción de las características socio-demográficas

La muestra de la presente investigación estuvo conformada por 44 pacientes que habían sufrido un infarto agudo de miocardio y que asistían a la fase II del programa de rehabilitación cardiaca de la institución seleccionada para el estudio, de los cuales, 22 hicieron parte del grupo control y 22 del grupo experimental.

El análisis de las características socio demográficas de cada uno de los grupos se realizó utilizando estadística descriptiva con ayuda del programa Excel. Para cada uno de los grupos se analizaron las variables de edad (Gráfica 4-1), género (Gráfica 4-2), estado civil (Gráfica 4-3), escolaridad (Gráfica 4-4), estrato socioeconómico (Gráfica 4-5) y red de apoyo (Gráfica 4-6).

- **Gráfica 4-1: Edad**



	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	Desv. Estándar
G. control	62,4	63,5	69	45	84	8,76
G. experimental	62,1	61,5	54	40	84	11,53

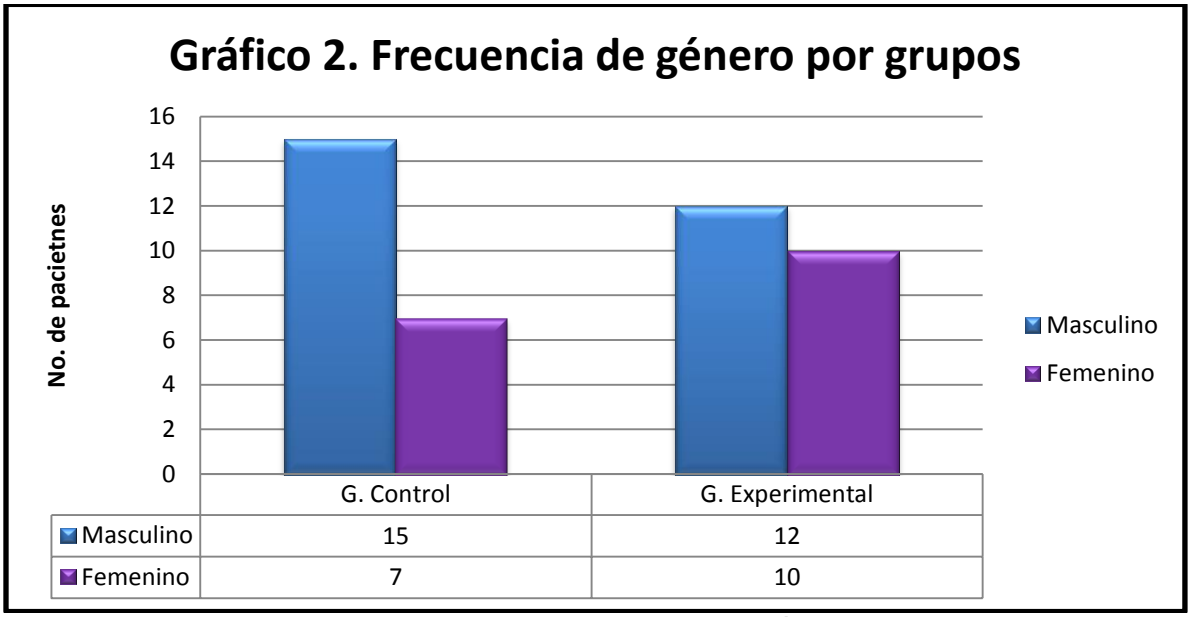
Fuente: Luisa Fernanda Achury Beltrán 2015.

La estadística descriptiva de la variable edad, mostró datos similares tanto para el grupo control como para el experimental, lo que demuestra la equivalencia de los dos grupos en

términos de esta variable. Para los dos grupos la edad máxima fue de 84 años y la media de 62 años; mientras que la mediana, la moda y el mínimo fueron ligeramente superiores en el grupo control. Por su parte, la desviación estándar de la edad fue de 8,76 y 11,53 para el grupo control y experimental respectivamente.

Estos hallazgos concuerdan de forma general con los datos reportados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) [233] y la OPS[234] en donde la enfermedad isquémica del corazón es la principal causa de muerte en personas mayores de 45 y 55 años de edad en Colombia. Además, son similares al estudio realizado por Chavarriaga[235] y colaboradores, quienes encontraron una media de 62 años con una desviación estándar de 13 y al estudio de Bernal y colaboradores[236], quienes al caracterizar los síntomas de angina en pacientes masculinos con enfermedad coronaria encontraron edades entre los 41 y 80 años.

- **Gráfica 4-2: Género**



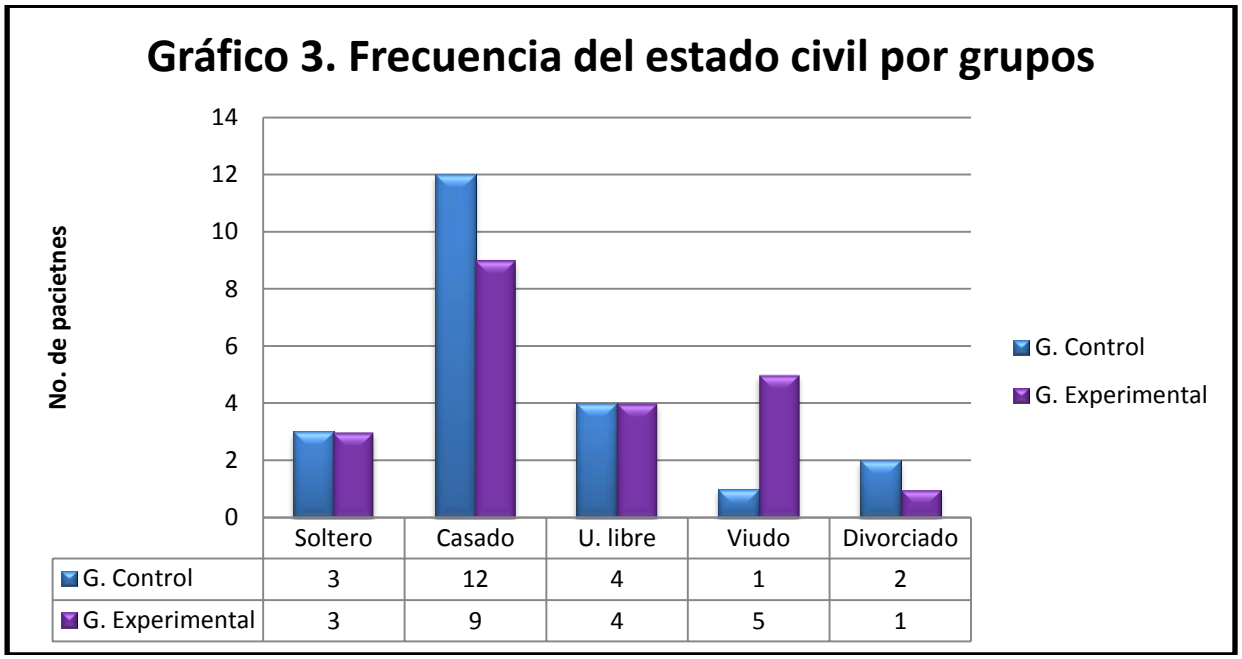
Fuente: Luisa Fernanda Achury Beltrán 2015.

[233] COLOMBIA. Op. Cit., pp. 26.
[234] SENIOR, Juan, et al. Guía de práctica clínica para pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo: atención inicial y revascularización. Revista colombiana de Cardiología. 2013. Vol. 20, no. 3, pp. 46.
[235] CAVARRIAGA, Juan; BELTRÁN, Javier; SENIOR, Juan; FERNÁNDEZ, Andrés; RODRIGUEZ, Arturo; TORO, Juan. Características epidemiológicas, clínicas, tratamiento y pronóstico de los pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo en unidad especializada. Acta médica Colombiana. 2014. Vol. 39, no. 1, pp. 21-28.
[236] BERNAL, Clemencia; PACHECO, Adriana; NUÑEZ, Jhoanna; RINCON, Fanny. Caracterización de los síntomas de angina en hombres adultos con cateterismo cardiaco positivo para enfermedad coronaria. Revista colombiana de cardiología. 2013. Vol.20, no.3, pp. 138 – 146.

La distribución por género muestra una mayor frecuencia de hombres tanto en el grupo control como en el grupo experimental, sin embargo, el grupo experimental tiene una mayor cantidad de pacientes de género femenino versus el grupo control.

Estos hallazgos concuerdan con la literatura que revela que el riesgo de desarrollar enfermedad coronaria después de los 40 años es de 49% para los hombres y 32% para las mujeres[237], de forma adicional estos resultados son similares a los encontrados en el estudio de Bedoya y colaboradores[238], quienes en su estudio descriptivo sobre el infarto agudo de miocardio encontraron que el 66.2% de los pacientes correspondían al género masculino y el 33.8% restante al género femenino.

- **Gráfica 4-3: Estado civil**



	Soltero	Casado	U. libre	Viudo	Divorciado
G. Control	3	12	4	1	2
G. Experimental	3	9	4	5	1

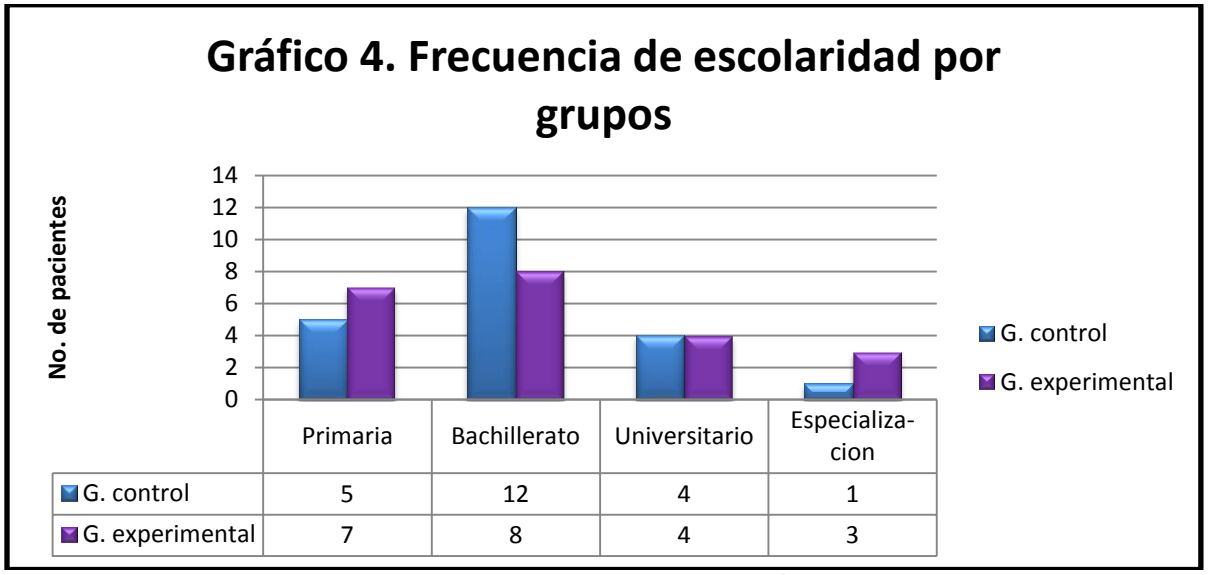
Fuente: Luisa Fernanda Achury Beltrán 2015.

Con respecto al estado civil, tanto el grupo control como el grupo experimental presentaron las mismas frecuencias de pacientes solteros y en unión libre; para los estados civiles casado y divorciado se presentó una mayor frecuencia en el grupo control a diferencia del estado civil viudo en donde la frecuencia fue mayor para el grupo experimental.

[237] CASSIANI, Carlos; CABRERA, Armando. Síndromes coronarios agudos: epidemiología y diagnóstico. Salud Uninorte. 2009. Vol. 35, no. 1, pp. 118 – 134.
[238] BEDOYA, Tatiana; DÍEZ, Diana; LOAIZA, Julián; VALENCIA, Johanna; VERGEL, María; CASTAÑO, Oscar; CASTAÑO, José. Estudio descriptivo sobre infarto agudo de miocardio en el hospital de Caldas ESE entre 1996 – 2002. Colombia médica. 2004. Vol.35, no. 3, pp. 126 – 130.

Cabe resaltar que para los dos grupos la mayoría de los pacientes se encuentran casados, estos datos son similares al estudio de Reyes[239] y colaboradores quienes encontraron que el 62.8% de los pacientes tenían un compañero/a estable (casados o unión libre), mientras que el 25,6%, 6,4% y 5,1% se encontraban viudos, divorciados y soleros respectivamente. De forma similar, el estudio de Samperio y colaboradores[240] encontró que el 79,2% de los pacientes estaban casados, lo cual según ellos favorece significativamente la adherencia ya que la presencia de familias nucleares se considera como un factor protector.

- **Gráfica 4-4: Escolaridad**



Fuente: Luisa Fernanda Achury Beltrán 2015.

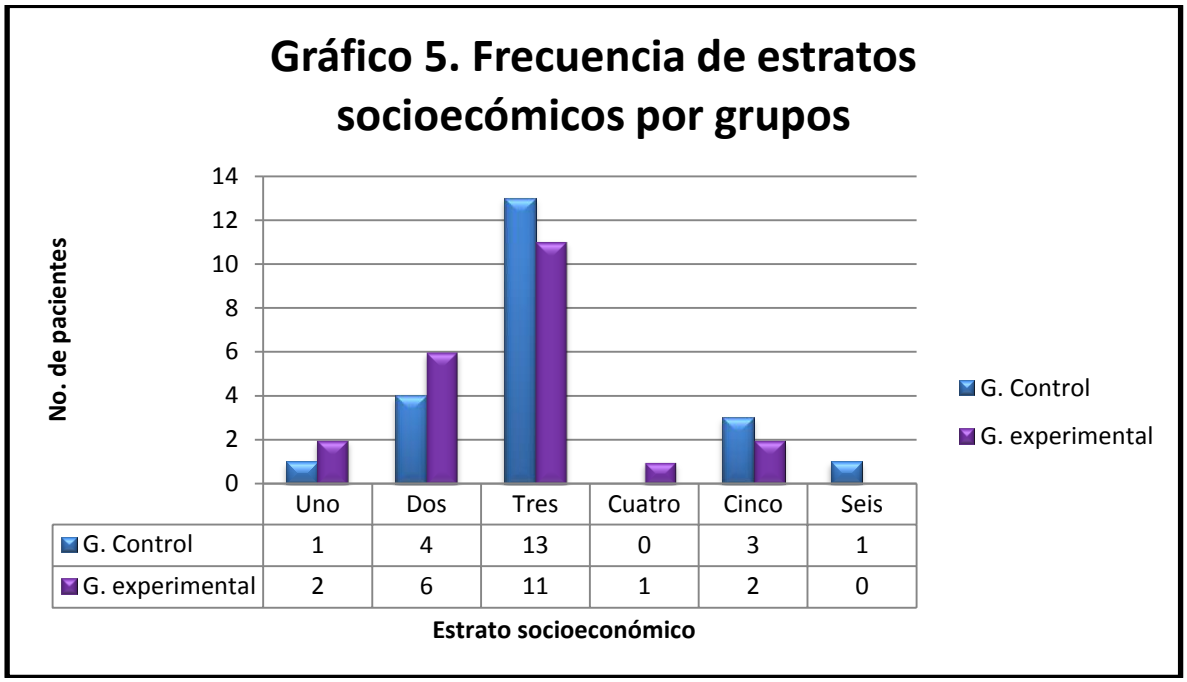
En la variable escolaridad, los dos grupos presentaron la misma frecuencia de pacientes universitarios, sin embargo, para el grupo control fue mayor la frecuencia de pacientes tenían formación de bachillerato y para el grupo experimental la frecuencia de los pacientes con primaria y especialización.

En general los dos grupos presentan una mayor frecuencia de pacientes con niveles medios y superior de escolaridad, lo que de acuerdo a la literatura puede estar relacionado con la adherencia a los tratamientos en tanto se espera que una mayor escolaridad facilite en entendimiento, la apropiación y el cumplimiento de las actividades

[239] REYES, Carlos; HINCAPIE, Mauricio; HERRERA, Julián; MOYANO, Pablo. Factores de estrés y apoyo psicosocial en pacientes con infarto agudo de miocardio. Cali, 2001 – 2002. Colombia Médica. 2004. Vol. 35, no. 4, pp. 199 – 204.
[240] SAMPERIO, L; BRAVO, L; CORIA, A. Estructura y funcionalidad familiar en la rehabilitación cardiaca ambulatoria. Archivos en medicina familiar. 2009. Vol. 11, no. 3, pp. 106 – 112.

prescritas como parte del manejo de la enfermedad [241] [242] [243]. No obstante, el estudio de Bastidas[244] encontró que la diferencia de nivel educativo no generó influencia sobre la adherencia al tratamiento dado que niveles muy opuestos de educación como universitario y primaria incompleta dieron lugar a niveles de adherencia similares, en este mismo sentido, un estudio realizado con pacientes hipertensos en Cuba[245] también dejó ver que una mayor escolaridad se asocia a menor adherencia al tratamiento farmacológico.

- **Gráfica 4-5: Estrato socioeconómico**



Fuente: Luisa Fernanda Achury Beltrán 2015.

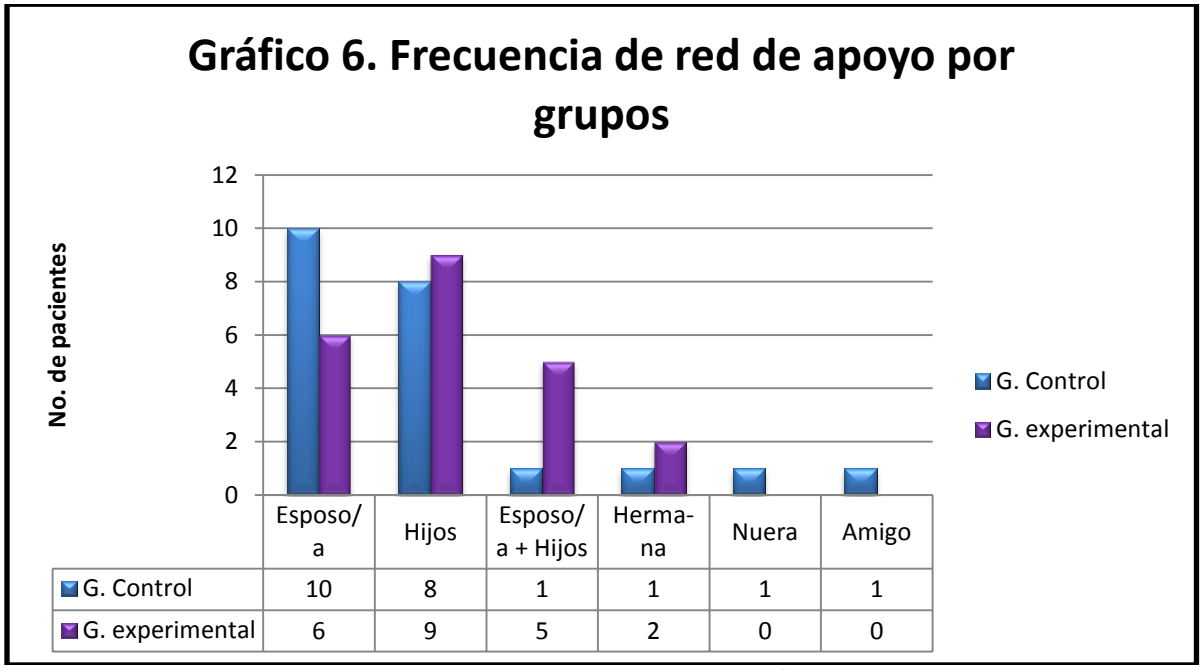
La frecuencia de estratos socioeconómicos es similar tanto en el grupo control como en el grupo experimental; para los dos, la mayor cantidad de pacientes residen en el estrato

[241] OMS, Op. Cit., 2003.
[242] ACHURY, Op. cit. 2007
[243] AKPA, MR; AGOMUOH, DI; ODIA, OJ. Compliance among hypertensive patients in Port Harcourt, Nigeria. Niger J Med. 2005. Vol.14, pp. 55-57.
[244] BASTIDAS, Clara. Asociación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con alguna condición de enfermedad coronaria. Avances en enfermería. 2007. Vol. XXV, no. 2, pp. 65 – 75.
[245] AGAMES, Adriana; HERNÁNDEZ, Rodolfo; CERVERA, Lex; RODRIGUEZ, Yarmein. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo. Revista archivo médico de Camagüey. 2008. Vol. 12, no. 5. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000500009&lng=es&nrm=iso>.

socioeconómico 3, lo cual es similar a los resultados del estudio de Reyes[246], quien encontró que el 26.9% de los pacientes de su investigación pertenecían a este estrato.

A pesar de que el nivel socioeconómico no se considera como un factor predictor de adherencia, a este se le atribuye un efecto importante cuando de pobreza, analfabetismo y desempleo se trata[247], por lo tanto, el estrato socioeconómico 3, clasificado como nivel medio, marcará algunas características que pueden llegar a relacionarse con la adherencia al tratamiento, ya que se espera que a mayores recursos y capacidades adquisitivas, los pacientes tengan una mayor probabilidad de acceder al sistema de salud y con ello cumplir con los tratamientos de la enfermedad [248] [249].

- **Gráfica 4-6: Red de apoyo**



	Esposo/a	Hijos	Esposo/a + Hijos	Herma-na	Nuera	Amigo
G. Control	10	8	1	1	1	1
G. experimental	6	9	5	2	0	0

Fuente: Luisa Fernanda Achury Beltrán 2015.

El grupo control tiene una mayor frecuencia de pacientes con esposo/a como red de apoyo, mientras que para el grupo experimental se evidencia una mayor frecuencia en las redes de apoyo hijos y esposa/o +hijos.

[246] REYES. Op. cit., pp. 199 – 204
[247] ALFONSO, Libertad; BAYARRE, Héctor; LA ROSA MATOS, Yadmila; ORBAY, María de la concepción; RODRÍGUEZ, Jesús; VENTO, Félix; ACOSTA, Magda. Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. Revista cubana de salud pública. 2007. Vol. 33, no. 3, pp. 1-10.
[248] ACHURY, Op. Cit., 2007.
[249] HERRERA, Op. Cit., pp. 67-75.

Vale la pena resaltar que para los dos grupos la principal red de apoyo se encuentra en el núcleo familiar, de manera que ello puede comportarse como un factor generador de adherencia, puesto que la familia es el contexto social primario en el que se desenvuelve el paciente que ha sufrido un infarto agudo al miocardio, estas afirmaciones se relacionan con el estudio de Samperio y colaboradores quienes encontraron una mayor adherencia terapéutica en pacientes con familias nucleares y con adecuada funcionalidad[250].

Sin embargo, como se mencionó anteriormente, es importante destacar que el apoyo social también puede en determinados momentos entorpecer la adherencia en razón a que un familiar o cónyuge excesivamente crítico o que genere culpabilidad puede producir un aumento en la falta de cumplimiento de los tratamientos[251].

4.3.2 Adherencia al tratamiento de los pacientes del grupo control y experimental en la medición basal

A través del uso de estadística descriptiva se realizó un análisis inicial de los reportes de adherencia tanto en el grupo control como en el grupo experimental, el cual se muestra en la Tabla 4-1.

Tabla 4-1 Resultados de la estadística descriptiva para el análisis de la adherencia de los grupos en la medición basal

Análisis de la primera medición		
Variable	**G. control**	**G. experimental**
Media	167	164
Mediana	169	167
Mínimo	152	145
Máximo	174	171

Fuente: Luisa Fernanda Achury Beltrán 2015.

La medición basal de la adherencia mostró tanto para el grupo experimental como para el grupo control valores similares en todas las estadísticas, lo cual concuerda con los resultados que se muestran más adelante en la tabla 4.4, en donde se evidencia que esta diferencia no es estadísticamente significativa (p 0.068), lo que hace comparables los grupos del estudio.

[250] SAMPERIO. Op.Cit., pp. 106 – 112.
[251] ORTEGO. Op. cit., p, 1-8

4.3.3 Adherencia al tratamiento de los pacientes del grupo control y experimental una semana después de culminada la intervención

Con el uso de estadística descriptiva se realizó también el análisis de los reportes de adherencia tanto en el grupo control como en el grupo experimental para la segunda medición, la cual se obtuvo una semana después de culminadas las tres sesiones de entrevista motivacional. Los resultados del análisis se reflejan en la Tabla 4-2

Tabla 4-2. Resultados de la estadística descriptiva para el análisis de la adherencia de los grupos en la segunda medición.

Análisis de la segunda medición		
Variable	**G. control**	**G. experimental**
Media	170	169
Mediana	170	171
Mínimo	164	152
Máximo	174	174

Fuente: Luisa Fernanda Achury Beltrán 2015.

El análisis para la segunda medición mostró para los dos grupos un incremento en las estadísticas, siendo importante destacar que para el grupo experimental la media de la adherencia incremento en 5 puntos mientras que para el control solo 3, no obstante, a pesar de dicho aumento como se muestra en la tabla 4.4, tampoco existieron diferencias estadísticamente significativas en el reporte de adherencia global entre los dos grupos (p 0.705).

4.3.4 Adherencia al tratamiento de los pacientes del grupo control y experimental cinco semanas después de culminada la intervención

A partir del uso de estadística descriptiva se realizó además el análisis de los reportes de adherencia tanto en el grupo control como en el grupo experimental para la tercera medición, la cual se realizó cinco semanas después de culminadas las tres sesiones de entrevista motivacional, como se muestra en la Tabla 4-3.

Tabla 4-3. **.** Resultados de la estadística descriptiva para el análisis de la adherencia de los grupos en la tercera medición.

Análisis de la tercera medición		
Variable	**G. control**	**G. experimental**
Media	169	167
Mediana	169	168
Mínimo	160	153
Máximo	174	174

Fuente: Luisa Fernanda Achury Beltrán 2015.

El análisis de la tercera medición reveló un descenso en la media de la adherencia para los dos grupos, sin que ninguno de ellos alcanzara valores iguales o inferiores a la medición inicial; sin embargo, como se muestra en la tabla 4.4, las diferencias no fueron estadísticamente significativas entre los grupos para esta medición (p 0,253).

4.3.5 Efecto de la intervención de enfermería basada en la entrevista motivacional sobre la adherencia de los pacientes.

El diseño de la presente investigación contempló tanto la conformación aleatoria de un grupo control y un grupo experimental, como la realización de mediciones repetidas de la adherencia al tratamiento, las cuales se obtuvieron al inicio del estudio, y una y cinco semanas después de haber culminado la intervención de enfermería, para un total de 3 mediciones.

Para determinar si la intervención de enfermería basada en la entrevista motivacional generaba cambios en la adherencia al tratamiento de los pacientes pos infarto agudo de miocardio que asistían a la fase II de un programa de rehabilitación cardiaca, el análisis estadístico se orientó de dos formas: el primero dirigido hacia la comparación del grupo experimental frente al grupo control, denominado análisis inter-grupal y el segundo, enfocado hacia el análisis de la evolución de la adherencia de los individuos en cada uno de los grupos, denominado análisis intra-grupal.

- **Análisis inter-grupal de la adherencia al tratamiento**

El análisis inter-grupal contempló la interpretación de los resultados de la adherencia y sus dimensiones en cada una de las mediciones, para lo cual se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney que permite comparar las medias de dos grupos independientes[252] y cuyos resultados se relacionan en la Tabla 4-4.

[252] MARTINEZ, M; CALAZANZ, M. Variables cuantitativas: comparación de la media entre dos grupos. En: Bioestadística amigable. Ediciones Díaz de Santos. 2001. Pp. 230.

Tabla 4-4. Tabla de compilación de los resultados de la prueba de U de Mann-Whitney para la comparación inter-grupal del total y las dimensiones en cada una de las mediciones.

Variable	Prueba de U de Mann-Whitney	
	Valor de la estadística	Valor P
Totales de adherencia		
Total primera medición	164,500	0.068
Total segunda medición	226,000	0.705
Total tercera medición	193,500	0.253
1ra dimensión: Expectativas y conductas de autoeficacia		
Dimensión 1 en la primera medición	211,000	0,450
Dimensión 1 en la segunda medición	216,000	0,494
Dimensión 1 en la tercera medición	234,000	0,838
2da dimensión: Seguimiento a las indicaciones del personal de salud en R/C la ingesta de medicamentos y alimentos		
Dimensión 2 en la primera medición	218,500	0,571
Dimensión 2 en la segunda medición	208,500	0,384
Dimensión 2 en la tercera medición	200,000	0,284
3ra dimensión: Necesidad de apoyo para la adherencia		
Dimensión 3 en la primera medición	226,000	0,675
Dimensión 3 en la segunda medición	219,500	0,512
Dimensión 3 en la tercera medición	220,000	0,480
4ta dimensión: Conductas de adherencia a largo plazo		
Dimensión 4 en la primera medición	234,000	0,803
Dimensión 4 en la segunda medición	240,500	0,953
Dimensión 4 en la tercera medición	222,500	0,494
5ta dimensión: Manejo de las situaciones tensionantes		
Dimensión 5 en la primera medición	184,500	0,169
Dimensión 5 en la segunda medición	208,500	0,408
Dimensión 5 en la tercera medición	140,000	0,013
6ta dimensión: Realización de actividad física.		
Dimensión 6 en la primera medición	232,000	0,765
Dimensión 6 en la segunda medición	239,500	0,940
Dimensión 6 en la tercera medición	222,500	0,612

Fuente: Luisa Fernanda Achury Beltrán 2015

El análisis inter-grupal demostró una diferencia estadísticamente significativa en la tercera medición de la quinta dimensión que corresponde al manejo de las situaciones tensionantes, mientras que en el resto del análisis de comparación entre el grupo experimental y control, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Estos hallazgos demuestran que la intervención de enfermería basada en la entrevista motivacional es capaz de incrementar la adherencia a las estrategias para el manejo del estrés y de las situaciones tensionantes, pero el resultado solo logra verse reflejado 5 semanas después de culminada la intervención.

- **Análisis intra-grupal de la adherencia al tratamiento**

El análisis intra-grupal se realizó de dos formas: puntual y global.

Análisis intra-grupal puntual

El análisis intra-grupal puntual comparó el resultado total de la adherencia y cada una de las dimensiones en los diferentes momentos (Diferencia entre la primera y segunda medición, diferencia entre la segunda y tercera medición, diferencia entre la primera y tercera medición), para lo cual se utilizó la prueba de Wilcoxon la cual permite comparar dos muestras relacionadas[253], tal como se muestra en la Tabla 4-5.

[253] CASTILLA, Luis; CRAVIOTO, Joaquin. Prueba de Wilcoxon de rangos señalados y pares igualados para dos muestras dependientes. En: Estadística simplificada para la investigación en salud. Editorial Trillas. 1991

Tabla 4-5. Tabla de compilación de los resultados de la prueba de Wilcoxon para la comparación puntual del total y las dimensiones en cada uno de los momentos.

Variable	Grupo control	Grupo experim
Diferencias entre la primera y segunda medición		
Adherencia total.	0.020	<0.0001
Dimensión 1: Expectativas y conductas de autoeficacia.	0.011	0.004
Dimensión 2: Seguimiento a las indicaciones del personal de salud en R/C la ingesta de medicamentos y alimentos.	0.086	0.096
Dimensión 3: Necesidad de apoyo para la adherencia.	0.340	0.266
Dimensión 4: Conductas de adherencia a largo plazo.	0.480	0.257
Dimensión 5: Manejo de las situaciones tensionantes.	0.081	0.006
Dimensión 6: Realización de actividad física.	0.835	0.072
Diferencias entre la segunda y tercera medición		
Adherencia total.	0.124	0.007
Dimensión 1: Expectativas y conductas de autoeficacia.	0.499	0.417
Dimensión 2: Seguimiento a las indicaciones del personal de salud en R/C la ingesta de medicamentos y alimentos.	0.122	0.974
Dimensión 3: Necesidad de apoyo para la adherencia.	0.726	0.066
Dimensión 4: Conductas de adherencia a largo plazo	1.000	0.317
Dimensión 5: Manejo de las situaciones tensionantes.	0.949	0.061
Dimensión 6: Realización de actividad física.	0.056	0.049
Diferencias entre la primera y tercera medición		
Adherencia total.	0.045	0.007
Dimensión 1: Expectativas y conductas de autoeficacia.	0.048	0.013
Dimensión 2: Seguimiento a las indicaciones del personal de salud en R/C la ingesta de medicamentos y alimentos.	0.462	0.175
Dimensión 3: Necesidad de apoyo para la adherencia.	0.132	0.013
Dimensión 4: Conductas de adherencia a largo plazo.	0.414	0.655
Dimensión 5: Manejo de las situaciones tensionantes.	0.134	0.240
Dimensión 6: Realización de actividad física.	0.259	0.477

Fuente: Luisa Fernanda Achury Beltrán 2015.

La prueba de Wilcoxon dejó ver en el análisis intra-grupal puntual del grupo control, un cambio estadísticamente significativo en la adherencia total y en la dimensión 1 que corresponde a las “expectativas y conductas de autoeficacia”, tanto en la diferencia entre la primera y segunda medición como en la diferencia entre la primera y tercera medición.

Por otra parte, en el grupo experimental la prueba de Wilcoxon calculada a las diferencias entre la primera y segunda medición dejaron ver cambios estadísticamente

significativos en la adherencia total, la dimensión 1 y la dimensión 5 que corresponden a las “expectativas y conductas de autoeficacia” y al “manejo de las situaciones tensionantes” respectivamente. Con respecto a las diferencias entre la segunda y tercera medición, los cambios estadísticamente significativos se encontraron en la adherencia total y en la dimensión 6 que corresponde a la “realización de actividad física”, y finalmente para las diferencias entre la primera y tercera medición, los cambios estadísticamente significativos en la adherencia total, la dimensión 1 y la dimensión 3 que corresponden respectivamente a las “expectativas y conductas de autoeficacia” y a la “necesidad de apoyo para la adherencia”.

Estos resultados muestran que si bien las intervenciones ejecutadas como parte de los programas de rehabilitación cardiaca son capaces de generar cambios importantes en la adherencia global y en las expectativas y conductas de autoeficacia tanto en la segunda como en la tercera medición con respecto a los resultados iniciales, la intervención de enfermería basada en la entrevista motivacional genera cambios significativos en la adherencia global en los tres momentos y en una mayor cantidad de dimensiones.

Análisis intra-grupal global

El análisis intra-grupal global tuvo como finalidad evaluar para cada uno de los grupos el cambio general en la adherencia y en sus dimensiones, para lo que se utilizó la prueba de Friedman, como se registra en la Tabla 4-6 y Tabla 4-7.

La prueba de Friedman es una prueba no paramétrica de comparación de tres o más muestras relacionadas, por lo tanto se usa para comparar más de dos mediciones de rangos (medianas) y determinar si existe diferencia estadísticamente significativa. Esta prueba, es una extensión de la prueba de Wilcoxon que permite incluir datos registrados en más de dos periodos de tiempo o en grupos de tres o más sujetos relacionados[254].

[254] GÓMEZ, Manuel; DANGLOT-BANCK, Cecilia; VEGA-FRANCO, Leopoldo. Sinopsis de pruebas estadísticas no paramétricas. Revista Mexicana de pediatría. 2003. Vol. 70, no. 2, pp. 91-99.

Tabla 4-6. Tabla de compilación de los rangos promedio de la prueba de Friedman para la evaluación global de la adherencia y de las dimensiones en cada uno de los grupos.

Variable	Medición	Rangos promedio de la prueba de Friedman	
		Grupo control	Grupo experim
Total de adherencia	Primera	1,61	1,27
	Segunda	2,39	2,61
	Tercera	2,00	2,11
Dimensión 1 Expectativas y conductas de autoeficacia.	Primera	1,66	1,52
	Segunda	2,27	2,27
	Tercera	2,07	2,20
Dimensión 2 Seguimiento a las indicaciones del personal de salud en R/C la ingesta de medicamentos y alimentos.	Primera	1,68	1,64
	Segunda	2,30	2,18
	Tercera	2,02	2,18
Dimensión 3 Necesidad de apoyo para la adherencia.	Primera	1,84	1,68
	Segunda	2,02	2,05
	Tercera	2,14	2,27
Dimensión 4 Conductas de adherencia a largo plazo.	Primera	1,91	1,91
	Segunda	2,07	2,11
	Tercera	2,02	1,98
Dimensión 5 Manejo de las situaciones tensionantes.	Primera	1,77	1,64
	Segunda	2,16	2,43
	Tercera	2,07	1,93
Dimensión 6 Realización de actividad física.	Primera	2,05	2,02
	Segunda	2,09	2,20
	Tercera	1,86	1,77

Fuente: Luisa Fernanda Achury Beltrán 2015.

Para el grupo control los rangos promedio de la prueba de Friedman revelaron que la adherencia global y las dimensiones 1 (expectativas y conductas de autoeficacia), 2 (seguimiento a las indicaciones del personal de salud en relación con la ingesta de medicamentos y alimentos), 3 (necesidad de apoyo para la adherencia), 4 (conductas de adherencia a largo plazo) y 5 (manejo de las situaciones tensionantes) se incrementaron en la segunda medición después de la participación de los pacientes en las intervenciones que hacen parte del programa de rehabilitación cardiaca, no obstante, con el tiempo ello comenzó a disminuir, obteniéndose así en la tercera medición niveles más bajos en la adherencia global y en dichas dimensiones, aunque sin llegar a los valores registrados en la medición inicial. Para este mismo grupo, la dimensión 6 (realización de

actividad física) experimentó un comportamiento diferente puesto que en la segunda medición hubo un incremento en la adherencia, pero para la tercera medición la adherencia se redujo hasta valores inferiores a la medición inicial.

Para el grupo experimental los rangos mostraron en la adherencia global y en las dimensiones 1 (expectativas y conductas de autoeficacia), 4 (conductas esperadas de adherencia a largo plazo) y 5 (manejo de las situaciones tensionantes) un incremento en la segunda medición después de la implementación de la intervención de enfermería basada en la entrevista motivacional, sin embargo de forma similar a lo ocurrido en el grupo control, para la tercera medición dichos promedios se redujeron sin llegar a alcanzar valores similares a la medición inicial. Para la dimensión 2 (seguimiento a las indicaciones del personal de salud en relación con la ingesta de medicamentos y alimentos) los rangos revelaron un incremento en la segunda medición y un mantenimiento de dichos valores en la tercera medición. La dimensión 3 (necesidad de apoyo para la adherencia), presentó un comportamiento diferente en el cual la adherencia se incrementó tanto para la segunda como para la tercera medición, y finalmente la dimensión 6 (realización de actividad física) tuvo el mismo comportamiento que en el grupo control en donde se presentó un incremento de la adherencia en la segunda medición y un descenso de los valores por debajo del valor inicial para la tercera medición.

En síntesis la entrevista motivacional aplicada como intervención al grupo experimental generó en los pacientes una modificación en las conductas relacionados tanto con la ingesta de medicamentos y alimentos, como en la necesidad de apoyo para la adherencia, dimensiones en las cuales el comportamiento de la adherencia no fue el descrito en la literatura ni el evidenciado en las dimensiones del grupo control y que se caracteriza por una reducción de la adherencia a largo plazo.

Tabla 4-7. Tabla de compilación de los resultados de la prueba de Friedman para la comparación global del total de la adherencia y sus dimensiones en cada uno de los grupos.

Variable	Grupo control	Grupo experim
Total de adherencia	0.027	< 0.0001
Dimensión 1: Expectativas y conductas de autoeficacia.	0.032	0.002
Dimensión 2: Seguimiento a las indicaciones del personal de salud en R/C la ingesta de medicamentos y alimentos.	0.050	0.055
Dimensión 3: Necesidad de apoyo para la adherencia.	0.261	0.006
Dimensión 4: Conductas de adherencia a largo plazo.	0.465	0.417
Dimensión 5: Manejo de las situaciones tensionantes.	0.308	0.015
Dimensión 6: Realización de actividad física.	0.513	0.109

Fuente: Luisa Fernanda Achury Beltrán 2015.

La prueba de Friedman reveló para el grupo control una diferencia significativa en el cambio global de la adherencia y de la primera dimensión que corresponde a las “expectativas y conductas de autoeficacia”; mientras que para el grupo experimental dicha prueba mostró diferencias significativas en el cambio global de la adherencia, la

primera, tercera y quinta dimensión que corresponden respectivamente a las “expectativas y conductas de autoeficacia”, la “necesidad de apoyo para la adherencia” y el “manejo de las situaciones tensionantes”.

Finalmente, para evaluar la direccionalidad de la modificación en la adherencia global, se utilizó la prueba t con el apoyo del intervalo de confianza para el promedio del incremento, previa verificación del ajuste a la normalidad evaluado por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, tal como se observa en la Tabla 4-8.

Tabla 4-8. Tabla de compilación de los resultados de la prueba t para evaluar la direccionalidad del cambio de en la adherencia global y en las dimensiones en cada uno de los grupos.

Variable	Grupo	Casos	Grados de libertad	Valor p	Diferencia de promedio	Intervalo de confianza	
						Limite interior	Límite superior
Diferencia de adherencia entre la primera y segunda medición	Cont.	22	21	0.012	3,136	0.7574	5,5154
	Exp.	22	21	<0.001	5,500	3,2736	7,7264
Diferencia de adherencia entre la segunda y tercera medición	Cont.	22	21	0.141	-1.181	-2.7871	0.4234
	Exp.	22	21	0.005	-2,454	-4,0835	-0.8256
Diferencia de adherencia entre la primera y tercera medición	Cont.	22	21	0.124	1,9545	-0.5850	4.4941
	Exp.	22	21	0.009	3,0454	0.8456	5,2453

Fuente: Elaborado por la autora a partir de los resultados de la investigación

La prueba t reveló en el grupo experimental cambios estadísticamente significativos en todos los momentos (Diferencia entre la primera y segunda medición, diferencia entre la segunda y tercera medición, diferencia entre la primera y tercera medición) con una $p < 0.05$, mientras que en el grupo control solo lo fue para la diferencia entre la primera y segunda medición.

En ese sentido el análisis de los intervalos de confianza demuestran que dichos cambios fueron positivos en todos los momentos excepto en la diferencia de la adherencia entre la segunda y tercera medición, lo cual es congruente con el comportamiento normal de la adherencia en donde la magnitud de los cambios tienen a disminuir con el tiempo.

5. Discusión

El infarto agudo de miocardio como manifestación de la enfermedad coronaria, es una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial, de manera que la adherencia a los tratamientos instaurados cobra una relevancia imprescindible en el mejoramiento de la calidad de vida y la disminución de las complicaciones que puedan derivarse de dicha situación de salud. Las características socio-demográficas de los pacientes incluidos en la presente investigación revelaron para los dos grupos una edad media de 62 años, un predominio del género masculino, del estado civil casado, la escolaridad secundaria, el estrato socioeconómico 3 y una red de apoyo en la que prevalecen las esposas/os y los hijos, lo cual guarda relación con los hallazgos reportados en la literatura[255] [256] [257] [258] [259]. Como se ha mencionado previamente, estas variables pueden influir positivamente sobre la adherencia al tratamiento ya que un nivel educativo medio incrementa el entendimiento y la apropiación de los conocimientos relacionados con la enfermedad, el estrato socioeconómico intermedio facilita el acceso a los servicios de salud en relación con una mayor capacidad adquisitiva[260] y una buena red de apoyo constituida por miembros de la familia nuclear asegura un acompañamiento permanente durante el tratamiento de la enfermedad, de esta manera, la prevalencia de dichas características sociodemográficas pueden estar relacionadas con los altos puntajes de adherencia al tratamiento encontrados desde la primera medición y mantenidos a lo largo de todo el estudio.

Por otra parte, el análisis descriptivo de la adherencia de los grupos del estudio demostró de forma general un incremento en la segunda medición comparado con los reportes obtenidos en la medición basal, sin embargo, este incremento no logró mantenerse a lo largo del tiempo, obteniendo así un descenso de la adherencia para la tercera medición. De forma adicional, resulta relevante resaltar que la media de la adherencia fue alta para los dos grupos en la medición basal, 167 para el grupo control y 164 para el experimental si se tiene en cuenta que el puntaje máximo del instrumento es de 174 puntos, lo que demuestra un buen cumplimiento de las recomendaciones que hacen parte del tratamiento de la enfermedad.

---

[255] COLOMBIA. Op. Cit., pp. 26.
[256] SENIOR. Op. Cit., pp. 46.
[257] CASSIANI. Op. Cit., pp. 118 – 134.
[258] SAMPERIO. Op. Cit., pp. 106 – 112.
[259] REYES. Op. cit., pp. 199 – 204
[260] ZAMBRANO, Renato; DUITAMA, John; POSADA, Jorge; FLOREZ, Jose. Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Rev. Fac. Nal. Salud Pública. 2012. Vol. 30, no. 2, p. 163 – 174.

Estos resultados pueden deberse en parte a las características sociodemográficas de los pacientes de la muestra, pero también al efecto temprano que genera sobre la adherencia el impacto del infarto agudo de miocardio, ya que éste tiene para la población general un significado de gravedad que se asocia en la gran mayoría de los casos con sensación de muerte, de manera que los pacientes manifiestan adherirse fuertemente al tratamiento como una forma de aferrarse a la vida después del evento coronario. Tal y como lo demuestra el estudio de Rodríguez Chamorro et al[261], la percepción de parte de los pacientes de un mal estado de salud conllevan una mejor adherencia al tratamiento versus los pacientes que perciben su salud como buena o excelente en razón a que ello produce una mayor motivación; de forma similar, Evans y Spelman[262] citados por Rodríguez, consideran que la percepción de gravedad por parte del paciente y la no gravead real, son los aspectos que marcan un mayor incremento en el adherencia al tratamiento.

Adicionalmente, la literatura reporta que el tiempo de progresión de la enfermedad es una variable que influye en la adherencia a los tratamientos, de manera que las enfermedades agudas se asocian en mayor medida a una mejor adherencia versus las enfermedades crónicas[263], este puede entonces haber sido otro factor relacionado con los resultados de la presente investigación, en razón a que si bien los pacientes hacían parte de la fase II de un programa de rehabilitación cardiaca, lo que implica un tiempo aproximado de 6 meses después del evento coronario, puede este no ser un tiempo suficiente para evaluar los efectos de la intervención de enfermería sustentada en la entrevista motivacional, en razón a que la mayoría de los pacientes pueden estar todavía muy adheridos al tratamiento después del evento coronario, por la percepción de gravedad que este genera sobre el estado de salud.

De otro lado, los resultados inter-grupales de la presente investigación, no demostraron diferencias estadísticamente significativas en términos de la adherencia global de los pacientes en postinfarto agudo de miocardio que asisten a la fase II de un programa de rehabilitación cardiaca después de haber recibido tres sesiones de entrevista motivacional. Estos resultados no concuerdan con los hallazgos reportados en la literatura tras la implementación de dicha estrategia, pues ésta ha demostrado ser efectiva en términos de los cambios de comportamientos requeridos como parte de los tratamientos de la enfermedad tanto en pacientes cardiovasculares[264], como en otros grupos poblacionales[265] [266]. De forma similar, Pietrabissa y colaboradores implementaron

---

[261] RODRÍGUEZ, Miguel Ángel, et al. Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con riesgo cardiovascular. Pharmaceutical care esp. 2012. Vol. 14, no. 4, pp. 138-145.

[262] EVANS, L; SPELMAN, M. The problem of non-compliance with drug therapy. Drugs. 1983. Vol. 25, pp. 63-76

[263] BONAFONT. Op. cit., p. 9 – 14.

[264] BRODIE. Op. Cit., p. 518-27.

[265] DILORIO, Collen, et al. Using motivational interviewing to promote adherence to antiretroviral medications: A randomized controlled study. AIDS care. 2008. Vol. 20, no. 3, pp. 273-283.

[266] RIEKERT, Kristin; BORRELLI, Belinda; BILDERBACK, Andrew; RAND, Cynthia. Promote medication adherence among inner-city, African-American adolescents with asthma. Patient educatin and counseling. 2011. Vol. 82, no. 1, pp. 117 – 122.

tres sesiones de entrevista motivacional a un paciente en rehabilitación cardiaca y consiguieron al final de la intervención un incremento en la sensación de control de la enfermedad y en la autoeficacia, lo que llevo al paciente a tomar responsabilidad sobre su propio proceso, cambiar comportamientos y finalmente alcanzar resultados a largo plazo[267].

Estos hallazgos pueden estar relacionados en parte con la duración en el tiempo de la intervención realizada, pues aunque el meta-análisis de Easthall y colaboradores[268], demostró que técnicas cognitivo conductuales como la entrevista motivacional, son intervenciones más eficaces en el incremento de la adherencia que la mayoría de las intervenciones educativas que se desarrollan en la práctica actual, los cambios solo resultan estadísticamente significativos en estudios con una duración de la intervención entre 3 y 12 meses. En este mismo sentido, Rubak y colaboradores[269] encontraron en su estudio, que la media de los periodos de seguimiento de las investigaciones fue de 12 meses con un mínimo de 2 y un máximo de 4 años, lo que los lleva a afirmar que los seguimientos prolongados en el tiempo incrementan el porcentaje de efectividad de la intervención.

A pesar de que la intervención sustentada en la entrevista motivacional no produjo cambios estadísticamente significativos al comparar el grupo control con el experimental, cabe resaltar la relevancia clínica que genera el incremento de los puntajes de adherencia como producto del cambio en el comportamiento de individuos que padecen de enfermedad coronaria, en tanto ello consigue reducir la morbimortalidad, mejorar la calidad de vida y facilitar la reincorporación de los pacientes a las actividades laborales, sociales y de la vida cotidiana. En ese sentido, es bien conocida la discusión acerca del p valor[270], el cual refleja una probabilidad en la comprobación de las hipótesis del estudio, sin embargo, no puede llegar a considerarse como una verdad absoluta, no solo porque en parte puede variar con el tamaño de la muestra y la magnitud del cambio que se desee detectar[271], sino porque también resulta necesario considerar la magnitud y el efecto de las intervenciones desde la significancia clínica y la repercusión de ello en la vida de los pacientes.

---

[267] PIETRABISSA, Giada; CECCARINI, Martina; BORRELLO, María; MANZONI, Gian Mauro; TITON, Annamaria; NIBBIO, Ferrucio; MONTANO, Marianella; BERTONE, Gianandrea; GODONI, Luca; CASTELNUOVO, Gianluca. Enhancing behavioral change with motivational interviewing: a case study in a Cardiac Rehabilitation Unit. Frontiers in Psicology. 2015. Vol. 1, pp. 1-9.

[268] EASTHALL, Claire; SONG, Fujian; BHATTACHARYA, Debi. A meta-analysis of cognitive-based behavior change techniques as interventions to improve medication adherence. BMJ open. 2013. Vol. 3, pp. 1 – 17.

[269] RUBAK, Sune; SANDBAEK, Annelli; LAURITZEN, Torsten; CHRISTENSEN, Bo. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. British Journal of general practice. 2005. Pp. 305 – 312.

[270] COHEN, Jacob. The earth is round (p < .05). american psychologist. 1994. Vol. 49, no.12, p.997 – 1003.

[271] MANTEROLA, Carlos; PINEDA, Viviana. El valor de la “p” y la “significación estad´sitica” aspectos generales y su valor en la práctica clínica. Revista chilena de cirugía. 2008. Vol. 60, no. 1, p. 86 – 89.

Por otra parte, es importante resaltar que tras realizar el análisis de las dimensiones de la adherencia comparando al grupo control con el experimental, se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la dimensión 5 que corresponde al manejo de las situaciones tensionantes, sin embargo, este cambio solo se hizo evidente a partir de la tercera medición la cual fue realizada 5 semanas después de haber culminado la intervención de enfermería sustentada en la entrevista motivacional. Un estudio piloto realizado por Fried[272] demostró que la entrevista motivacional genera un impacto positivo en los niveles de estrés percibidos por un grupo de estudiantes, sin embargo, para ese estudio los cambios se dieron de forma más cercana a las primeras sesiones; a pesar de ello, este mismo autor refiere que estudios como el de Manther et al, que utilizan estrategias motivacionales han encontrado cambios en el estrés a lo largo del tiempo, lo cual guardaría una mayor relación con los datos obtenidos del presente estudio. Adicionalmente, vale la pena resaltar el poco conocimiento que demuestran los pacientes con respecto a la importancia del manejo del estrés como parte del tratamiento de la enfermedad cardiovascular y con ello el poco dominio de técnicas que favorecen su control, de manera que el abordaje de este tema a partir de la entrevista motivacional, puede también estar relacionado con el resultado obtenido en la adherencia al tratamiento.

Otro aspecto a tener en cuenta con respecto a la interpretación de la efectividad de la intervención de enfermería en el análisis inter-grupal por dimensiones, está relacionado con la no comprobación de la dimensionalidad del instrumento en razón a que el análisis factorial exploratorio utilizado en el proceso de validez de constructo del sistema de medición, permite la descripción de las dimensiones más no su comprobación, lo que puede relacionarse con el no rechazo de la nulidad. Si bien se considera que la adherencia al tratamiento depende en parte de la motivación y la autoeficacia como aspectos generadores de cambios de comportamiento, podrían otros factores como los de tipo económico, social y relacionados con el sistema de salud, ejercer un mayor impacto sobre las conductas y la adherencia, que las mismas expectativas de resultados y de autoeficacia percibidas por los pacientes, de manera que se hace imprescindible de una parte comprobar la dimensionalidad del instrumento de medición y por otra, evaluar el peso que cada uno de los factores descritos en la literatura tiene sobre la adherencia, aportando así por una parte a la comprensión del fenómeno de la adherencia y por otra a la clarificación de las intervenciones que como parte del proceso educativo y de atención de enfermería deben ser utilizadas para asegurar una mejor adherencia de los pacientes a los diferentes manejos de la enfermedad.

Con respecto al análisis que se realizó al interior de cada uno de los grupos del presente estudio, éste reveló para el grupo control cambios estadísticamente significativos tanto en el reporte global de adherencia, como en la dimensión de expectativas y conductas de autoeficacia tras establecer la diferencia entre la primera y segunda medición, así como entre la primera y tercera medición. Estos resultados concuerdan con la literatura en donde son evidentes los efectos que desencadenan los programas de rehabilitación

[272] FIED, Rebeca. Calmly coping: a motivational interviewing via co- Active life coaching (MI-via_CALC) interventions for university students suffering from stress. 2014. University of W estern Ontario - Electronic Thesis and Dissertation Repository . Paper 2209. Disponible en: http://ir.lib.uwo.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=3772&context=etd

cardiaca y las actividades que allí se realizan, sobre la calidad de vida de los pacientes en pos infarto agudo de miocardio, en la medida en que dichos programas son capaces de mejorar la sintomatología de la enfermedad y facilitar la reincorporación de los individuos a las actividades de la vida cotidiana después del evento coronario. En ese sentido, el estudio de Pasquali et al[273], reportó un incremento significativo en la en la calidad de vida percibida después de un periodo de 6 meses, en donde los pacientes que participaron en el programa de rehabilitación cardiaca mostraron un mayor incremento en el funcionamiento físico y la sub-escala de vitalidad, además de una mayor tendencia en el mantenimiento de estilos de vida saludables, lo cual estuvo relacionado con la realización de ejercicio de forma regular y el consumo de una dieta saludable. De forma similar, Belardinelli et al[274] encontró que el entrenamiento físico incrementa significativamente la capacidad funcional, el pico de consumo de oxígeno y el perfil de riesgo coronario de los pacientes con enfermedad coronaria isquémica, lo que se asocia a un mejoramiento de la calidad de vida.

Para el grupo experimental, los cambios estadísticamente significativos se encontraron tanto en la adherencia global como en las dimensiones de expectativas y conductas de autoeficacia y manejo de situaciones tensionantes, tras establecer la diferencia entre la primera y segunda medición. Para el segundo momento, en donde se evaluaron las diferencias entre la segunda y tercera medición, los cambios se encontraron en la adherencia global y en la dimensión de realización de actividad física, y finalmente, para el tercer momento que indago sobre las diferencias entre la primera y tercera medición las diferencias estadísticamente significativas se encontraron tanto en la adherencia global como en las dimensiones de expectativas y conductas de autoeficacia y necesidad de apoyo para la adherencia. Estos datos dejan ver que a pesar de los resultados positivos que pueden obtenerse de las actividades contempladas en los programas de rehabilitación cardiaca, una intervención de enfermería basada en la entrevista motivacional es capaz de generar cambios importantes en la adherencia de cada uno de los pacientes a lo largo del tiempo, lo que finalmente se ve reflejado en una variación significativa no solo de la adherencia global, sino también de las dimensiones, puesto que dicha estrategia posee un enfoque de asesoramiento centrado en el paciente que tiene como objetivo principal promover la motivación y generar cambios de comportamiento a través de la escucha reflexiva y la generación de afirmaciones positivas más que a partir de realizar cuestionamientos y dar consejos[275]. Además, con esta estrategia se busca que el paciente sea capaz de proponer alternativas que faciliten su adherencia a los tratamientos de la enfermedad, lo cual se consigue no solo a partir de la identificación de la necesidad de cambio, sino también del reconocimiento de las ventajas de la conducta saludable, el incremento de la percepción de susceptibilidad y el aumento de la motivación.

---

[273] PASQUALI, Sara, et al. Effect of cardiac rehabilitation on functional outcomes after coronary revascularization. American heart journal. 2003. Vol. 145, no. 3, pp. 445 – 451.
[274] BELARDINELLI, Romualdo, et al. Exercise training intervention after coronary angioplasty: the ETICA trial. Journal of the american college of cardiology. 2001. Vol. 37, no. 7, pp. 1891- 1900.
[275] HANCOCK, Karen; DAVIDSON, Patricia; DALY, John; WEBBER, Darron; CHANG, Esther. An exploration of the usefulness of motivational interviewing in facilitating secondary prevention gains in cardiac rehabilitation. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation. 2005. Vol. 25, pp. 200 – 206.

Así mismo, la entrevista motivacional es una estrategia que permite incrementar la autoeficacia y la auto-motivación, lo que puede llegar a verse reflejado en un incremento de la adherencia a los tratamientos, a raíz de los cambios comportamentales que se generan, es así como el estudio de Scales[276], mostró que tras la implementación de 4 sesiones de entrevista motivacional, el grupo experimental que asistía a rehabilitación cardiaca experimentó a las doce semanas un incremento significativo en los scores de estrés, actividad física y dieta en comparación con el grupo control.

Con respecto al análisis intra-grupal global del grupo control, a excepción de la dimensión 6 que se refiere a la realización de actividad física, tanto la adherencia global como las otras dimensiones (expectativas y conductas de autoeficacia, seguimiento a las indicaciones del personal de salud en relación con la ingesta de medicamentos y alimentos, necesidad de apoyo para la adherencia, conductas de adherencia a largo plazo) mostraron el comportamiento descrito en la literatura que se caracteriza por un incremento en las mediciones cercanas a la implementación de las intervenciones, pero que tiende a disminuir con el trascurso del tiempo, en la medida en que cede el estímulo de las actividades realizadas[277] [278]. De forma adicional, los estudios demuestran en general una gran cantidad de barreras que pueden estar asociadas a la falta de mantenimiento de la adherencia a los diferentes tratamientos o estilos de vida requeridos como parte del manejo de la enfermedad, lo cual se deriva en gran medida de la aparición de factores sociales, económicos, del sistema de salud y de las características propias de la condición de salud [279] [280].

Para el grupo experimental dicho análisis mostró un comportamiento de adherencia similar al descrito en la literatura para la adherencia global y las dimensiones 1 (expectativas y conductas de autoeficacia), 4 (conductas de adherencia a largo plazo) y 5 (manejo de las situaciones tensionantes), lo que debe llevar al profesional de enfermería a generar estrategias que involucren el acompañamiento continuo a lo largo del tiempo, con seguimientos prolongados que aseguren la persistencia de las conductas o la detección temprana de recaídas en el manejo de la enfermedad, favoreciendo así el mantenimiento de los efectos deseados en términos de adherencia terapéutica. Sin embargo, también resulta relevante el resultado obtenido en la dimensión 2, en la cual la adherencia se incrementó para la segunda medición y se mantuvo en el mismo nivel hasta la tercera medición, lo que no concuerda con el comportamiento de la adherencia reportado en la literatura y permite inferir que al tratarse de la implementación de una estrategia cognitiva conductual, ésta es capaz de generar incrementos que consiguen mantenerse a lo largo del tiempo para algunas dimensiones como lo es el caso de ésta

[276] SCALES, R. Motivational interviewing and skills-based counseling in cardiac rehabilitation: the cardiovascular health initiative and lifestyle education (CHILE) study. UMI Proquest Digital. 1998.
[277] SHAH. Op. cit., p. 961.e7- 961.13.
[278] CHENG, Kevin; INGRAM, Nicola; KEENAN, Jan; CHOUDHURY, Robin. Evidence of por adherence to secondary prevention after acute coronary síndromes: posible remedies through the application of new technologies. Open heart. 2015. Vol 2, pp. 1 – 7.
[279] FLÓREZ, Inna. Adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. Avances en enfermería. 2009. Vol. 27, no. 2, pp. 25–32
[280] ROCA, Carlos, et al. Rehabilitación cardiaca ¿cómo mantener los cambios en el estilo de vida de nuestros pacientes? Enfermería en cardiología. 2004. Vol 33-34, pp. 58 – 61.

que se refiere al seguimiento a las indicaciones del personal de salud en relación con la ingesta de medicamentos y alimentos.

En este mismo grupo, la dimensión 3 que se refiere a la necesidad de apoyo para la adherencia mostró un comportamiento con tendencia al incremento tanto en la segunda como en la tercera medición, dado que es una dimensión compuesta por ítems que se puntúan de forma inversa, se puede concluir que a medida que trascurre el tiempo los pacientes se apropian más de su enfermedad y su manejo, reduciendo así la dependencia que tienen de otros miembros del núcleo familiar, de manera que ello demuestra que la entrevista motivacional es capaz de fomentar el empoderamiento del paciente en su manejo y con ello, mejorar la adherencia a los tratamientos a partir del incremento de la auto eficacia, auto-motivación y el autocontrol[281] [282] [283]; además, ésta intervención se dirige a la falta de adherencia y permite que los pacientes reflexionen sobre las barreras no intencionales de la misma para que sean capaces de tomar decisiones[284].

En este análisis intra-grupal global la dimensión 6 que se refiere a la realización de actividad física, presentó en los dos grupos un comportamiento que se caracterizó por un incremento en la segunda medición, pero un descenso por debajo de los valores iniciales para la tercera medición. Estos resultados concuerdan parcialmente con la literatura, pues los estudios de Harland, et al [285] y Pinto, et al [286], revelan un incremento en los niveles de actividad física después de la implementación de la entrevista motivacional, pero estos niveles no logran mantenerse a lo largo del tiempo, no obstante, ninguno de los dos estudios describe que la disminución de la adherencia a la actividad física caiga por debajo de los valores iniciales como ocurrió en la presente investigación, lo cual se cree puede estar relacionados en alguna medida con la culminación de la participación de los pacientes en la fase II del programa de rehabilitación cardiaca, ya que la fase III no implica la asistencia al programa 3 veces por semana para el desarrollo de actividad física, sino que los pacientes deben desarrollarla de forma autónoma a partir de los lineamientos que les son suministrados al finalizar la fase II.

En este mismo sentido, los estudios demuestran que el desarrollo de la actividad física implica para los pacientes una destinación importante de tiempo, que muchas veces interfiere con sus actividades laborales o de la vida diaria, por lo que deciden no implementarla o en su defecto implementarla a una intensidad menor a la

---

[281] HANCOCK. Op. Cit., p. 200 – 206.
[282] VAN NES, Michele; SAWATZKY, Jo Ann. Improving cardiovascular Health with motivational interviewing: a nurse practitioner perspective. Journal of the amerincan nurse practitioners. 2010. Vol. 22, pp. 654 – 660.
[283] SIM, Moira; WAIN, Toni; KHONG, Eric. Influencing behaviour change in general practice. Part 1 – brief intervention and motivational interviewing. Australian Family physician. 2009. Vol. 3º, no. 11, pp. 885-888.
[284] EASTHALL. Op. Cit., pp. 1 – 17.
[285] HARLAND Jane, et al. The Newcastle exercise project: a randomised controlled trial of methods to promote physical activity in primary care.BMJ. 1999. Vol. 319, pp. 828–832
[286] PINTO, Bernardine, et al. Physician-based activity counseling: intervention effects on mediators of motivational readiness for physical activity. Ann Behav Med. 2001. Vol. 23, no. 1, pp. 2–10.

recomendada[287]. Además de ello, los estudios demuestran que la realización de actividad física puede estar influenciada por un sinnúmero de factores dentro de los cuales se encuentra el clima y la compañía[288], factores que suelen no influir demasiado durante el desarrollo de las actividades físicas que hacen parte del programa, pues estos se desarrollan en lugares cerrados, con la compañía de otros pacientes y bajo la supervisión del personal de enfermería.

Este análisis además de permitir la evaluación global del comportamiento de la adherencia y sus dimensiones en cada uno de los grupos, en términos de incremento o descenso a lo largo de las tres mediciones, también permitió establecer si de forma global los cambios allí encontrados resultaban estadísticamente significativos. En ese sentido, el grupo control revelo para para la adherencia global y la dimensión de expectativas y conductas de autoeficacia, una diferencia estadísticamente significativa con valores p de 0.027 y 0.032 respectivamente, mientras que para el grupo experimental, la diferencia estadísticamente significativa lo fue tanto para la adherencia global ($p < 0.0001$), como para las dimensiones de expectativas y conductas de autoeficacia (p 0.002), necesidad de apoyo para la adherencia (p 0.006) y manejo de las situaciones tensionantes (p 0.015). Estos resultados dejan ver como la entrevista motivacional genera resultados positivos en la adherencia al tratamiento de los pacientes en pos infarto agudo de miocardio, ya que al ser una estrategia que sustentada metodológicamente en la superación de la ambivalencia, le permite al paciente analizar los pros y contras de la conducta que se desea cambiar y a partir de allí tomar la iniciativa y generar las estrategias de cambio, además, la entrevista motivacional fortalece la participación del paciente en la toma de decisiones relacionadas con su tratamiento e incrementa la motivación, lo cual como se describió previamente se articula con los postulados del referentes teórico de Resnick, en donde la motivación y la autoeficacia son componentes indispensables en la ejecución de cambios de comportamientos.

Finalmente el análisis culminó con la evaluación de la dirección del cambio obtenido de forma general en cada uno de los momentos y en cada uno de los grupos, este análisis demostró que en el grupo control la diferencia fue estadísticamente significativa al evaluar los cambios entre la primera y segunda medición, mientras que para el grupo experimental los tres momentos demostraron cambios estadísticamente significativos, pero solo fueron positivos en los momentos que evaluaron la diferencia entre la primera y segunda medición así como la diferencia entre la primera y tercera medición, lo cual guarda en parte relación con los estudios mencionados previamente, en donde se requiere de la implementación de acciones complejas, estructuradas, articuladas a referentes teóricos y sostenidas en el tiempo, que aseguren el mantenimiento de la adherencia a los diferentes tratamientos de la enfermedad.

Es así como vale la pena resaltar el papel que desempeña la entrevista motivacional como una intervención que a través del incremento de la motivación, el auto-control y la autoeficacia consigue influenciar el empoderamiento del paciente y con ello la toma de

[287] PEREZ. Op. Cit., p. 19-25.
[288] Ibíd., pp. 19-25.

decisiones en salud que se reflejan en la ejecución de cambios de comportamiento tendientes a promover los estilos de vida saludables y la adopción de acciones que benefician la salud, consiguiendo así un incremento de la adherencia tanto al tratamiento farmacológico como no farmacológico de la enfermedad. En este sentido, los resultados de la presente investigación permiten una mejor comprensión del fenómeno de la adherencia a partir del supuesto que considera la motivación y la autoeficacia como unos componentes estructurales indispensables en los cambios de comportamiento de los pacientes, de forma que puedan ser tanto identificados como promovidos por el personal de salud y específicamente el profesional de enfermería en el desempeño de las labores cotidianas de cuidado al paciente que ha sufrido un infarto agudo de miocardio, es decir, a partir de su articulación a los programas de rehabilitación cardiaca.

6. Conclusiones y recomendaciones

6.1 Conclusiones

Los pacientes del estudio reportaron una edad media de 62 años y fueron en su mayoría casados, con escolaridad secundaria, estrato socioeconómico 3 y con una red de apoyo conformada por esposas/os e hijos, características que de acuerdo a la literatura, pueden comportarse como factores influyentes de la adherencia al tratamiento de la enfermedad, en el sentido en que condicionan un mayor acceso al sistema de salud, a la información relacionada con la patología y el tratamiento, así como un mayor acompañamiento y soporte durante el manejo de la enfermedad coronaria.

A pesar de que las mediciones basales de la adherencia al tratamiento del presente estudio no revelaron diferencias estadísticamente significativas indicando la equivalencia de los grupos, tanto en el grupo control como en el grupo experimental demostraron unos valores altos de adherencia teniendo en cuenta que el puntaje máximo del instrumento es de 174 puntos, lo cual de acuerdo con otros estudios puede relacionarse con las percepciones de gravedad que genera el infarto agudo de miocardio, en el sentido en que a peor percepción del estado de salud, mayor adherencia al tratamiento de la enfermedad.

Los datos obtenidos para los dos grupos en la segunda medición del presente estudio, revelan un incremento de la adherencia al tratamiento, sin embargo, este incremento no se mantuvo hasta la tercera medición, encontrando una disminución de dichos valores sin que ninguna de las medias de adherencia de los grupos alcanzara valores iguales o inferiores a las medias de la medición inicial, este comportamiento no demostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, pero se relaciona con los reportes del comportamiento de la adherencia publicados en la literatura, en los cuales se demuestra que la adherencia al tratamiento al ser un fenómeno multicausal, está influenciado por un sinnúmero de factores que condicionan la disminución del cumplimiento de las recomendaciones a largo plazo, como los de tipo social, económico y relacionados con el sistema de salud, haciendo imprescindible su evaluación y abordaje como parte del manejo integral del paciente con enfermedad coronaria.

El análisis inter-grupal que comparó los resultados del grupo experimental versus el grupo control del presente estudio, demostró que solo existen diferencias estadísticamente significativas (p 0.013) en la tercera medición de la dimensión que se refiere al manejo de las situaciones tensionantes, resultado que puede relacionarse con el poco abordaje que se le da al manejo del estrés de estos pacientes, la relación que existe entre el manejo de las situaciones tensionantes y el incremento de la autoeficacia/auto control derivados de la entrevista motivacional y con la falta de comprobación de la dimensionalidad del instrumento de medición. Sin embargo resulta clínicamente significativo el resultado sobre la adherencia de los pacientes y los

beneficios que ello conlleva, por lo que la implementación de la entrevista motivacional como una estrategia que pretende un cambio comportamental a partir del incremento de la autoeficacia y el autocontrol, resulta ser efectiva en el manejo de pacientes con enfermedades crónicas, generando resultados importantes en términos de calidad de vida y desempeño de los individuos.

El análisis intra-grupal puntual mostró para los tres momentos de comparación (diferencias entre la primera y segunda medición, diferencias entre la segunda y tercera medición y diferencias entre la primera y tercera medición) una diferencia estadísticamente significativa mayor tanto en la adherencia global como en la cantidad de dimensiones del grupo experimental versus el grupo control, lo cual demuestra que la entrevista motivacional como estrategia cognitivo conductual le permite al profesional de enfermería reorientar su relación terapéutica con el fin de optimizar los resultados en términos de toma de decisiones y empoderamiento del paciente frente al manejo de su condición de salud y además es capaz de generar una mayor cantidad de cambios en relación con la adherencia la tratamiento después de un infarto agudo de miocardio, lo que la propone como una estrategia que debe ser usada de forma cotidiana como parte de los programas de rehabilitación cardiaca.

El análisis intra-grupal global del grupo experimental, mostró que la intervención de enfermería generó tanto para la dimensión de seguimiento a las indicaciones de salud relacionadas con el consumo de medicamentos y alimentos, como la para la de necesidad de apoyo para la adherencia, un comportamiento que no incluyo un descenso de los valores de adherencia conseguidos tras la intervención, además, reveló cambios estadísticamente significativos en el total de adherencia, en una mayor cantidad de dimensiones y en las diferencias entre la medición basal y la segunda y tercera medición en comparación con el grupo control, lo que demuestra que la entrevista motivacional es una estrategia prometedora a corto plazo tanto en términos de incremento del cumplimiento a las recomendaciones de medicamentos y alimentos, como en el empoderamiento, la toma de decisiones y la participación activa de los pacientes en el manejo de la enfermedad, además resulta promisoria en la promoción de la adherencia a los tratamientos y la mejoría de la capacidad funcional, lo que repercute en la calidad de vida de los pacientes que han tenido un infarto agudo al miocardio.

La entrevista motivacional es una estrategia que puede ser implementada por los profesionales de enfermería y vinculada a las actividades cotidianas de cuidado, en aras de promover los cambios de comportamiento que se requieren para una adherencia total a los tratamientos de la enfermedad, no obstante, esta estrategia debe utilizarse de forma complementaria a las otras actividades ya establecidas como parte de los programas de rehabilitación cardiaca, pues al ser la adherencia un fenómeno multicausal, se requiere de la estructuración e implementación de diversas intervenciones que le apunten a solucionar o manejar los diversos factores que influencian el fenómeno de la adherencia, con el fin único de mejorar la calidad de vida de los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio y facilitar así tanto su reincorporación a las actividades de la vida cotidiana, como la reducción de la incidencia de complicaciones derivadas de la situación de salud.

La entrevista motivacional es una estrategia que a partir del fomento de la autoeficacia, la auto-motivación y el autocontrol, facilita la participación del paciente en la toma de decisiones y la ejecución de los comportamientos requeridos en términos del manejo de

la condición de salud, por lo tanto, la intervención de los profesionales de enfermería sustentada en la entrevista motivacional debe caracterizarse por el establecimiento de una relación terapéutica basada en la escucha, que permita la identificación de la o las conductas que se deben cambiar con el objetivo de incrementar la adherencia a los tratamientos de la enfermedad, esto implica de parte del profesional una dedicación suficiente de tiempo que le facilite el direccionamiento de la entrevista hacia la superación de la ambivalencia con respecto a la conducta identificada y posteriormente una toma de decisiones de parte del paciente que se manifieste en el cambio de la conducta, lo cual se reflejará en el incremento de la adherencia al tratamiento. No obstante, el cambio y mantenimiento de la nueva conducta requiere también de un seguimiento a lo largo del tiempo por parte del profesional, en razón a que pueden presentarse recaídas que requerirán del apoyo y direccionamiento de parte de este.

6.2 Recomendaciones

En razón a que una adecuada adherencia al tratamiento garantiza en los pacientes una reducción de las complicaciones de la enfermedad, una disminución de los reingresos hospitalarios, un incremento de la calidad de vida y una más fácil reincorporación tanto a la vida laboral como social, los profesionales de enfermería deben capacitarse en la implementación de la entrevista motivacional para que ésta estrategia sea vinculada a las actividades cotidianas de cuidado, de forma que el incremento de la autoeficacia, la auto-motivación y el autocontrol resultantes, faciliten a los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio la realización y el mantenimiento de los cambios de comportamiento y la adherencia a los diferentes tratamientos de la enfermedad.

Dada la relevancia de la adherencia y de la entrevista motivacional como una estrategia generadora de ésta, se hace necesario ahondar más en la articulación de la estrategia con los referentes teóricos de enfermería como el planteado por Barbara Resnick, lo que le permitirá al profesional no solo implementarla en las actividades diarias de cuidado, sino también complementarla con otras estrategias o intervenciones que contemplen los otros componentes de la teoría, con el objetivo último de impactar de forma más significativa la vida y la salud de los pacientes en pos infarto agudo de miocardio.

Disciplinarmente los resultados de la investigación sugieren que a partir de la implementación de estrategias como la entrevista motivacional que articulan los referentes teóricos de enfermería, es posible derivar protocolos o guías que dinamicen la atención que se brinda a los pacientes en pos infarto agudo de miocardio, pues las teorías amplían la visión de la atención de los pacientes, permiten generar nuevos conocimientos, validar los existentes y sobre todo impactar de forma positiva la calidad de vida, el desempeño y la salud de las personas que se atienden.

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son elementos indispensables del cuidado de enfermería sobretodo en razón a la elevada incidencia de enfermedades cardiovasculares como el infarto agudo de miocardio, por este motivo, la evaluación de estrategias prometedoras en el incremento de la adherencia se hacen necesaria, de manera que se recomienda realizar estudios que evalúen tanto la efectividad de una mayor cantidad de sesiones de entrevista motivacional como el seguimiento a más largo plazo, con el fin de determinar si dicha estrategia consigue generar cambios estadísticamente significativos entre los grupos. De forma adicional, en

razón a que es probable que los resultados de la presente investigación estén relacionados con la cercanía entre el momento del infarto agudo de miocardio y la ejecución y medición del resultado de la intervención, se recomienda tener en cuenta el tiempo de evolución del infarto agudo de miocardio y que evaluar el efecto de las intervenciones en un plazo de tiempo mayor, así como en términos del mantenimiento de las conductas de adherencia a los tratamientos de la enfermedad, lo cual permitirá ampliar el panorama y refinar las intervenciones que han de ser implementadas por los profesionales de enfermería en el abordaje de los pacientes con enfermedad cardiovascular.

La literatura sustenta en otros grupos poblacionales el seguimiento telefónico como una estrategia generadora de adherencia y la implementación de la entrevista motivacional a partir de este medio, sin embargo, dado que la entrevista motivacional es una estrategia que está siendo recientemente implementada a los pacientes en pos infarto agudo de miocardio, se recomienda la realización de estudios en donde se compare la efectividad de dicha intervención cuando ésta es implementada de forma presencial versus cuando es implementada de forma telefónica, con el fin de refinar las estrategias que deben ser utilizadas por los profesionales de enfermería en la práctica y determinar así cuáles serán las intervenciones que mejores resultados generen en términos de adherencia, promoviendo así los beneficios derivados de esta.

Dado que la presente investigación implico la elaboración y validación de un instrumento para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular, se recomienda realizar otras investigaciones con el objetivo de evaluar a profundidad y comprobar la dimensionalidad del instrumento, así como de incrementar su validez, de forma que pueda continuar siendo utilizado como un instrumento de medición en este grupo poblacional. Por otra parte, a pesar de que los autores recomiendan la aplicación de escalas Likert con un número par de opciones, se sugiere considerar la posibilidad de tener solo cuatro opciones de respuesta: Nunca, pocas veces, frecuentemente, siempre, lo que probablemente facilite la ubicación de respuesta del paciente y mejore las características del sistema de medición.

A. Anexo: Formato de consentimiento informado

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA - FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA CON ÉNFASIS EN EL CUIDADO DE LA SALUD CARDIOVASCULAR

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: La entrevista motivacional y la adherencia de los pacientes en post infarto agudo de miocardio.
NOMBRE DEL INVESTIGADOR: Enfermera Luisa Fernanda Achury Beltrán. Teléfono: 3107522079

La información que se presenta a continuación tiene como finalidad obtener su aprobación de participación en el estudio de investigación que se desarrollará con el fin de determinar el efecto de una intervención de enfermería en la adherencia al tratamiento de los pacientes post infarto agudo de miocardio que asisten a un programa de rehabilitación cardiaca.

Antes de que usted tome la decisión 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 infarto agudo al miocardio, es una enfermedad de presentación frecuente a nivel nacional y mundial que puede generar algunas repercusiones físicas, emocionales y sociales, las cuales pueden reducirse si los pacientes cumplen de forma satisfactoria las recomendaciones de manejo de la enfermedad, por esta razón, la adherencia a los tratamientos es considerada como uno de los pilares más importantes en el manejo de la enfermedad, de manera que dichos aspectos son abordados en los programas de rehabilitación cardiaca. La presente investigación tiene como objetivo determinar si una estrategia de enfermería fundamentada en la entrevista motivacional puede incrementar la adherencia de los pacientes y con ello generar los efectos benéficos que la literatura ha reportado como reducción los factores de riesgo, la mortalidad y las complicaciones cardiovasculares, lo que disminuye las readmisiones hospitalarias y favorece la reincorporación a la vida familiar y profesional.

Para llevar a cabo este estudio, previamente aprobado por el comité de ética e investigación de la Universidad Nacional de Colombia y la institución hospitalaria, con los pacientes que han sido diagnosticados con infarto agudo de miocardio que asisten al programa de rehabilitación cardiaca y que acepten participar voluntariamente en este estudio, se conformarán dos grupos al azar, los dos grupos recibirán la intervención usual del programa de rehabilitación cardiaca, sin embargo, uno de los grupos recibirá adicionalmente la entrevista motivacional, con el fin de comparar cuál de las dos intervenciones reporta mayores beneficios para ustedes los pacientes, en relación con la adherencia al tratamiento. Como la conformación de los grupos se hará al azar usted podría ser asignado a cualquiera de los dos grupos, en el que se mantendría hasta finalizar el estudio, siempre y cuando usted desee continuar en la investigación.

Además, los participantes de los dos grupos del estudio, diligenciaran un instrumento que ha sido probado como útil en la evaluación de la adherencia terapéutica y que será aplicado en tres oportunidades: al inicio de la investigación, una semana después de culminada la intervención y cuatro semanas después de la medición anterior, lo que equivale a un periodo aproximado de 8 semanas.

Usted recibirá una intervención en cualquiera de los grupos al que quede asignado y si al final del estudio se demuestra que la intervención que se está probando es más efectiva, el grupo que recibió la intervención usual será invitado a participar de la intervención que resultó efectiva.

Toda la información obtenida tras la realización del estudio y su identidad se mantendrán de forma confidencial y solo personal autorizado tendrá acceso a la misma. Los resultados de este estudio serán publicados, sin embargo, la información que usted brinde será combinada con la de otros participantes y las publicaciones no incluirán el nombre del paciente, ni ninguna otra información que permita identificarlos personalmente. Con el fin que usted conozca los resultados de la investigación, una vez esta finalice usted recibirá por correo el resumen de los resultados de la misma.

La decisión de participar en este estudio de investigación es completamente voluntaria y no implica beneficio económico alguno, de forma que usted es libre de no participar o retirarse en cualquier momento sin que se afecte de ninguna manera la atención que recibe o tenga alguna consecuencia negativa en su relación con la institución o el personal que lo atiende.

Se considera que la presente investigación tiene un riesgo medio por tratarse de un estudio que implica la realización de una intervención cognitiva conductual, con la cual se pretende generar un cambio en el comportamiento de los pacientes en post infarto agudo de miocardio que asisten a un programa de rehabilitación cardiaca, con el fin de favorecer la adherencia a los tratamientos.

Este estudio cuenta con la autorización y el apoyo de la Universidad Nacional de Colombia y las instituciones en donde se desarrolla la investigación. Si requiere de información adicional puede comunicarse con **Renata Virginia González Consuegra, Presidenta del comité de ética de la Facultad de Enfermería – Universidad Nacional de Colombia. Tel. 3165000, extensión 17021.**

Consentimiento

De manera libre doy mi consentimiento para participar en este estudio y declaro que de forma cuidadosa me han explicado el objetivo de la investigación, sus riesgos y sus beneficios.

_____	_____	_____
Firma	Nombre Participante	Fecha

INVESTIGADOR Yo _____ certifico con mi firma, que he explicado de manera personal a cada paciente; la finalidad, los beneficios y los riesgos de este estudio. Adicionalmente he respondido con claridad a todas las preguntas generadas. Fecha _____

B. Anexo: Instrumento

CUESTIONARIO PARA MEDIR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR – 2015 – Luisa Fernanda Achury Beltrán

A continuación encontrará una serie de preguntas a las cuales usted debe responder marcando con una X la opción que mejor se ajuste a su situación.

Ítem	Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuen-temente	Casi siempre	Siempre
1. Tomo mis medicamentos en el horario establecido.						
2. Tomo diariamente todos mis medicamentos de acuerdo con la orden médica.						
3. Por alguna razón suspendo mis medicamentos sin la indicación del personal de salud.						
4. Sigo las indicaciones del personal de salud en relación con mi alimentación.						
5. Evito en mi alimentación el consumo de grasa (pollo con piel, fritos, alimentos de paquete, leche entera, alimentos precocidos).						
6. Evito en mi alimentación el consumo de harinas y azucares.						
7. Consumo alimentos bajos en sal.						
8. Por alguna razón dejo de seguir las recomendaciones de la alimentación dadas por el personal de salud.						
9. Realizo el ejercicio físico indicado por el personal de salud.						
10. Por alguna razón suspendo el ejercicio físico sin la indicación del personal de salud.						
11. Realizo ejercicio físico al menos 3 veces por semana, con una duración mínima de 30 minutos en cada oportunidad.						
12. Realizo actividades que me ayuden a manejar el estrés o las situaciones tensionantes.						
13. Cuando estoy angustiado, hago algo que me ayude a sentirme mejor.						
14. Asisto a las consultas médicas programadas.						
15. Asisto a los controles de enfermería programados.						
16. Me realizo los exámenes de laboratorio y otros exámenes en los periodos que los profesionales de la salud me indican.						

Ítem	Nunca	Casi nunca	Pocas veces	Frecuen-temente	Casi siempre	Siempre
17. Estoy atento a cualquier signo o síntoma que demuestre un empeoramiento en mi estado de salud como: dolor en el pecho, presión arterial alta o baja, palpitaciones, ahogo o fatiga, inflamación de brazos y piernas.						
18. Necesito que otras personas me recuerden que debo tomar mis medicamentos.						
19. Necesito que otras personas me recuerden que debo seguir la alimentación ordenada por el personal de salud.						
20. Necesito que otras personas me recuerden que debo hacer el ejercicio físico ordenado por el personal de salud.						
21. Si en poco tiempo no presento mejoría en mi salud, suspendo mis medicamentos.						
22. Si en poco tiempo no presento mejoría en mi salud, suspendo el ejercicio físico.						
23. Puedo manejar las situaciones tensionantes o que me producen estrés.						
24. Soy capaz de cambiar los comportamientos dañinos para mi salud.						
25. Cumplo el tratamiento de mi enfermedad aunque me parezca complicado.						
26. Hago lo que está a mi alcance para mejorarme cuando estoy enfermo.						
27. Soy capaz de seguir las indicaciones que me da el personal de salud.						

28. ¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?
    a. Varias veces al día.
    b. Una vez al día.
    c. Varios días a la semana
    d. Una vez a la semana.
    e. De vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones especiales)
    f. No consumo bebidas alcohólicas.

29. ¿Con qué frecuencia fuma?
    a. Varias veces al día.
    b. Una vez al día.
    c. Varios días a la semana
    d. Una vez a la semana.
    e. De vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones especiales)
    f. No fumo

C. Anexo: Libreto para el desarrollo de la entrevista motivacional

Código: _____ Nombre: _____

1. ¿Cuénteme que sabe usted acerca de los tratamientos de su enfermedad? (Ejercicio físico, medicamentos que debe consumir después del infarto, dieta que debe seguir, asistencia los controles y exámenes de seguimiento)
- Si: Pregunta 2
- No: ***Etapa 1***

2. ¿Conoce la importancia de dichos tratamientos?
- Si: Pregunta 3
- No: ***Etapa1***

Etapa1: *Enfatizar la información sobre la severidad de los riesgos y los beneficios de la protección*

- ¿Le parece si le cuento que le sucede al organismo cuando llevamos a cabo o cumplimos con estos tratamientos?
- Depende de usted lo que desee hacer con esta información, el que puede decidir si cambiar es usted

3. ¿Practica usted dichos tratamientos?
- Si: Pregunta 4
- No: Pregunta 5

4. ¿Desde hace cuánto tiempo los realiza?

- Menos de 6 meses: Ratifica ***Etapa 6***

Etapa 6: *Enfatizar en las habilidades de autocontrol*

- ¿Cómo realiza usted el tratamiento?
- ¿Cuénteme que hace usted / que estrategias utiliza usted para cumplir el tratamiento?

- Más de 6 meses: ***Etapa 7*** *Enfatizar en las habilidades de autocontrol*

5. ¿Ha pensado en practicar/realizar el tratamiento?
- Si lo ha pensado: Pregunta 6
- No lo ha pensado: ***Etapa 2***

Etapa 2: *Enfatizar la información sobre la severidad de los riesgos y los beneficios de la protección*

- Me parece que acá hay dos aspectos, por un lado me dice que conoce la importancia de…, pero por el otro, usted no ha pensado en practicarlo, ¿cuénteme porque?, ¿Que lo motiva y que no lo motiva a practicar este tratamiento?, ¿Hay algo que le preocupe de practicarlo?
- Muy interesante lo que me está diciendo, yo veo que plantea dos cosas, por un lado…, y por el otro…

6. Me dice usted que ya ha pensado en practicar/realizar el tratamiento, pero aún no ha tomado la decisión de llevarlo a cabo
-Lo ha pensado pero no ha tomado la decisión: ***Etapa 3***
-Lo ha pensado y ya tomó la decisión: Pregunta 7

Etapa 3: *Enfatizar la percepción de autoeficacia, incrementar la percepción de los beneficios, y disminuir la percepción de los costos.*

- ¿Cuénteme porque no ha empezado a…?
- ¿Qué beneficios cree usted que le traería…?
- Usted cree que es difícil…,
  Pero lo logro por un tiempo considerable.
  Pero yo veo que usted tiene todas las capacidades para realizarlo.
  Pero usted ha pensado en todos los beneficios que le traería…?
- El solo hecho de intentar…, demuestra lo capaz que es usted y lo que puede lograr.
- Usted me ha comentado que le gustaría… ¿cómo cree que esto le ayudaría?

7. ¿Cuál fue su decisión acerca de practicar / realizar el tratamiento?

- No practicar: ***Etapa 4***

Etapa 4: Enfatizar en la percepción de vulnerabilidad personal

- ¿Ha pensado cuales pueden ser las consecuencias o los riesgos de que usted no realice…?
- ¿Cuáles son las razones por las cuales usted necesitaría cambiar?
- Opcional: ¿Qué cosas le hacen pensar que practicar (la conducta que se desea cambiar) le traería problemas?

-Practicar pero no ha empezado: ***Etapa 5***

Etapa 5: *Enfatizar la percepción de autoeficacia, incrementar la percepción de los beneficios, y disminuir la percepción de los costos.*

- Me dice usted que ya tomó la decisión de…, pero no ha comenzado, ¿Cuál sería el primer o el siguiente paso?
- ¿Qué cree usted que podría hacer para empezar a…?
- Esa es una buena sugerencia
- Parece que usted es una persona con una gran fuerza de voluntad.
- Me gustaría darle algunas ideas, pero no quiero interferir con lo que usted quiere hacer
- Todo lo que puedo darle es mi opinión y usted es el único que tiene que decidir si le resulta útil o no.
- Déjeme describirle una serie de posibilidades y usted me dirá cuál de ellas tiene más sentido para usted.
- Algunas personas han… (dar la sugerencia), me pregunto si esto sería útil para usted.

D. Anexo: Aval comité de ética, Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia

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

UGI- 071-2014

Bogotá D.C. 25 de abril de 2014

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

Referencia: Aval ético

Respetada Profesora:

De la manera más atenta, me permito informarle que el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería en sesión virtual del 14 de abril de 2014 Acta No. 06, se permite dar aval desde los aspectos éticos al proyecto de investigación de Maestría en Enfermería titulado *"La entrevista motivacional y la adherencia de los pacientes en postinfarto agudo de miocardio"* de la estudiante Luisa Fernanda Achury, directora María Mercedes Durán de Villalobos.

Es importante resaltar que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, es un órgano asesor (Acuerdo 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 077 del 2006 del Consejo de Facultad de Enfermería).

Atentamente,

(ORIGINAL FIRMADO POR)
LORENA CHAPARRO DÍAZ
Presidenta Comité de Ética*
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia
*Delegada por la Decana

Copia: Luisa Fernanda Achury – Estudiante Maestría
María Mercedes Durán de Villalobos - Directora Tesis

Carrera 30 No. 45-03, FACULTAD DE ENFERMERÍA, Edificio 101, Oficina 805
Conmutador: (57-1) 316 5000 Ext. 17021
Correo electrónico: ugi_febog@unal.edu.co
Bogotá D. C., Colombia, Suramérica

E. Anexo: Aval comité de ética e investigación del Hospital Universitario San Ignacio.

Pontificia Universidad JAVERIANA
Bogotá

30 de Abril de 2014 FM-CIE-8070-14

Enfermera
LUISA FERNANDA ACHURY BELTRÁN
Investigadora Principal
Pontificia Universidad Javeriana
Bogotá

Ref. "La entrevista motivacional y la adherencia de los pacientes en post infarto agudo de miocardio".
2014/56

Apreciada enfermera Achury.
Por medio de la presente le informo que en sesión ordinaria del 24 de Abril (Acta No 7-2014), el Comité de Investigaciones y Ética revisa la evaluación y aprueba por consenso el protocolo de la referencia presentado por usted.

Solicito mencionar el número de identificación anotado en la referencia, para la correspondencia futura sobre esta investigación.

Durante la reunión correspondiente a esta comunicación se encontraron presentes 07 de los 13 miembros del comité.

JUAN PABLO CÓRDOBA, MD.
Especialista en Nefrología

FRANCISCO JAVIER HENAO PÉREZ, MD.
Especialista en Cirugía

LILIAN TORREGROSA, MD.
Especialista en Cirugía

IVAN SOLARTE, MD.
Especialista en Medicina Interna y Neumología

R.P. SERGIO BERNAL RESTREPO, S.J
Decano del Medio Universitario

JUAN GUILLERMO CATAÑO, MD.
Especialista en Urología

HILDA MARÍA CAÑON A.
Directora Carrera de Enfermería

Atentamente,

R.P. SERGIO BERNAL RESTREPO, S.J
Presidente Comité de Investigaciones y Ética (encargado)

Copia: Archivo de Comité de Investigaciones y Ética
Ingra T.

F. Anexo: Formato de validez de contenido del instrumento “Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas” – Rocío Soria Trujano, et al

El presente cuestionario hace parte del proceso de validez de contenido del instrumento “Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos”, el cual será utilizado en la investigación de enfermería titulada “La entrevista motivacional y la adherencia de los pacientes en post infarto agudo de miocardio”.

Su participación en el presente estudio comprende el diligenciamiento de un cuestionario que contempla la validez de contenido del instrumento.

En la fase de validez de contenido su participación es como evaluador de cada ítem en relación a su pertinencia en cuanto a la dimensión del instrumento, clasificándolo así en esencial, útil pero no esencial y no necesario.

Para diligenciar el cuestionario, usted debe tener en cuenta el siguiente procedimiento:

1. Lea detenidamente cada uno de los ítems del instrumento.
2. Establezca de cada uno de los ítems si este es: esencial, útil pero no esencial ó no necesario de acuerdo a la información contenida en la tabla 1.
3. Si tiene observaciones o sugerencias acerca de alguno de los ítems, es necesario que las escriba en la casilla de observaciones que encuentra frente a cada uno de ellos.
4. Una vez diligenciado el cuestionario, debe devolverlo a la investigadora.

PRESENTACIÓN DEL EXPERTO

a. Nombres y apellidos:_____

b. Formación académica:_____
_____

c. Áreas de experiencia profesional: _____
_____

d. Cargo actual: _____
_____

e. Institución: _____

OBJETIVO DEL JUICIO DE EXPERTOS

Determinar la validez de contenido de cada uno de los ítem que conforman el instrumento denominado “”Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos”, estableciendo si el ítem es esencial, útil pero no esencial o no necesario.

EXPLICACIÓN DE LAS DIMENSIONES DEL INSTRUMENTO

- La dimensión denominada “Control de ingesta de medicamentos y alimentos”, evalúa la medida en la que el individuo sigue las instrucciones médicas del tratamiento en términos de consumo de alimentos y medicamentos.

- La dimensión denominada “Seguimiento médico conductual”, evalúa la medida en la que el individuo practica conductas efectivas de cuidados para la salud a largo plazo, como lo es asistir a las consultas médicas de seguimiento y toma de exámenes de laboratorio.

- La dimensión denominada “Autoeficacia”, evalúa la medida en la que el individuo cree que las acciones o actividades que el mismo realiza benefician su salud.

Para realizar la validez de contenido de los ítems del instrumento, usted debe tener en cuenta la información contenida en la siguiente tabla:

Tabla 1. Indicadores para determinar la validez de contenido.

CALIFICACIÓN		INDICADOR
1	No necesario	El ítem no es indispensable, y su NO inclusión dentro del instrumento NO afectará la medición de la dimensión.
2	Útil pero no esencial	El ítem es útil y sirve para interpretar el fenómeno de estudio, pero no es indispensable. Es relativamente importante.
3	Esencial	El ítem es indispensable para interpretar el fenómeno de estudio y por lo tanto es fundamental que se incluya dentro del instrumento

Con base en los indicadores de la anterior tabla, califique cada uno de los ítems del instrumento “Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas” de Trujano y Cols, de acuerdo a lo que usted considere.

DIMENSIÓN / ÍTEM	VALIDEZ DE CONTENIDO			OBSERVACIONES
CONTROL SOBRE LA INGESTA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS	**ESENCIAL**	**UTIL PERO NO ESENCIAL**	**NO NECESARIO**	
Tomo mis medicamentos de manera puntual.				
No importa que el tratamiento sea largo, siempre tomo mis medicamentos a la hora indicada.				
Si tengo que seguir una dieta rigurosa, la respeto.				
Estoy dispuesto a dejar de hacer algo que me gusta o me resulta placentero, como por ejemplo, no fumar o ingerir bebidas alcohólicas, si el médico me lo ordena.				
Como sólo aquellos alimentos que el médico me permite.				
Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento.				
Si el tratamiento exige hacer ejercicio de forma regular, lo hago				
SEGUIMIENTO MÉDICO CONDUCTUAL				
Me hago los exámenes médicos en los periodos que el médico me indica				
Asisto a mis consultas médicas de manera puntual				
Atiendo a las recomendaciones del médico en cuanto a estar pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi estado de salud.				
Después de haber terminado el tratamiento, regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud.				
Si mi enfermedad no es peligrosa, pongo poca atención al tratamiento.				
Como me lo recomienda el médico, me tomo los exámenes de laboratorio periódicamente aunque no esté enfermo				
Me inspira confianza que el médico demuestre conocer mi enfermedad.				

DIMENSIÓN / ÍTEM	VALIDEZ DE CONTENIDO			OBSERVACIONES
AUTOEFICACIA	**ESENCIAL**	**UTIL PERO NO ESENCIAL**	**NO NECESARIO**	
Cuando me entregan los resultados de mis exámenes de laboratorio estoy más seguro de mi enfermedad y me apego más al tratamiento.				
Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer se me olvida tomar mis medicamentos.				
Cuando los síntomas desaparecen, dejo el tratamiento aunque no lo haya terminado.				
Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud, dejo el tratamiento.				
Para que yo siga el tratamiento es necesario que otros me recuerden que debo tomar mis medicamentos.				
Si se sospecha que mi enfermedad es grave, hago lo que esté en mis manos para mejorarme				
Aunque el tratamiento sea complicado lo termino.				

G. Anexo: Formato de validez facial del instrumento "Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas" – Rocío Soria Trujano, et al

El presente cuestionario hace parte del proceso de evaluación del instrumento "Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos", el cual será utilizado en la investigación de enfermería titulada "La entrevista motivacional y la adherencia de los pacientes en post infarto agudo de miocardio".

Su participación en el diligenciamiento de este cuestionario es como evaluador de la claridad y comprensión de cada una de las preguntas (ítems) del instrumento.

Para diligenciar el cuestionario, usted debe tener en cuenta el siguiente procedimiento:

1. Lea detenidamente cada una de las preguntas (ítems) del instrumento.
2. Evalúe cada una de las preguntas (ítem) del instrumento marcando con una X si lo entiende, lo entiende parcialmente o no lo entiende.
3. Si tiene observaciones o sugerencias sobre alguno de los ítems, es necesario que las escriba en la casilla de observaciones que se encuentra frente a cada uno de ellos.
4. Una vez diligenciado el cuestionario, debe devolverlo a la investigadora para que realice los ajustes necesarios.

DIMENSIÓN / ÍTEM CONTROL SOBRE LA INGESTA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS	Lo entiendo	Lo entiendo parcialmente	No lo entiendo	OBSERVACIONES
Tomo mis medicamentos de manera puntual.				
No importa que el tratamiento sea largo, siempre tomo mis medicamentos a la hora indicada.				
Si tengo que seguir una dieta rigurosa, la respeto.				
Estoy dispuesto a dejar de hacer algo que me gusta o me resulta placentero, como por ejemplo, no fumar o ingerir bebidas alcohólicas, si el médico me lo ordena.				
Como sólo aquellos alimentos que el médico me permite.				
Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento.				
Si el tratamiento exige hacer ejercicio de forma regular, lo hago				

DIMENSIÓN / ÍTEM SEGUIMIENTO MÉDICO CONDUCTUAL	Lo entiendo	Lo entiendo parcialmente	No lo entiendo	OBSERVACIONES
Me hago los exámenes médicos en los periodos que el médico me indica.				
Asisto a mis consultas médicas de manera puntual.				
Atiendo a las recomendaciones del médico en cuanto a estar pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi estado de salud.				
Después de haber terminado el tratamiento, regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud.				
Si mi enfermedad no es peligrosa, pongo poca atención al tratamiento.				
Como me lo recomienda el médico, me tomo los exámenes de laboratorio periódicamente aunque no esté enfermo.				
Me inspira confianza que el médico demuestre conocer mi enfermedad.				
AUTOEFICACIA				
Cuando me entregan los resultados de mis exámenes de laboratorio estoy más seguro de mi enfermedad y me apego más al tratamiento.				
Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer se me olvida tomar mis medicamentos.				
Cuando los síntomas desaparecen, dejo el tratamiento aunque no lo haya terminado.				
Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud, dejo el tratamiento.				
Para que yo siga el tratamiento es necesario que otros me recuerden que debo tomar mis medicamentos.				
Si se sospecha que mi enfermedad es grave, hago lo que esté en mis manos para mejorarme.				
Aunque el tratamiento sea complicado lo termino.				

H. Anexo: Formato de validez de contenido “Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular”

El presente formato hace parte del proceso de validez de contenido del “Cuestionario para medir adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular”, el cual será utilizado en la investigación de enfermería titulada “La entrevista motivacional y la adherencia de los pacientes en post infarto agudo de miocardio”.

Su participación en el presente estudio comprende el diligenciamiento de un formato que contempla la validez de contenido del cuestionario.

En la fase de validez de contenido su participación es como evaluador de cada ítem en relación a su pertinencia en cuanto a la dimensión del cuestionario, clasificándolo así en esencial, útil pero no esencial y no necesario.

Para diligenciar el formato, usted debe tener en cuenta el siguiente procedimiento:

1. Lea detenidamente cada uno de los ítems del instrumento.
2. Establezca de cada uno de los ítems si este es: esencial, útil pero no esencial o no necesario de acuerdo a la información contenida en la tabla 1.
3. Si tiene observaciones o sugerencias acerca de alguno de los ítems, es necesario que las escriba en la casilla de observaciones que encuentra frente a cada uno de ellos.
4. Una vez diligenciado el cuestionario, debe devolverlo a la investigadora.

PRESENTACIÓN DEL EXPERTO

a. Nombres y apellidos:_____

b. Formación académica:_____
_____
_____

c. Áreas de experiencia profesional: _____
_____
_____

d. Cargo actual: _____
_____

e. Institución: _____
_____

OBJETIVO DEL JUICIO DE EXPERTOS

Determinar la validez de contenido de cada uno de los ítems que conforman el "Cuestionario para medir adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular", estableciendo si el ítem es esencial, útil pero no esencial o no necesario.

EXPLICACIÓN DE LAS DIMENSIONES

- La dimensión denominada "Ingesta de medicamentos", evalúa la medida en la que el individuo sigue las instrucciones médicas del tratamiento farmacológico en relación con el consumo de los medicamentos.

- La dimensión denominada "Ingesta de alimentos", evalúa la medida en la que el individuo sigue las instrucciones del personal de salud en relación con la dieta o consumo de alimentos.

- La dimensión denominada "Realización de actividad física", evalúa la medida en la que el individuo sigue las recomendaciones del personal de salud en términos de ejercicio físico.

- La dimensión denominada "Manejo de factores de riesgo", evalúa la medida en la que el individuo sigue las recomendaciones acerca del manejo y control de los factores de riesgo o conductas perjudiciales para la salud.

- La dimensión denominada "Seguimiento y control", evalúa la medida en la que el individuo cumple las actividades de seguimiento y control de la condición de salud, como lo son las consultas programadas, la toma de exámenes y la continuidad del tratamiento.

- La dimensión denominada "Resultados de autoeficacia", evalúa la medida en la que el individuo ejecuta con éxito una conducta de adherencia al tratamiento, a partir de las creencias que tiene sobre su capacidad y competencia para desarrollarla.

Para realizar la validez de contenido de los ítems del instrumento, usted debe tener en cuenta la información contenida en la siguiente tabla:

Tabla 1. Indicadores para determinar la validez de contenido.

CALIFICACIÓN	INDICADOR
No necesario	El ítem no es indispensable, y su NO inclusión dentro del instrumento NO afectará la medición de la dimensión.
Útil pero no esencial	El ítem es útil y sirve para interpretar el fenómeno de estudio, pero no es indispensable. Es relativamente importante.
Esencial	El ítem es indispensable para interpretar el fenómeno de estudio y por lo tanto es fundamental que se incluya dentro del instrumento

Con base en los indicadores de la anterior tabla, califique cada uno de los ítems del “Cuestionario para medir la adherencia la tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular” de acuerdo a lo que usted considere.

Dimensión / ítem	VALIDEZ DE CONTENIDO			OBSERVACIONES
INGESTA DE MEDICAMENTOS	**ESENCIAL**	**UTIL PERO NO ESENCIAL**	**NO NECESARIO**	
1. Tomo mis medicamentos a la hora indicada				
2. Tomo diariamente todas las dosis indicadas de mis medicamentos				
INGESTA DE ALIMENTOS				
3. Sigo las indicaciones relacionadas con la dieta.				
4. Como solo los alimentos que el personal de salud me indica.				
5. Evito en mi alimentación el consumo de grasa (pollo con piel, fritos, etc…)				
REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA				
6. Realizo el ejercicio físico indicado por el personal de salud.				
7. Destino diariamente un tiempo específico para realizar ejercicio físico.				
8. Realizo ejercicio físico mínimo 30 minutos 3 o 4 días a la semana.				
MANEJO DE FACTORES DE RIESGO				
9. Consumo semanalmente bebidas alcohólicas.				
10. Consumo cigarrillo diariamente.				
11. Utilizo estrategias que me ayuden a manejar el estrés.				
12. Cuando estoy enojado o angustiado hago algo que me ayude a sentirme mejor.				
SEGUIMIENTO Y CONTROL				
13. Asisto a las consultas médicas programadas.				

14. Asisto a las consultas de enfermería programadas.				
15. Me realizo los exámenes de laboratorio y otros exámenes en los periodos que los profesionales de salud me indican.				
16. Estoy atento a cualquier signo o síntoma que demuestre un deterioro en mi estado de salud.				
17. Si mi enfermedad está controlada, le doy poca importancia al tratamiento.				
18. Cuando me siento bien, suspendo el tratamiento así no lo haya terminado.				
RESULTADOS DE AUTOEFICACIA				
19. Necesito que otras personas me recuerden que debo tomar mis medicamentos.				
20. Necesito que otras personas me recuerden que debo seguir las indicaciones del personal de salud.				
21. Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud, dejo el tratamiento.				
22. Puedo manejar las situaciones que me producen estrés.				
23. Me siento capaz de cambiar las conductas perjudiciales para mi salud.				
24. Termino el tratamiento aunque me parezca complicado.				
25. Hago lo que está en mis manos para mejorarme cuando estoy enfermo.				
26. Me siento capaz de seguir las indicaciones que me da el personal de salud.				

I. Anexo: Formato de expertos- Validez facial del cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular

El presente formato hace parte del proceso de validez facial del "Cuestionario para medir adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular", el cual será utilizado en la investigación de enfermería titulada "La entrevista motivacional y la adherencia de los pacientes en post infarto agudo de miocardio".

Su participación en el presente estudio comprende el diligenciamiento de un formato que contempla la validez facial del instrumento.

En la fase de validez facial su participación es como evaluador de cada ítem en relación a:

- Comprensión: Se refiere al entendimiento al leer el ítem.
- Claridad: Referida al tipo de lenguaje empleado y la forma de redacción del ítem.
- Precisión: Referida a si el ítem está expresado en un lenguaje conciso y exacto evitando ambigüedades. No da lugar a dudas.

Para diligenciar el formato, usted debe tener en cuenta el siguiente procedimiento:

1. Lea detenidamente cada uno de los ítems del instrumento.
2. Establezca de cada uno de los ítems si este es: comprensible, claro y preciso, de acuerdo a la información contenida en la tabla 1.
3. Si tiene observaciones o sugerencias acerca de alguno de los ítems, es necesario que las escriba en la casilla de observaciones que encuentra frente a cada uno de ellos.
4. Una vez diligenciado el formato, debe devolverlo a la investigadora.

PRESENTACIÓN DEL EXPERTO

a. Nombres y apellidos:_____
b. Formación académica:_____
_____
c. Áreas de experiencia profesional_____
d. Cargo actual: _____
e. Institución:_____

OBJETIVO DEL JUICIO DE EXPERTOS

Determinar la validez facial de cada uno de los ítems que conforman el instrumento denominado “Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad cardiovascular”, estableciendo así, si el ítem es comprensible, claro y preciso.

EXPLICACIÓN DE LAS DIMENSIONES

- La dimensión denominada “Ingesta de medicamentos”, evalúa la medida en la que el individuo sigue las instrucciones del personal de salud sobre el tratamiento farmacológico en relación con el consumo de los medicamentos.
- La dimensión denominada “Ingesta de alimentos”, evalúa la medida en la que el individuo sigue las instrucciones del personal de salud en relación con la dieta o consumo de alimentos.
- La dimensión denominada “Realización de actividad física”, evalúa la medida en la que el individuo sigue las recomendaciones del personal de salud en términos de ejercicio físico.
- La dimensión denominada “Manejo de factores de riesgo”, evalúa la medida en la que el individuo sigue las recomendaciones acerca del manejo y control de los factores de riesgo o conductas perjudiciales para la salud.
- La dimensión denominada “Seguimiento y control”, evalúa la medida en la que el individuo cumple las actividades de seguimiento y control de la condición de salud, como lo son la asistencia a las consultas programadas, la toma de exámenes y la continuidad del tratamiento.
- La dimensión denominada “Resultados de autoeficacia”, evalúa la medida en la que el individuo ejecuta con éxito una conducta de adherencia al tratamiento, a partir de las creencias que tiene sobre su capacidad y competencia para desarrollarla.

Para realizar la validez facial de los ítems del instrumento, usted debe tener en cuenta la información contenida en la siguiente tabla:

Tabla 1. Indicadores para determinar la validez facial

CATEGORIA	CALIFICACIÓN	INDICADOR
Comprensión	1	El ítem no es comprensible.
	2	El ítem requiere de una modificación específica para poder interpretar su significado.
	3	El ítem es comprensible, permite fácilmente interpretar su significado.
Claridad	1	El ítem no es claro.
	2	El ítem requiere una modificación específica en términos de redacción.
	3	El ítem es claro, no requiere modificación.
Precisión	1	El ítem no es preciso.
	2	El ítem requiere una modificación para mejorar su exactitud.
	3	El ítem es preciso, no da lugar a dudas.

Dimensión / ítem	VALIDEZ FACIAL			OBSERVACIONES
INGESTA DE MEDICAMENTOS	**COMPRESIÓN**	**CLARIDAD**	**PRECISIÓN**	
1. Tomo mis medicamentos a la hora indicada				
2. Tomo diariamente todas las dosis indicadas de mis medicamentos				
INGESTA DE ALIMENTOS				
3. Sigo las indicaciones relacionadas con la dieta.				
4. Como solo los alimentos que el personal de salud me indica.				
5. Evito en mi alimentación el consumo de grasa (pollo con piel, fritos, etc…)				
REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA				
6. Realizo el ejercicio físico indicado por el personal de salud.				
7. Destino diariamente un tiempo específico para realizar ejercicio físico.				
8. Realizo ejercicio físico mínimo 30 minutos 3 o 4 días a la semana.				
MANEJO DE FACTORES DE RIESGO				
9. Consumo semanalmente bebidas alcohólicas.				
10. Consumo cigarrillo diariamente.				
11. Utilizo estrategias que me ayuden a manejar el estrés.				
12. Cuando estoy enojado o angustiado hago algo que me ayude a sentirme mejor.				
SEGUIMIENTO Y CONTROL				
13. Asisto a las consultas médicas programadas.				

14. Asisto a las consultas de enfermería programadas.				
15. Me realizo los exámenes de laboratorio y otros exámenes en los periodos que los profesionales de salud me indican.				
16. Estoy atento a cualquier signo o síntoma que demuestre un deterioro en mi estado de salud.				
17. Si mi enfermedad está controlada, le doy poca importancia al tratamiento.				
18. Cuando me siento bien, suspendo el tratamiento así no lo haya terminado.				
RESULTADOS DE AUTOEFICACIA				
19. Necesito que otras personas me recuerden que debo tomar mis medicamentos.				
20. Necesito que otras personas me recuerden que debo seguir las indicaciones del personal de salud.				
21. Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud, dejo el tratamiento.				
22. Puedo manejar las situaciones que me producen estrés.				
23. Me siento capaz de cambiar las conductas perjudiciales para mi salud.				
24. Termino el tratamiento aunque me parezca complicado.				
25. Hago lo que está en mis manos para mejorarme cuando estoy enfermo.				
26. Me siento capaz de seguir las indicaciones que me da el personal de salud.				

J. Anexo: Formato población general - Validez facial del "Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular"

El presente cuestionario hace parte del proceso de evaluación del instrumento "Cuestionario para medir adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular", el cual será utilizado en la investigación de enfermería titulada "La entrevista motivacional y la adherencia de los pacientes en post infarto agudo de miocardio".

Su participación en el diligenciamiento de este cuestionario es como evaluador de la claridad de cada una de las preguntas (ítems) del instrumento.

Para diligenciar el cuestionario, usted debe tener en cuenta el siguiente procedimiento:

1. Lea detenidamente cada una de las preguntas (ítems) del instrumento.
2. Evalúe cada una de las preguntas (ítem) del instrumento marcando con una X la opción que mejor corresponda: lo entiendo, lo entiendo parcialmente o no lo entiendo.
3. Si marca lo entiendo parcialmente o no lo entiendo, es necesario que en la casilla de observaciones escriba las razones por las cuales eligió la opción.
4. Una vez diligenciado el cuestionario, debe devolverlo a la investigadora para que realice los ajustes necesarios.
5.

Dimensión / ítem	**VALIDEZ FACIAL**			**OBSERVACIONES**
INGESTA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS	**Lo entiendo**	**Lo entiendo parcialmente**	**No lo entiendo**	
1. Tomo mis medicamentos a la hora indicada				
2. Tomo diariamente todas las dosis indicadas de mis medicamentos				
3. Sigo las indicaciones del personal de salud en relación con la dieta.				

4. Evito en mi alimentación el consumo de grasa (pollo con piel, fritos, alimentos de paquete, leche entera, alimentos precocidos)				
5. Evito en mi alimentación el consumo de harinas y azucares.				
6. Consumo alimentos bajos en sal				
MANEJO DE FACTORES DE RIESGO				
7. Realizo el ejercicio físico indicado por el personal de salud.				
8. Realizo ejercicio físico mínimo 30 minutos, 3 o más veces por semana.				
9. Realizo actividades que me ayuden a manejar el estrés.				
10. Cuando estoy enojado o angustiado hago algo que me ayude a sentirme mejor.				
SEGUIMIENTO Y CONTROL				
11. Asisto a las consultas médicas programadas.				
12. Asisto a las consultas de enfermería programadas.				
13. Me realizo los exámenes de laboratorio y otros exámenes en los periodos que los profesionales de salud me indican.				
14. Estoy atento a cualquier signo o síntoma que demuestre un empeoramiento en mi estado de salud, como: dolor en el pecho, presión arterial elevada o baja, palpitaciones, ahogo o fatiga, inflamación de brazos y piernas.				
15. Si mi enfermedad está controlada, le doy poca importancia al tratamiento (medicamentos, dieta, ejercicio).				
16. Cuando me siento bien, suspendo el tratamiento así no lo haya terminado.				
RESULTADOS DE AUTOEFICACIA				
17. Necesito que otras personas me recuerden que debo tomar mis medicamentos.				
18. Necesito que otras personas me recuerden que debo seguir las indicaciones del personal de salud (ejercicio físico, dieta).				
19. Si en poco tiempo no presento mejoría en mi salud, dejo el tratamiento (medicamentos, dieta, ejercicio).				

20. Puedo manejar las situaciones que me producen estrés.				
21. Soy capaz de cambiar las conductas perjudiciales para mi salud.				
22. Termino el tratamiento (medicamentos, ejercicio físico) aunque me parezca complicado.				
23. Hago lo que está a mi alcance para mejorarme cuando estoy enfermo.				
24. Soy capaz de seguir las indicaciones que me da el personal de salud.				
25. Consumo bebidas alcohólicas a. Varias veces al día. b. Una vez al día. c. Varios días a la semana d. Una vez a la semana. e. De vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones especiales) f. No consumo bebidas alcohólicas.				
26. Fumo a. Varias veces al día. b. Una vez al día. c. Varios días a la semana d. Una vez a la semana. e. De vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones especiales) f. No fumo				

K. Anexo: Formato de recolección de variables socio-demográficas

CÓDIGO DEL PARTICIPANTE: _____ **CORREO ELECTRÓNICO** _____

DIRECCIÓN: _____

TÉLEFONO FÍJO: _____ **CELULAR:** _____

EDAD: _____ **GÉNERO:** Masculino ____ Femenino ____

ESTADO CIVIL: Soltero ____ Casado ____ Divorciado ____ Viudo ____ Unión libre ____

ESCOLARIDAD: Primaria ____ Bachillerato ____ Técnico ____ Universitario ____ Especialización ____

ESTRATO SOCIOECONÓMICO: 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____

TRATAMIENTO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO:

Médico ____ Angioplastia ____ Revascularización ____

RED DE APOYO: Esposo(a) ____ Hijos ____ Amigos ____ Otros ____ ¿Cuáles? _____

L. Anexo: Tabla de validez de contenido del “Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular”

Dimensión: Ingesta de medicamentos					
No	**Ítem**	**Esencial**	**Útil pero no esencial**	**No necesario**	**CVR'= *ne*/N**
1	Tomo mis medicamentos a la hora indicada	6			**1,00**
2	Tomo diariamente todas las dosis indicadas de mis medicamentos	6			**1,00**
Dimensión: Ingesta de alimentos					
No	**Ítem**	**Esencial**	**Útil pero no esencial**	**No necesario**	**CVR'= *ne*/N**
3	Sigo las indicaciones relacionadas con la dieta.	6			**1,00**
4	Como solo los alimentos que el personal de salud me indica.	2	2	2	**0,33**
5	Evito en mi alimentación el consumo de grasa (pollo con piel, fritos, etc…)	6			**1,00**
Dimensión: Realización de actividad física					
No	**Ítem**	**Esencial**	**Útil pero no esencial**	**No necesario**	**CVR'= *ne*/N**
6	Realizo el ejercicio físico indicado por el personal de salud.	5		1	**0,83**
7	Destino diariamente un tiempo específico para realizar ejercicio físico.	4	2		**0,67**
8	Realizo ejercicio físico mínimo 30 minutos 3 o 4 días a la semana.	5	1		**0,83**
Dimensión: Factores de riesgo					
No	**Ítem**	**Esencial**	**Útil pero no esencial**	**No necesario**	**CVR'= *ne*/N**
9	Consumo semanalmente bebidas alcohólicas.	5			**0,83**
10	Consumo cigarrillo diariamente.	6			**1,00**
11	Utilizo estrategias que me ayuden a manejar el estrés.	5	1		**0,83**
12	Cuando estoy enojado o angustiado hago algo que me ayude a sentirme mejor.	6			**1,00**

Dimensión: Seguimiento y control					
No	**Ítem**	**Esencial**	**Útil pero no esencial**	**No necesario**	**CVR'= *ne*/N**
13	Asisto a las consultas médicas programadas.	6			**1,00**
14	Asisto a las consultas de enfermería programadas.	6			**1,00**
15	Me realizo los exámenes de laboratorio y otros exámenes en los periodos que los profesionales de salud me indican.	6			**1,00**
16	Estoy atento a cualquier signo o síntoma que demuestre un deterioro en mi estado de salud.	6			**1,00**
17	Si mi enfermedad está controlada, le doy poca importancia al tratamiento.	5	1		**0,83**
18	Cuando me siento bien, suspendo el tratamiento así no lo haya terminado.	6			**1,00**
Dimensión: Resultados de autoeficacia					
No	**Ítem**	**Esencial**	**Útil pero no esencial**	**No necesario**	**CVR'= *ne*/N**
19	Necesito que otras personas me recuerden que debo tomar mis medicamentos.	6			**1,00**
20	Necesito que otras personas me recuerden que debo seguir las indicaciones del personal de salud.	6			**1,00**
21	Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud, dejo el tratamiento.	5	1		**0,83**
22	Puedo manejar las situaciones que me producen estrés.	5		1	**0,83**
23	Me siento capaz de cambiar las conductas perjudiciales para mi salud.	6			**1,00**
24	Termino el tratamiento aunque me parezca complicado.	6			**1,00**
25	Hago lo que está en mis manos para mejorarme cuando estoy enfermo.	6			**1,00**
26	Me siento capaz de seguir las indicaciones que me da el personal de salud.	6			**1,00**

Fuente: Luisa Fernanda Achury Beltrán 2015.

M. Anexo: Tabla del índice de concordancia simple para la muestra de expertos del "Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular"

INDICE DE CONCORDANCIA SIMPLE				
ITEM	COMPRENSIÓN	CLARIDAD	PRECISIÓN	Prom. Ítem
1	1	1	1	1
2	0,7	0,7	0,5	0,6
3	1	1	0,5	0,8
4	0,5	0,5	0,5	0,5
5	1	0,7	0,3	0,6
6	1	1	1	1
7	0,5	0,5	0,3	0,4
8	1	0,7	0,5	0,7
9	0,7	0,7	0,2	0,5
10	0,7	0,4	0,3	0,4
11	0,7	0,7	0,7	0,7
12	1	1	1	1
13	1	1	1	1
14	1	1	1	1
15	1	1	1	1
16	0,7	0,7	0,5	0,6
17	0,7	0,7	0,5	0,6
18	0,7	0,7	0,7	0,7
19	1	1	1	1
20	1	1	0,7	0,9
21	0,7	0,7	0,7	0,7
22	1	1	1	1
23	0,7	0,7	0,7	0,7
24	0,7	0,7	0,7	0,7
25	0,7	0,7	0,7	0,7
26	0,7	0,7	0,7	0,7

Fuente: Luisa Fernanda Achury Beltrán 2015.

N. Anexo: Ajustes al "Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular" tras la validez facial por parte de expertos

El ítem 1 (Tomo mis medicamentos a la hora indicada) se mantuvo igual ya que el ICS de los tres aspectos (comprensión, claridad y precisión) fue de 1.

El ítem 2 (Tomo diariamente todas las dosis indicadas de mis medicamentos) se mantuvo igual a pesar que el ICS para el ítem fue de 0.7, 0.7 y 0.5 para comprensión, claridad y precisión respectivamente. Adicionalmente, a pesar que la sugerencia de los expertos fue unir el ítem 1 y 2, dicha recomendación no se acató dado que no es posible evaluar dos aspectos distintos en una misma pregunta, en este caso horario establecido y la dosis indicada.

El ítem 3 (Sigo las indicaciones relacionadas con la dieta) se modificó así: Sigo las indicaciones del personal de salud en relación con la dieta, dado que el ICS del aspecto precisión reportó 0.5.

El ítem 5 (Evito en mi alimentación el consumo de grasa [pollo con piel, fritos, etc.…]) reporto un ICS de 1, 0.7 y 0.3 para los aspectos de para comprensión, claridad y precisión respectivamente, por lo que se modificó así: Evito en mi alimentación el consumo de grasa (pollo con piel, fritos, alimentos de paquete, leche entera, alimentos precocidos), detallando de esta forma otros alimentos y retirando el etc..., para darle precisión al ítem.

El ítem 6 (Realizo el ejercicio físico indicado por el personal de salud) se mantuvo igual ya que el ICS de los tres aspectos (comprensión, claridad y precisión) fue de 1.

El ítem 8 (Realizo ejercicio físico mínimo 30 minutos 3 o 4 días a la semana) se modificó así: Realizo ejercicio físico mínimo 30 minutos, 3 o más veces por semana, cambiando la frecuencia de la actividad a 3 o más veces por semana, dado que el ICS reportó 0.7 y 0.5 para claridad y precisión respectivamente.

En el ítem 9 (Consumo semanalmente bebidas alcohólicas), se modificó la opción de respuesta de Likert a selección múltiple atendiendo a las recomendaciones de identificar más claramente la frecuencia del consumo, puesto que el ICS reportó 0.7, 0.7 y 0.2 para comprensión, claridad y precisión respectivamente. En este sentido, el ítem quedo planteado así: Consumo bebidas alcohólicas:

a. Varias veces al día.
b. Una vez al día.
c. Varios días a la semana
d. Una vez a la semana.
e. De vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones especiales)

f. No consumo bebidas alcohólicas.

De forma similar en el ítem 10 (Consumo cigarrillo diariamente), se modificó la opción de respuesta de Likert a selección múltiple atendiendo a las recomendaciones de identificar más claramente la frecuencia del consumo, puesto que el ICS reportó 0.7, 0.4 y 0.3 para comprensión, claridad y precisión respectivamente. De esta forma el ítem quedo planteado así: Fumo

a. Varias veces al día.
b. Una vez al día.
c. Varios días a la semana
d. Una vez a la semana.
e. De vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones especiales)
f. No fumo

En el ítem 11 (Utilizo estrategias que me ayuden a manejar el estrés) a pesar que el ICS fue de 0.7 para todos los aspectos, se modificó la frase “utilizo estrategias” por “realizo actividades”, dado que se consideró que podía no ser clara para los pacientes. Por el contrario, no se acató la recomendación de unirlo con el ítem 12, puesto que si bien evalúan aspectos similares, se hace necesaria la presencia de preguntas de control que permitan verificar las respuestas reportadas por los pacientes.

Los ítems 12 (Cuando estoy enojado o angustiado hago algo que me ayude a sentirme mejor), 13 (Asisto a las consultas médicas programadas), 14 (Asisto a las consultas de enfermería programadas) y 15 (Me realizo los exámenes de laboratorio y otros exámenes en los periodos que los profesionales de salud me indican) se mantuvieron igual ya que el ICS de los tres aspectos (comprensión, claridad y precisión) fue de 1.

En el ítem 16 (Estoy atento a cualquier signo o síntoma que demuestre un deterioro en mi estado de salud) se modificó la palabra deterioro por empeoramiento ya que se consideró de más fácil comprensión para los pacientes. El ICS para este ítem reporto 0.7, 0.7 y 0.5 para comprensión, claridad y precisión respectivamente, por lo que se acató la recomendación de un experto quien sugirió especificar los signos o síntomas asociados a la salud cardiovascular, de manera que la redacción final de la pregunta se dejó de la siguiente forma: Estoy atento a cualquier signo o síntoma que demuestre un empeoramiento en mi estado de salud como: dolor en el pecho, presión arterial alta o baja, palpitaciones, ahogo o fatiga, inflamación de brazos y piernas.

El ítem 17 (Si mi enfermedad está controlada, le doy poca importancia al tratamiento) reporto un ICS de 0.7, 0.7 y 0.5 para comprensión, claridad y precisión respectivamente, por lo que se especificó a qué tipo de tratamiento se hacía referencia quedando así: Si mi enfermedad está controlada, le doy poca importancia al tratamiento (medicamentos, dieta, ejercicio).

En el ítem 18 (Cuando me siento bien, suspendo el tratamiento así no lo haya terminado) se especificó a qué tipo de tratamiento se hacía referencia a pesar de que el ICS reportó 0.7 para todos los aspectos. El ítem se ajustó así: Cuando me siento bien, suspendo el tratamiento (medicamentos, dieta, ejercicio) así no lo haya terminado.

El ítem 19 (Necesito que otras personas me recuerden que debo tomar mis medicamentos) no se modificó ya que el ICS reporto 1 para los aspectos de compresión, claridad y precisión.

El ítem 20 (Necesito que otras personas me recuerden que debo seguir las indicaciones del personal de salud) se modificó de la siguiente forma: Necesito que otras personas me recuerden que debo seguir las indicaciones del personal de salud (ejercicio físico, dieta), atendiendo a las recomendaciones de especificar los tipos de indicaciones y dado que el ICS reportó 1, 1 y 0.7 para los aspectos de comprensión, claridad y precisión respectivamente.

El ítem 21 (Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud, dejo el tratamiento) reportó un ICS de 0.7 para todos los aspectos por lo que se modificó así: Si en poco tiempo no presento mejoría en mi salud, dejo el tratamiento (medicamentos, dieta, ejercicio), dicho ajuste se realizó en respuesta a las recomendaciones de cambiar la frase “No veo” por “no presento”, así como de precisar el tipo de tratamiento que se quiere evaluar.

El ítem 22 (Puedo manejar las situaciones que me producen estrés) se mantuvo igual ya que el ICS de los tres aspectos (comprensión, claridad y precisión) fue de 1.

El ítem 23 (Me siento capaz de cambiar las conductas perjudiciales para mi salud) aunque reportó un ICS de 0.7 para todos los aspectos, se modificó de la siguiente manera: Soy capaz de cambiar las conductas perjudiciales para mi salud. Se cambió la frase “me siento capaz” por “soy capaz de” dado que un experto considero que la palabra siento era ambigua.

El ítem 24 (Termino el tratamiento aunque me parezca complicado.) reportó un ICS de 0.7 para todos los aspectos, por lo que se modificó de la siguiente manera: Termino el tratamiento (medicamentos, ejercicio físico) aunque me parezca complicado, en razón a la necesidad de especificar el tipo del tratamiento al que se está haciendo referencia.

El ítem 25 (Hago lo que está en mis manos para mejorarme cuando estoy enfermo) reportó un ICS de 0.7 para todos los aspectos, por lo que se modificó de la siguiente manera: Hago lo que está a mi alcance para mejorarme cuando estoy enfermo, cambiando así la frase “está en mis manos” por la frase “a mi alcance” de acuerdo a la sugerencia de los evaluadores.

Finalmente el ítem 26 (Me siento capaz de seguir las indicaciones que me da el personal de salud) se ajustó a: Soy capaz de seguir las indicaciones que me da el personal de salud, dado que el ICS reportó 0.7 para todos los aspectos y uno de los expertos al igual que en los anteriores ítems considero que la palabra “siento” era ambigua

O. Anexo: Tabla del índice de Kappa de Fleiss general y por dimensiones del cuestionario de acuerdo a los aspectos de comprensión, claridad y precisión.

Dimensión	Kappa de Fleiss		
	Comprensión	Claridad	Precisión
Ingesta de medicamentos	0,77	0,77	0,65
Ingesta de alimentos	0,76	0,62	0,28
Realización de actividad física	0,76	0,62	0,48
Factores de riesgo	0,66	0,59	0,46
Seguimiento/control	0,77	0,77	0,69
Resultados de autoeficacia	0,71	0,71	0,66
General	0.73	0,69	0,57

Fuente: Luisa Fernanda Achury Beltrán 2015.

Dichos resultados fueron interpretados a partir de los parámetros mencionados a continuación:

KAPPA	INTERPRETACIÓN
< 0	Pobre acuerdo
0.01 – 0.20	Acuerdo débil
0.21 – 0.40	Acuerdo aceptable
0.41 – 0.60	Acuerdo moderado
0.61 – 0.80	Acuerdo sustancial
0.81 - 1	Acuerdo casi perfecto

Fuente: Landis J, Koch G: The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics. 1977. Vol. 33, p. 159-74.

P. Anexo: Comprensibilidad y ajustes a los ítems del instrumento tras la validez facial por parte de 380 personas con diferentes características socio-demográficas

El ítem 1 (Tomo mis medicamentos a la hora indicada), reportó una comprensibilidad del 98,95%, dado que los cuatro participantes que lo evaluaron como “se entiende parcialmente” hacían referencia a especificar quien indicaba los horarios, en ese sentido, el ítem se reajustó de la siguiente forma “Tomo mis medicamentos en el horario establecido”, en razón a que el ítem busca evaluar exclusivamente la puntualidad en el consumo de los medicamentos.

El ítem 2 (Tomo diariamente todas las dosis indicadas de mis medicamentos), reportó una comprensibilidad del 97,37%, no obstante, 5 de los 10 participantes que lo evaluaron como “se entiende parcialmente” hicieron referencia a la complejidad que podría implicar la palabra dosis, de forma que el ítem se ajustó de la siguiente forma: “Tomo diariamente todos mis medicamentos de acuerdo a la orden médica”

El ítem 3 (Sigo las indicaciones del personal de salud en relación con la dieta), reportó una comprensibilidad del 97,37%, sin embargo, 8 participantes lo evaluaron como “se entiende parcialmente” y 2 participantes como “no se entiende”, argumentando que debería ajustarse la palabra dieta de manera que el ítem se modificó de la siguiente manera: “Sigo las indicaciones del personal de salud en relación con mi alimentación”

El ítem 4 (Evito en mi alimentación el consumo de grasa [pollo con piel, fritos, alimentos de paquete, leche entera, alimentos precocidos]), reportó una comprensibilidad del 99,21% por lo que se mantuvo igual a pesar que dos participantes lo evaluaron como “lo entiendo parcialmente” y un participante como “no lo entiendo”.

De acuerdo a las recomendaciones derivadas de la validez de contenido realizada previamente se incluyó el ítem 5 (Evito en mi alimentación el consumo de harinas y azucares), el cual reportó una comprensibilidad del 97,63%, por lo que la redacción del ítem se mantuvo igual a pesar de que ocho participantes lo evaluaron como “lo entiendo parcialmente” y un participante como “no lo entiendo”.

Con base en los resultados de la validez de contenido también fue incluido el ítem 6 (Consumo alimentos bajos en sal), el cual se mantuvo igual ya que obtuvo una comprensibilidad del 98,42% en razón a que 6 pacientes lo evaluaron bajo el criterio de “se entiende parcialmente”.

El ítem 7 (Realizo el ejercicio físico indicado por el personal de salud), reportó una comprensibilidad de 98,68% en razón a que 5 participantes “entendieron parcialmente”, por esta razón el ítem se mantuvo igual.

El ítem 8 (Realizo ejercicio físico mínimo 30 minutos, 3 o más veces por semana), reportó una comprensibilidad de 98,68% en razón a que 4 participantes lo “entendieron parcialmente” y uno lo evaluó bajo el criterio “no lo entiendo”, en ese sentido, uno de ellos sugirió el siguiente cambio en la redacción de la pregunta: “Realizo ejercicio físico al menos 3 veces por semana, con una duración mínima de 30 minutos en cada oportunidad”, ajuste que se consideró pertinente dado que los otros evaluadores manifestaron que sería oportuna la revisión de la redacción de la pregunta.

El ítem 9 (Realizo actividades que me ayuden a manejar el estrés), reportó una comprensibilidad de 96,05%, dado que los 13 participantes que evaluaron el ítem como “lo entiendo parcialmente” sugieren que se deben especificar las actividades que mejoran el estrés y los 2 participantes que lo evaluaron como “no lo entiendo”, lo hicieron en razón a que no saben que es estrés, por lo tanto, una persona sugirió cambiar el término estrés por situaciones tensionantes, de manera que el ítem se ajustó de la siguiente forma: “Realizo actividades que me ayuden a manejar el estrés o las situaciones tensionantes”

El ítem 10 (Cuando estoy enojado o angustiado hago algo que me ayude a sentirme mejor), mostró una comprensibilidad de 97,89%, ya que 7 participantes lo evaluaron como “lo entiendo parcialmente” y uno como “no lo entiendo”, sin embargo, algunos evaluadores manifestaron no tener claridad acerca de cuáles actividades podrían realizarse, acerca de lo que es sentirse mejor y solo uno de ellos considero que habían dos preguntas en una (angustia y enojo) y por ello no era de fácil compresión, en este sentido, dada la pertinencia del último comentario se ajustó el ítem de la siguiente forma “Cuando estoy angustiado hago algo que me ayude a sentirme mejor”

En el ítem 11 (Asisto a las consultas médicas programadas), la comprensibilidad fue del 100% sin observaciones de parte de los evaluadores, por lo que la redacción del ítem se mantuvo.

En el ítem 12 (Asisto a las consultas de enfermería programadas), la comprensibilidad fue de 99,47%, en razón a que un participante lo evaluó como “lo entiendo parcialmente” y otro como “no lo entiendo” puesto que manifestaron no tener conocimiento acerca de la existencia de las consultas de enfermería para esta población, en ese sentido, la redacción del ítem se ajusta cambiando solamente el término “consultas” por “controles” ya que cuando el instrumento sea aplicado a pacientes con enfermedad cardiovascular, todos tendrán conocimiento de dichos controles.

El ítem 13 (Me realizo los exámenes de laboratorio y otros exámenes en los periodos que los profesionales de salud me indican), reportó una comprensibilidad de 98,95%, ya que 4 personas lo evaluaron bajo el criterio “lo entiendo parcialmente”. Uno de ellos sugiere modificar el término a “profesionales de la salud” lo cual resulta pertinente y puede mejorar la redacción de la misma. No se tiene en cuenta la sugerencia que hace un evaluador en cuanto a especificar el tiempo, dado que este es un aspecto que varía en cada uno de los individuos de acuerdo a las particularidades de su situación de salud.

El ítem 14 (Estoy atento a cualquier signo o síntoma que demuestre un empeoramiento en mi estado de salud como: dolor en el pecho, presión arterial alta o baja, palpitaciones, ahogo o fatiga, inflamación de brazos y piernas), reporto una comprensibilidad de

98,16%. Este ítem fue evaluado como “lo entiendo parcialmente” por 7 participantes, los cuales manifestaron dificultades en la comprensión de términos como palpitaciones o presión arterial, no obstante, esta observación no se considera pertinente dado que los pacientes con enfermedad cardiovascular tienen conocimiento de dicha terminología.

El ítem 15 (Si mi enfermedad está controlada, le doy poca importancia al tratamiento [medicamentos, dieta, ejercicio]), se retiró a pesar de que mostró una comprensibilidad de 97,11%, puesto que era una pregunta de control y adicionalmente los 11 participantes que lo evaluaron como “lo entiendo parcialmente”, sugirieron ajustes de fondo en razón a que no percibían suficiente claridad en cuanto a lo que puede significar que la enfermedad este controlada o que el paciente le de poca importancia al tratamiento.

El ítem 16 (Cuando me siento bien, suspendo el tratamiento [medicamentos, dieta, ejercicio] así no lo haya terminado, mostró una comprensibilidad de 98,42%. Este ítem fue evaluado por 6 participantes como “lo entiendo parcialmente”, los cuales argumentaron que no es clara la redacción o a que se refiere el tratamiento, lo cual puede estar relacionado con el texto del paréntesis, así mismo, otro evaluador considero que no había claridad en que era sentirse bien, y finalmente un evaluador sugirió que la redacción de la pregunta debía ajustarse a “Suspendo el tratamiento sin la indicación del personal de salud”. Con base en las anteriores observaciones el ítem se dividió en tres, uno para cada aspecto del tratamiento, de manera que quedaron redactados de la siguiente forma: “Por alguna razón suspendo mis medicamentos sin la indicación del personal de salud”, “Por alguna razón dejo de seguir las recomendaciones de la alimentación dadas por el personal de salud” y “Por alguna razón suspendo el ejercicio físico sin la indicación del personal de salud”

El ítem 17 (Necesito que otras personas me recuerden que debo tomar mis medicamentos) mostro una comprensibilidad de 99.47%, en razón a que 2 participantes evaluaron el ítem bajo el criterio “lo entiendo parcialmente”, por lo que la redacción del ítem se mantiene.

El ítem 18 (Necesito que otras personas me recuerden que debo seguir las indicaciones del personal de salud [ejercicio físico, dieta]), reporto una comprensibilidad del 99.21%, dado que 3 participantes evaluaron el ítem como “lo entiendo parcialmente”, un evaluador sugirió especificar que las indicaciones son médicas, sin embargo esta anotación no se considera pertinente ya que no solo el médico sino otros profesionales que hacen parte del equipo interdisciplinario dan indicaciones al paciente; el otro evaluador sugirió sacar el texto del paréntesis e incluirlo en la frase antecediendo el conector “en relación con”, apreciación que se considera acertada, sin embargo al considerar que una sola pregunta no debe evaluar dos aspectos, en este caso las indicaciones relacionadas con dieta y con el ejercicio físico, se decidió dividir el ítem en dos, uno para cada aspecto, quedando finalmente de la siguiente manera: “Necesito que otras personas me recuerden que debo seguir la alimentación ordenada por el personal de salud” y “Necesito que otras personas me recuerden que debo hacer el ejercicio físico ordenado por el personal de salud”.

El ítem 19 (Si en poco tiempo no presento mejoría en mi salud, dejo el tratamiento [medicamentos, dieta, ejercicio]), obtuvo una comprensibilidad de 98.16% ya que 7 participantes lo evaluaron como “lo entiendo parcialmente”, a pesar de ello, este ítem se dividió en dos dado que no se consideró pertinente evaluar más de un aspecto en la misma pregunta, de forma tal que los ítem se redactaron de la siguiente manera: “Si en poco tiempo no presento mejoría en mi salud, suspendo mis medicamentos” y “Si en

poco tiempo no presento mejoría en mi salud, suspendo el ejercicio físico". No se redactó un time para evaluar el aspecto relacionado con la alimentación en razón a que este ya era evaluado por otras preguntas del instrumento.

El ítem 20 (Puedo manejar las situaciones que me producen estrés), mostro una comprensibilidad de 97.11%, dado que 9 participantes lo evaluaron como "lo entiendo parcialmente" y 2 como "no lo entiendo". En general las observaciones se orientan a brindar ejemplos de situaciones estresantes y formas para manejar el estrés, sin embargo, estas observaciones no se consideran pertinentes ya que cada individuo puede percibir de diferente manera el estrés y en ese sentido realizar diferentes actividades, por lo tanto, se considera que colocar ejemplos puede sesgar la respuesta. Dos de los evaluadores no conocen que es estrés y uno sugiere cambiar dicho término por situaciones tensionantes, por esta razón, se complementa el ítem con este vocablo quedando finalmente de la siguiente forma: "Puedo manejar las situaciones tensionantes o que me producen estrés"

El ítem 21 (Soy capaz de cambiar las conductas perjudiciales para mi salud) reportó una comprensibilidad de 96.32%, en razón a que 12 participantes lo evaluaron como "lo entiendo parcialmente" y 2 como "no lo entiendo", ellos en su mayoría manifestaron poca claridad en el término conducta perjudicial, por lo tanto el ítem se redactó así: "soy capaz de cambiar los comportamientos dañinos para mi salud".

El ítem 22 (Termino el tratamiento [medicamentos, ejercicio físico] aunque me parezca complicado), mostro una comprensibilidad de 97.11% en razón a que 9 participantes lo evaluaron como "lo entiendo parcialmente" y 2 como "no lo entiendo", los evaluadores consideran que se debe revisar la redacción de la pregunta sacando el texto del paréntesis e incorporarlo a la pregunta, lo cual se considera adecuado, otros evaluadores sugirieron cambiar la palabra "termino" por "cumplo", con base en ello el ítem quedo redactado de la siguiente manera: "Cumplo el tratamiento de mi enfermedad aunque me parezca complicado**"**

El ítem 23 (Hago lo que está a mi alcance para mejorarme cuando estoy enfermo), reporto una comprensibilidad de 98.16%, dado que 5 participantes lo evaluaron como "lo entiendo parcialmente" y 2 como "no lo entiendo", por esta razón la redacción del ítem se mantuvo.

El ítem 24 (Soy capaz de seguir las indicaciones que me da el personal de salud), se conservó igual dado que mostró una comprensibilidad de 99.74% puesto que solo un participante lo evaluó como "lo entiendo parcialmente".

El ítem 25: Consumo bebidas alcohólicas

a. Varias veces al día.
b. Una vez al día.
c. Varios días a la semana
d. Una vez a la semana.
e. De vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones especiales)
f. No consumo bebidas alcohólicas.

Reportó un comprensibilidad de 98.95% ya que 4 participantes lo evaluaron bajo el criterio “lo entiendo parcialmente”, en ese sentido, un participante consideró que parecía más una afirmación que una pregunta y otro participante sugirió que el ítem debía redactarse indagando sobre frecuencia de consumo de alcohol, por lo tanto estas observaciones se consideraron pertinentes y el encabezado de ítem quedo redactado de la siguiente forma: “¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?”.

El ítem 26: Fumo

a. Varias veces al día.
b. Una vez al día.
c. Varios días a la semana
d. Una vez a la semana.
e. De vez en cuando (en celebraciones, eventos sociales, ocasiones especiales)
f. No fumo

Este ítem reportó una comprensibilidad de 98.95% dado que 4 participantes lo evaluaron como “lo entiendo parcialmente”, uno de ellos al igual que en la pregunta anterior lo consideró más una afirmación que un pregunta por lo que se consideró oportuno hacer ajustes de redacción y plantearlo de la siguiente forma: “¿Con qué frecuencia fuma?” manteniendo las mismas opciones de respuesta.

Q. Anexo: Tabla de varianza explicada por componentes principales del “Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad CV”

Comp.	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado			Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	6,276	21,642	21,642	6,276	21,642	21,642	3,897	13,439	13,439
2	3,244	11,186	32,828	3,244	11,186	32,828	3,443	11,871	25,310
3	2,319	7,998	40,826	2,319	7,998	40,826	2,923	10,080	35,390
4	1,769	6,101	46,927	1,769	6,101	46,927	2,152	7,422	42,812
5	1,569	5,411	52,338	1,569	5,411	52,338	2,144	7,391	50,203
6	1,458	5,028	57,365	1,458	5,028	57,365	2,077	7,162	57,365
7	1,202	4,145	61,510						
8	1,101	3,796	65,306						
9	1,052	3,628	68,933						
10	,912	3,145	72,078						
11	,831	2,867	74,945						
12	,815	2,811	77,756						
13	,680	2,345	80,101						
14	,627	2,163	82,264						
15	,584	2,013	84,277						
16	,543	1,872	86,149						
17	,531	1,831	87,980						
18	,482	1,663	89,643						
19	,422	1,455	91,098						
20	,369	1,271	92,369						
21	,368	1,268	93,637						
22	,331	1,143	94,780						
23	,294	1,013	95,792						
24	,265	,913	96,705						
25	,251	,864	97,569						
26	,234	,806	98,375						
27	,200	,688	99,063						
28	,161	,553	99,616						
29	,111	,384	100,000						

Fuente: Resultado del análisis de datos – SPSS versión 22

R. Anexo: Tabla matriz rotada de componentes principales del “Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad CV”

	Componente					
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
Preg. 1		,749				
Preg. 2		,799				
Preg. 3		,701				
Preg. 4		,521				
Preg. 5	,545					
Preg. 6	,437					
Preg. 7	,467					
Preg. 8		,502				
Preg. 9						,784
Preg. 10						,414
Preg. 11						,632
Preg. 12					,750	
Preg. 13					,815	
Preg. 14				,759		
Preg. 15				,608		
Preg. 16				,647		
Preg. 17	,447					
Preg. 18			,772			
Preg. 19			,762			
Preg. 20			,815			
Preg. 21		,610				
Preg. 22						,423
Preg. 23					,557	
Preg. 24	,676					
Preg. 25	,702					
Preg. 26	,719					
Preg. 27	,749					
Preg. 28				,422		
Preg. 29				,352		

Fuente: Luisa Fernanda Achury Beltrán 2015.

S. Anexo: Tabla de fiabilidad del "Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular"

	Alfa de Cronbach si el elemento se suprime el elemento
Preg 1	,830
Preg 2	,830
Preg 3	,833
Preg 4	,825
Preg 5	,832
Preg 6	,828
Preg 7	,835
Preg 8	,829
Preg 9	,831
Preg 10	,832
Preg 11	,832
Preg 12	,834
Preg 13	,831
Preg 14	,830
Preg 15	,830
Preg 16	,832
Preg 17	,830
Preg 18	,831
Preg 19	,832
Preg 20	,838
Preg 21	,832
Preg 22	,835
Preg 23	,834
Preg 24	,831
Preg 25	,829
Preg 26	,832
Preg 27	,831
Preg 28	,836
Preg 29	,840
General	,837

Fuente: Resultado del análisis de datos – SPSS versión 22

T. Anexo: Tabla de la consistencia interna de las dimensiones del "Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular"

Dimensiones	Ítems de la dimensión	Alfa de Cronbach
1. Expectativas y conductas de autoeficacia.	5, 6, 7, 17, 24, 25, 26, 27	,804
2. Seguimiento a las indicaciones del personal de salud en relación con la ingesta de medicamentos y alimentos.	1, 2, 3, 4, 8, 21	,778
3. Necesidad de apoyo para la adherencia.	18, 19, 20	,809
4. Conductas esperadas de adherencia a largo plazo.	14, 15, 16, 28, 29	,555
5. Manejo de las situaciones tensionantes.	12, 13, 23	,683
6. Realización de actividad física.	9, 10, 11, 22	,697

Fuente: Luisa Fernanda Achury Beltrán 2015.

U. Anexo: Presupuesto

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	COSTO PARCIAL	COSTO TOTAL
RUBRO → RECURSO HUMANO			
Investigador principal: Estudiante de maestría	600 horas	$30.000/hora	$18’000.000
Asesora de tesis	300 horas	$100.000/hora	$30’000.000
Asesor estadístico	30 horas	$100.000/hora	$3’000.000
Asesor en entrevista motivacional	15 horas	$100.000/hora	$1’500.000
RUBRO → MATERIAL			
Internet	200 horas	$500/hora	$100.000
Impresiones (Consentimientos, instrumentos, formato de datos socio-demográficos)	1624 hojas	$40/hoja	$64.960
Cartuchos para Impresión de tesis	2 cartuchos	$50.000/cartucho	$100.000
Servicio telefónico			$350.000
RUBRO → SALIDAS DE CAMPO			
Transportes	464 pasajes	$1.800/pasaje	$835.200
TOTAL			$53’950.160

El presente proyecto de investigación se sometió a la convocatoria nacional de apoyo a estudiantes de postgrado para el fortalecimiento de la investigación, creación e innovación de la Universidad Nacional de Colombia, recursos con los que se financió.

V. Anexo: Cronograma

Actividad a desarrollar	Fechas					
	Feb. a Dic./13	Feb./14	Mar a May/14	Jun./14 Feb/15	Mar./14	Abr. a May./15
Recolección de la información y elaboración del anteproyecto						
Presentación al comité de ética de la Facultad de enfermería UNAL						
Presentación al Comité de Ética de las instituciones hospitalarias						
Recolección de la muestra						
Análisis estadístico de resultados						
Elaboración del informe final						

Bibliografía

ABAD, Francisco, et al. Introducción a la psicometría, Teoría clásica de los test u teoría de respuesta al ítem. Universidad autónoma de Madrid – Facultad de psicología. 2006. pp.62.

ACHURY, Diana y ACHURY, Luisa. Rehabilitación cardiaca en la unidad de cuidado intensivo. Actual. Enferm. 2010. Vol. 13, no. 2, p. 22 – 29.

ACHURY, Diana. Autocuidado y adherencia en pacientes con falla cardiaca. Aquichan. 2007. Vol. 7, no. 2.

ADES Philip, et al. The cardiac rehabilitation program of the University of Vermont Medical Center. J CardiopulmRehabil. 1986. Vol. 6, p.265–77.

ADES Philip. Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention of Coronary Heart Disease. NEngl J Med 2001.Vol. 12, p. 892-902.

AGAMES, Adriana; HERNÁNDEZ, Rodolfo; CERVERA, Lex; RODRIGUEZ, Yarmein. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento antihipertensivo. Revista archivo médico de Camagüey. 2008. Vol. 12, no. 5. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000500009&lng=es&nrm=iso>.

AKPA, MR; AGOMUOH, DI; ODIA, OJ. Compliance among hypertensive patients in Port Harcourt, Nigeria. Niger J Med. 2005. Vol.14, pp. 55-57.

ALFONSO, Libertad; BAYARRE, Héctor; LA ROSA MATOS, Yadmila; ORBAY, María de la concepción; RODRÍGUEZ, Jesús; VENTO, Félix; ACOSTA, Magda. Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. Revista cubana de salud pública. 2007. Vol. 33, no. 3, pp. 1-10.

ALVAREZ, María; GÓMEZ, Solis y ALVAREZ, Omar. Depresión como factor de riesgo en el post infarto. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. 2007. No. 165, p. 26 – 28.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Heart Disease and Stroke Statistics2010 Update: A Report from the American Heart Association. En: Circulation. 2010; e46-e215.

ANCHIQUE, Claudia; PEREZ, Carmen; LÓPEZ, Francisco y CORTÉS, Mery. Estado actual de la rehabilitación cardiovascular en Colombia (2010).Revista colombiana de Cardiología Noviembre– Diciembre. 2011. Vol. 18, no. 6, p. 305-315.

ANÓNIMO. Confiabilidad y validez. (pp. 85 – 107). Disponible en: http://biblio3.url.edu.gt/Libros/tests_p/4.pdf. Consultado: Septiembre 2015.

ARANGO, Gloria. Los comités de ética de la investigación. Objetivos, funcionamiento y principios que buscan proteger. Investigación en enfermería. En: Imagen y desarrollo. 2008, vol. 10, no. 1, p. 9-20.

ARGIMON, Joseph; JIMENEZ, Joseph. (2004). Validación de cuestionarios. En: Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Elsevier.

ARIAS, Yurelis. La adherencia terapéutica. Rev. Cubana Med Gen Integral. 2001. Vol. 17, no. 5, p. 502 – 505.

ARMARIO, P. Estrés y enfermedad cardiovascular. Hipertensión. 2008. Vol. 25, no. 1, p. 23 – 34.

BADIA, X Lanch; LIZÁN, L Tudela. Estudios de calidad de vida. En: Martin Zurro A, Cano PJF. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica. Elsevier 2003, pp. 250 – 261.

BASTIDAS, Clara. Asociación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con alguna condición de enfermedad coronaria. Avances en enfermería. 2007. Vol. XXV, no. 2, pp. 65 – 75.

BEDOYA, Tatiana; DÍEZ, Diana; LOAIZA, Julián; VALENCIA, Johanna; VERGEL, María; CASTAÑO, Oscar; CASTAÑO, José. Estudio descriptivo sobre infarto agudo de miocardio en el hospital de Caldas ESE entre 1996 – 2002. Colombia médica. 2004. Vol.35, no. 3, pp. 126 – 130.

BELARDINELLI, Romualdo, et al. Exercise training intervention after coronary angioplasty: the ETICA trial. Journal of the american college of cardiology. 2001. Vol. 37, no. 7, pp. 1891- 1900.

BERNAL, Clemencia; PACHECO, Adriana; NUÑEZ, Jhoanna; RINCON, Fanny. Caracterización de los síntomas de angina en hombres adultos con cateterismo cardiaco positivo para enfermedad coronaria. Revista colombiana de cardiología. 2013. Vol.20, no.3, pp. 138 – 146.

BLACKBURN, Gordon, et al. Cardiac rehabilitation participation patterns in a large, tertiary care center: Evidence for selection bias. J CardiopulmRehabil. 2000. Vol.20, p.189–95.

BONAFONT, Xavier; COSTA, Joan. Adherencia AL tratamiento farmacológico. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. 2004. Vol. 16, no. 3, p. 9 – 14.

BRAY, Steven; et al. An exploratory investigation of the relationship between proxy efficacy, selfefficacy and exercise attendance. 2001. Journal of Health Psychology. Vol. 6, no. 4, p. 425-434

BRODIE, David e INOUE, Alison. Motivational interviewing to promote physical activity for people with chronic heart failure. JAdvNurs. 2005. Vol. 50, no. 5, p. 518-27.

BRODIE, David; INOUE Alison y SHAW David. Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure: a randomized controlled trial. Int J NursStud.Noviembre 2006.Vol. 45, no. 4, p. 489-500.

BUNKER, Steve; MCBURNEY, Helen; COX, Helen y JELINEK, Michael. Identifying participation rates at outpatient cardiac rehabilitation programs in Victoria, Australia. JCardiopulmRehabil. 1999. Vol.19, p.334–8

BURDIAT, Gerard. Programa práctico de Rehabilitación Cardiovascular. RevUrug Cardiol.2006. Vol 21, p. 240 – 251.

CABRERA, Gustavo. El modelo transteórico del comportamiento en salud. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2000. Vol. 18, no. 2, p. 129-138.

CALLEJO, Elvira. Seminario de entrevista motivacional. Grupo de comunicación y salud de la Sociedad Castellana y Leonesa de Medicina Familiar y Comunitaria. 2006. Disponible en: http://www.aepap.org/apapcyl/entrevista_motivacional.pdf

CAMPBELL Donald, STANLEY Julian. diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social. Argentina: Amorrortu editores. 1980, p. 17.

CAMPO, Adalberto; HERAZO, Edwin; OVIEDO, Heidi. Análisis de factores: fundamentos para la evaluación de instrumentos de medición en salud mental. Revista colombiana de psiquiatría. 2012. Vol. 41, No. 3, pp. 659-671.

CARVAJAL, A; CENTENO, C; WATSON, R; MARTINEZ, M; SANZ, A. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud?. Anales del sistema sanitario de Navarra. 2011. Vol.34, no. 1, pp. 63-71.

CASADO, María, et al. La sexualidad en los pacientes con infarto agudo de miocardio. Enfermería Intensiva. 2002. Vol. 13, no. 1, p.2-8.

CASSIANI, Carlos; CABRERA, Armando. Síndromes coronarios agudos: epidemiología y diagnóstico. Salud Uninorte. 2009. Vol. 35, no. 1, pp. 118 – 134.

CASTILLA, Luis; CRAVIOTO, Joaquin. Prueba de Wilcoxon de rangos señalados y pares igualados para dos muestras dependientes. En: Estadística simplificada para la investigación en salud. Editorial Trillas. 1991

CAVARRIAGA, Juan; BELTRÁN, Javier; SENIOR, Juan; FERNÁNDEZ, Andrés; RODRIGUEZ, Arturo; TORO, Juan. Características epidemiológicas, clínicas, tratamiento y pronóstico de los pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo en unidad especializada. Acta médica Colombiana. 2014. Vol. 39, no. 1, pp. 21-28.

CERDA, Jaime; VILLARROEL, Luis. Evaluación de la concordancia inter-observador en investigación pediátrica. Coeficiente de Kappa. Revista chilena de pediatría. 2008. Vol. 79, no.1, pp. 54-58.

CHENG, Kevin; INGRAM, Nicola; KEENAN, Jan; CHOUDHURY, Robin. Evidence of por adherence to secondary prevention after acute coronary síndromes: posible remedies through the application of new technologies. Open heart. 2015. Vol 2, pp. 1 – 7.

COHEN, Ronald. & SWERDLIK, Mark. Pruebas y evaluación psicológicas: Introducción a las pruebas y a la medición. (4ªed.). 2001. México: Mc Graw Hill.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, COLCIENCIAS, UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA. Guía de práctica clínica para el síndrome coronario Agudo. GPC.SCA. Bogotá, 2013, pp. 26.

COLOMBIA. Ministerio De Salud. Resolución 008430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El Ministerio. 4 de octubre de 1993, p. 1-21.

CONCEJO DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES DE LAS CIENCIAS MÉDICAS, CIOMS. En colaboración con la organización mundial de la salud OMS. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos [en línea]. Ginebra, Suiza. 2002, p. 5-89. Disponible en Internet: http://www.paho.org/Spanish/BIO/CIOMS.pdf

CÓRDOBA, A. La cognición y la motivación humana. TIPICA boletín electrónico de Salud escolar. 2006. Vol. 2, no. 2, p. 1-22. Disponible en: http://www.tipica.org/pdf/03_cordoba_cognicion_motivacion_humana.pdf

COSSETTE, Sylvie; FRANSURE, Nancy, DUPUIS, Jocelyn, JUNEAU, Martin y GUERTIN Marie-Claude. Randomized Controlled Trial of Tailored Nursing Interventions to Improve Cardiac Rehabilitation Enrollment Nursing Research.2012. Vol. 61, No. 2, p 111–120.

COWELL, Alexander, et al. Cost-effectiveness analysis of motivational interviewing with feedback to reduce drinking among a sample of college students. J Stud Alcohol Drugs. Marzo 2012. Vol. 73, no. 2, p. 226-237.

CUERVO, Rafael. Alcohol y tabaco en la patología cardiovascular. (2009). En: LÓPEZ-FARRÉ, Antonio. Libro de la salud cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y la fundación BBVA. (pp.577 – 582)HAYNES, RB. Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment. Baltimore MD, Johns Hopkins University Press, 1979.

DANE. Defunciones no fetales 2015, preliminar. 2015. Disponible en: http://www.dane.gov.co/index.php/esp/component/content/article/118-demograficas/estadisticas-vitales/6234-defunciones-no-fetales-2015-preliminar

DENDALE, Paul, et al. Cardiac rehabilitation reduces the rate of major adverse cardiac events after percutaneous coronary intervention. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2005. Vol. 4, p. 113–116

DÍAZ-REALPE, Jesús; MUÑOZ-MARTÍNEZ, Juliana y SIERRA-TORRES Carlos. Factores de riesgo para enfermedad cardiovascular en trabajadores de una institución

prestadora de servicios de salud, Colombia. Revista de salud pública. 2007. Vol. 9, no.1, p. 64 – 75.

DILORIO, Collen, et al. Using motivational interviewing to promote adherence to antiretroviral medications: A randomized controlled study. AIDS care. 2008. Vol. 20, no. 3, pp. 273-283.

DIMATTEO, MR; DINICOLA, DD. Achieving patient compliance. Nueva York, Pergamon, 1982.

DROPPA, Mandy; LEE, Heeyoung. Entrevista motivacional: un camino para mejorar la salud. Nursing. 2014. Vol. 31, no. 6, p. 24 – 29.

DUNCAN, Kathleen, et al. The effects of behavioral feedback on adherence to dietary sodium intake for patients with congestive heart failure. J Cardiopulm Rehabil. 2001. Vol. 21, p. 304.

DUSSELDORP, Elise, et al. A meta-analysis of psycho educational programs for coronary heart disease patients. Health Psychol. 1999. Vol. 18, no.5, p. 506–19.

EASTHALL, Claire; SONG, Fujian; BHATTACHARYA, Debi. A meta-analysis of cognitive-based behavior change techniques as interventions to improve medication adherence. BMJ open. 2013. Vol. 3, pp. 1 – 17.

EPSTEIN, L. & CLUSS, P. A behavioral medicine perspective on adherence to long-term medical regimes. Journal of Consulting and clinical Psychology. 1982. Vol. 50, p. 960-971.

ESCOBAR, Jazmine; CUERVO Ángela. Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización. Avances en medición. 2008. Vol.6, pp. 27-36.

ESPINOZA, Salvador, et al. Rehabilitación cardíaca postinfarto de miocardio en enfermos de bajo riesgo. Resultados de un programa de coordinación entre cardiología y atención primaria. RevEspCardiol. 2004. Vol. 57, no. 1, p.53-9.

ESTEVA, Estilita. Infarto agudo de Miocardio. Clínica y tratamiento. Ámbito farmacéutico. Educación sanitaria. 2009. Vol. 28, no. 3, p. 34 – 39.

EVANS, L; SPE.LMAN, M. The problem of non-compliance with drug therapy. Drugs. 1983. Vol. 25, pp. 63-76

EVENSON, Kelly y FLEURY, Julie. Barriers to outpatient cardiac rehabilitation participation and adherence.J CardiopulmRehabil. 2000. Vol. 20, p. 241–6.

FARLEY, Robyn; WADE, Tracey y BIRCHMORE, Libby. Factors influencing attendance at cardiac rehabilitation among coronary heart disease patients.European Journal of Cardiovascular Nursing 2. 2003, p. 205 – 212.

FIED, Rebeca. Calmly coping: a motivational interviewing via co- Active life coaching (MI-via_CALC) interventions for university students suffering from stress. 2014. University of W estern Ontario - Electronic Thesis and Dissertation Repository . Paper 2209. Disponible en: http://ir.lib.uwo.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=3772&context=etd

FLOREZ Natalia, ROCHA Magda, RODRÍGUEZ Alfredo y TOBA Karen. Tendencia en la adherencia al programa de rehabilitación cardiaca de la fundación Cardioinfantil, Bogotá 2005 – 2009 [On line]. [Citado Mayo 2014]. Disponible en: http://reportes.unbosque.edu.co/content/1041

FLÓREZ, Inna. Adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. Avances en enfermería. 2009. Vol. 27, no. 2, pp. 25–32

FLÓREZ-ALARCÓN, Luis y CARRANZA, William. La entrevista motivacional como herramienta para el fomento de cambios en el estilo de vida de personas con enfermedades crónicas no transmisibles. Avances en Psicología latinoamericana. Julio-diciembre 2007. Vol. 25, no. 2, p. 63 – 82.

FROELICHER, Victor & MYERS, Jonathan. Exercise and the Heart. Fourth edition. Philadelphia. Saunders, Elsevier. 2000. p 456.

GÓMEZ-GERIQUE, Juan, et al. Alcohol y enfermedad cardiovascular. Cardiovascular risk factors. 2000. Vol. 9, no. 5, p. 328 – 341.
GÓMEZ, Carlos y OSPINA, María Beatriz. Desarrollo de cuestionarios, adaptación y validación de escalas. En: Ruiz A, Morillo Z. Epidemiología clínica, investigación clínica aplicada. Editorial panamericana 2004, pp. 172.

GÓMEZ, Manuel; DANGLOT-BANCK, Cecilia; VEGA-FRANCO, Leopoldo. Sinopsis de pruebas estadísticas no paramétricas. Revista Mexicana de pediatría. 2003. Vol. 70, no. 2, pp. 91-99.

GRENIER, O, et al. Secondary prevention in women with acute coronary syndrome in France: results of the PREVENIR survey. Eur Heart J. 1999. Vol. 20, pp 656.

GRUPO CTO. Tema 12. Prevención y promoción de la salud. Manual CTO Oposiciones de enfermería. Disponible en: http://www.grupocto.es/web/editorial/pdf/cap_muestra/af_012_ope_bal.pdf

GULLIKSSON, Mats, et al. Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy vs standard treatment to prevent recurrent cardiovascular events in patients with coronary heart disease: Secondary Prevention in Uppsala Primary Health Care project (SUPRIM). ArchInternMed.2011. Vol. 171, no. 2, p. 134-40.

GUTIÉRREZ, Carolina, et al. Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento “Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación” de Callista Roy. Aquichan. 2007. Vol. 7, no.1. Consultado de http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/98

HANCOCK, Karen, et al. An exploration of the usefulness of motivational interviewing in facilitating secondary prevention gains in cardiac rehabilitation. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation. 2005. Vol. 25, pp. 200 – 206.

HARLAND Jane, et al. The Newcastle exercise project: a randomised controlled trial of methods to promote physical activity in primary care. BMJ. 1999. Vol. 319, pp. 828–832

HASKELL, WL, et al. Effects of intensive multiple risk factor reduction on coronary atherosclerosis and clinical cardiac events in men and women with coronary artery disease: The Stanford coronary risk intervention project (SCRIP). Circulation. 1994. Vol. 89, p.975–90.

HERNÁNDEZ, Roberto; FERNÁNDEZ, Carlos y BAPTISTA, Pilar. Metodología de la investigación. Tercera edición. Mc Graw Hill. 2003, p. 198.

HERRERA LIAN, Arleth. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. Avances en enfermería. 2008. Vol. XXVI, no. 1, p. 36 – 42.

HERRERA, Eugenia. Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. Av.enferm. 2012. Vol. XXX, no. 2, p. 67-75.

HERTTZEANU HL, et al. Ventricular arrhythmias in rehabilitated and non rehabilitated post myocardial infarction patients with left ventricular dysfunction. Am J Cardiol.1993. Vol. 71, p. 24–7.

HIATT, A; ZIMMERMAN, L y HOENSHELL-NELSON N. Factor's influencing patient entrance into a cardiac rehabilitation program. CardiovascNurs. 1990. Vol. 26, p. 25–9.

ILARRAZA, Hermes. Rehabilitación y prevención cardiovascular. El complemento necesario a la terapéutica de hoy. Archivos de cardiología de México. Octubre – diciembre 2003. Vol. 73, no. 4, p. 247 – 252.

IRMAK, Zöhre y FESCI, Hatice. Effects of nurse-managed secondary prevention program on lifestyle and risk factors of patients who had experienced myocardial infarction. Applied Nursing Research.2010, no.23, p. 147–152.

JAROSZ-CHOBOT Przemysława, et al. Self-care of Young diabetics in practice. Medical Science Monitor.2000. Vol. 6, p. 129-132.

JIANG. Xialolian; SIT, Janet y WONG, Thomas. A nurse-led cardiac rehabilitation programme improves health behaviors and cardiac physiological risk parameters: evidence from Chengdu, China.JClinNurs.2007. Vol. 16, No. 10, p. 1886-97

JOLLIFFE, Judith, et al. -based rehabilitation for coronary heart disease (Cochrane Review). In The Cochrane Library (Issue 1). Oxford: Update Software. 2002.

KAZEMI, Donna, et al. Effects of motivational interviewing intervention on blackouts among college freshmen. Journal of Nursing scholarship. Enero 2013.Vol. 45, no.3, p. 221 – 229.

LANDIS J, KOCH G: The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics. 1977. Vol. 33, p. 159-74.

LANE, Deidre; CARROLL, Douglas; RING, Christopher; BEEVERS, Garreth y LIP, Gregory. Predictors of attendance at cardiac rehabilitation after myocardial infarction. JPsychosom Res. 2001. Vol. 51, p. 497–501

LEAL, Elliuz, et al. Actividad física y enfermedad cardiovascular. Revista Latinoamericana de hipertensión. 2009. Vol. 4, no. 1, p. 2 – 17.

LEEMRIJSE, Chantal, et al. The effects of Hartcoach, a life style intervention provided by telephone on the reduction of coronary risk factors: a randomised trial. BMC Cardiovascular Disorders. 2012. Vol. 12, no.47, p. 1-7.

LEONG, Joyce; MOLASSIOTIS, Alexander y MARSH Helen. Adherence to health recommendations after a cardiac rehabilitation programme in post-myocardial infarction patients: the role of health beliefs, locus of control and psychological status. Clinical Effectiveness in Nursing. 2004. Vol. 8, no.1, p. 26–38.

LIZARRAGA, Socorro, et al. Entrevista motivacional. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2001. Vol. *24*, no. 2, pp. 43-54. Recuperado de: http://static1.1.sqspcdn.com/static/f/995733/19717328/1344046896870/Dia+4.+Entrevista+motivacional.+Lizarraga+y+Ayarra.pdf?token=N3mMpmI1PbuHr4JKMhhHaP%2FBLHg%3D

MANZUR, Fernando y ARRIETA, Carlos. Estudio sociológico y del conocimiento de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en la Costa Caribe Colombiana. RevColombCardiol. 2005. Vol, 12, no. 122-8.

MARTÍN ALFONSO, Libertad. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2004 Dic [citado 2013 Mayo 16]; 30 (4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008&lng=es.

MARTIN, Libertad; BAYARRE, Héctor; GRAU, Jorge. Validación del instrumento MBG (Martin – Bayarre - Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Revista cubana de salud pública. 2008. Vol. 34, no. 1.

MARTIN, Seth, et al. Modifiable factors associated with failure to attain low-density lipoprotein cholesterol goal at 6 months after acute myocardial infarction. American Heart Journal. 2013. Vol. 165, No. 1, p. 26 – 33.e3

MARTINEZ, M; CALAZANZ, M. Variables cuantitativas: comparación de la media entre dos grupos. En: Bioestadística amigable. Ediciones Díaz de Santos. 2001. Pp. 230. México: Mc Graw Hill. 1997, p. 169.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Indicadores básicos en salud 2009 [online]. Septiembre de 2011 [citado 17 marzo 2013]. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/INDICADORES%20SALUD%202009.pdf>

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, et al. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia ENSIN 2010. Da Vinci editores & Cia. 2011. Disponible en: http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/Bienestar/ENSIN1/ENSIN2010/LibroENSIN2010.pdf

MOLLOY, Gerard; PEKINS-PORRAS, Linda; STRIKE, Philip y STEPTOE, Andrew. Networks and Partner Stress as Predictors of Adherence to Medication, Rehabilitation Attendance, and Quality of Life Following Acute Coronary Syndrome. Health Psychology.2008. Vol. 27, no. 1, p. 52-8.

MORENO, Lizet. Prevalencia de los principales factores de enfermedad cardiovascular y riesgo cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial que asisten a una IPS en Bogotá y algunos municipios de Cundinamarca. Tesis Maestría en epidemiología clínica. 2009.

MULET, Caridad. Hablando de promoción con enfermería. Rev Cubana Enfermer. Enero – marzo 2002. Vol. 18, no. 1, p. 69-71.

NEIGHBORS, Charles, et al. Cost-effectiveness of a motivational intervention for alcohol-involved youth in a hospital emergency department.J Stud Alcohol Drugs. Mayo 2010.Vol. 71, no. 3, p. 384-94.
NHS Centre for Reviews and Dissemination. Cardiac Rehabilitation. Eff Health Care.1998.Vol.4, no. 4.

NUNALLY J. Psychometric theory. New York. Mac Graw Hill.1978.

OLDRIDGE, Neil y JONES, NL. Improving patient compliance in cardiac exercise rehabilitation: effects of written agreement and self-monitoring. JCardiacRehabil. 1983. Vol. 3, p. 257–62.

OLDRIDGE, Neil y STREINER David. The health belief model: Prediction of compliance and dropout in cardiac rehabilitation. MedSciSportsExerc. 1990. Vol. 22, p. 678–83.

OMS. La OMS alerta del bajo seguimiento de los tratamientos por parte de pacientes con enfermedades crónicas. Madrid: Ediciones Doyma. 2003.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. 2004. Disponible en: http://www.amro.who.int/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estadísticas sanitarias mundiales 2014. Una mina de información sobre salud pública mundial. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112817/1/WHO_HIS_HSI_14.1_spa.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Prevención de las enfermedades cardiovasculares, guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular. [On line] Ginebra.2008.Disponible en: <http://www.who.int/publications/list/PocketGL_spanish.pdf>

ORTEGO MATÉ, María. La adherencia al tratamiento. Variables implicadas. Educare21. 2004, Vol. 8. Disponible en: http://enfermeria21.com/educare/educare08/ensenando/ensenando2.htm

ORTEGO, María del Carmen; LÓPEZ, Santiago y ÁLVAREZ María Lourdes. Ciencias psicosociales. La adherencia al tratamiento. Disponible en: http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-14.-la-adherencia-al-tratamiento-1/14.2-concepto-de-adherencia-al-tratamiento

PARADIS, Véronique, et al. The Efficacy of a Motivational Nursing Intervention Based on the Stages of Change on Self-care in Heart Failure Patients. The Journal of Cardiovascular Nursing. 2010. Vol. 25, no. 2, p. 130-141.

PARKS, Dee; ALLISON, Margaret; DOUGHTY, Robert, CUNNINGHAM, Lay y ELLIS, Chris J. An audit of phase II cardiac rehabilitation at Auckland hospital. N Z Med J. 2000. Vol. 113, p. 158–61.

PASQUALI, Luiz. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. Revista de psiquiatria clínica, são Paulo. 1998. Vol.25, No. 5, pp. 206 – 13.

PASQUALI, Sara, et al. Effect of cardiac rehabilitation on functional outcomes after coronary revascularization. American heart journal. 2003. Vol. 145, no. 3, pp. 445 – 451.

PATIÑO, Fredy, et al. Factores de riesgo cardiovascular en una población urbana de Colombia. Rev. Salud pública. 2011. Vol. 13, no. 3, p. 433-445.

PELL, JP, MORRISON, CE. Factors associated with low attendance at cardiac rehabilitation. British Journal of Cardiology. 1998. Vol. 5, p. 152–5.

PERALTA, María Luisa; CARBAJAL-PRUNEDA, Patricia. Adherencia al tratamiento. Rev Cent Dermatol Pascua. 2008. Vol. 17, no. 3, p. 84 – 88.

PEREIRA, Renata; PESSOA, Rafaella; CAVALCANTE, Fernanda, CARVALHO, Adriana; SILVA, Emanuella; CAMPOS, Emília. Critérios de seleção de *experts* para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. Rev Rene, Fortaleza. 2011. Vol. 12, no. 2, pp. 424-31.

PEREZ, Laura; BARRIOPEDRO, María Isabel y AZNAR, Susana. Niveles de adherencia en postinfartados. Kronos: revista universitaria de la actividad física y el deporte. 2004. No. 5, p. 19-25.
PIETRABISSA, Giada, et al. Enhancing behavioral change with motivational interviewing: a case study in a Cardiac Rehabilitation Unit. Frontiers in Psicology. 2015. Vol. 1, pp. 1-9.

PINSON, Ana. Participación y Proyección de Enfermería en los Programas de Rehabilitación Cardiaca. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2000. Vol. 8, no. 1-4, p. 35 – 41.

PINTO, Bernardine, et al. Physician-based activity counseling: intervention effects on mediators of motivational readiness for physical activity. Ann Behav Med. 2001. Vol. 23, no. 1, pp. 2–10.

PINTRICH, Paul y SCHUNK, Dale. (2002). Motivation in Education Theory, Research and Applications. Upper Saddle River, NJ: Merrill Prentice.

PISANO-GONZÁLEZ, Marta; GONZÁLEZ-PISANO, Ana. La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clase para el control de la enfermedad crónica. Enfermería clínica. 2014. Vol. 24, no. 1, p. 59 – 66.

POLIT, Denise y HUNGLER, Bernadette. Control de la investigación cuantitativa. En: Investigación científica en ciencias de la salud. Capítulo 9. 6a. ed. Mexico: Mc Graw Hill. 2000, p. 225 - 226.

PROCHASKA, James; DICLEMENTE, Carlo; NORCROSS, John. Cómo cambiar la gente, aplicaciones en los comportamientos adictivos. Revista de toxicomanías. 1994. No. 1, p. 3 – 14.

PUPULIM, Jussara. Satisfação do paciente hospitalizado com sua privacidade física: construção e validação de um instrumento de medida. 2009. Tesis de doctorado.

RAND, CS. Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of eterozygous familial hypercholesterolemia. American Journal of Cardiology , 1993, 72:68D-74D.

RESNICK, Barbara. (2003). The theory of self-efficacy. En: Smith M, Liehr P. Middle range theory for nursing. Springer publishing company, p, 49 – 68.

REYES, Carlos; HINCAPIE, Mauricio; HERRERA, Julián y MOYANO, Pablo. Factores de estrés y apoyo psicosocial en pacientes con infarto agudo de miocardio. Cali, 2001 – 2002. Colombia Médica. 2004. Vol. 35, no. 4, pp. 199 – 204.

RIEGEL, Barbara, et al. A Motivational Counseling Approach to Improving Heart Failure Self-Care: Mechanisms of Effectiveness. The Journal of Cardiovascular Nursing. 2006. Vol. 21, no. 3, p. 232-241

RIEKERT, Kristin; BORRELLI, Belinda; BILDERBACK, Andrew; RAND, Cynthia. Promote medication adherence among inner-city, African-American adolescents with asthma. Patient educatin and counseling. 2011. Vol. 82, no. 1, pp. 117 – 122.

RÍO CABALLERO, German; TURRO CARO, Eloy; MESA VALIENTE, Lucia; MESA VALIENTE, Rita y DIOS LORENTE, José. Protocolos y fases de la rehabilitación cardíaca. Orientaciones actuales. MEDISAN 2005; 9(1). Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_1_05/san14105.htm> Consultado: Octubre 2013.

ROCA, Carlos, et al. Rehabilitación cardiaca ¿cómo mantener los cambios en el estilo de vida de nuestros pacientes? Enfermería en cardiología. 2004. Vol 33-34, pp. 58 – 61.

RODRÍGUEZ, Miguel Ángel, et al. Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con riesgo cardiovascular. Pharmaceutical care esp. 2012. Vol. 14, no. 4, pp. 138-145.

RODRIGUEZ-CHAMORRO, Miguel Ángel, et al. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Atención primaria. 2008. Vol. 40, no. 8, p. 413 – 417.

ROLLMAN, Bruce; COUNIHAN, Peter y REYNOLDS, Charles. Potential new cardiovascular risk factors. *AnnIntern Med* 2000; 132: 761.

ROLLNICK, Stephen y MILLER, William. ¿Qué es la entrevista motivacional? RET Revista de toxicomanías. 1996. No. 6, p. 3-7.

RUBAK, Sune; SANDBAEK, Annelli; LAURITZEN, Torsten y CHRISTENSEN, Bo. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. British Journal of general practice. 2005. pp. 305 – 312.

RUGER, Jennifer, etal. Cost-effectiveness of motivational interviewing for smoking cessation and relapse prevention among low-income pregnant women: a randomized controlled trial. Value Health. Marzo – abril 2008. Vol. 11, no, 2, p. 191-198.

SAMPERIO, L; BRAVO, L; CORIA, A. Estructura y funcionalidad familiar en la rehabilitación cardiaca ambulatoria. Archivos en medicina familiar. 2009. Vol. 11, no. 3, pp. 106 – 112.

SANCHEZ-SEGURA, Miriam, et al. Asociación entre el estrés y las enfermedades infecciosas, autoinmunes, neoplásicas y cardiovasculares. Revista cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia. 2006. Vol. 22, no. 3.

SCALES, R. Motivational interviewing and skills-based counseling in cardiac rehabilitation: the cardiovascular health initiative and lifestyle education (CHILE) study. UMI Proquest Digital. 1998.

SENIOR, Juan, et al. Guía de práctica clínica para pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo: atención inicial y revascularización. Revista colombiana de Cardiología. 2013. Vol. 20, no. 3, pp. 46.

SHAH, Nilay, et al. Long-term Medication Adherence after Myocardial Infarction: Experience of a Community. Am J Med.2009. Vol. 122, no. 10, p. 961.e7- 961.13.

SHUNK, Dale. (1997). Aprendizaje cognoscitivo social. En: Teorías del aprendizaje. Prentice Hall (pp.101 – 141).

SILVA, Germán Enrique; GALEANO, Esmeralda; CORREA, Jaime Orlando. Adherencia al tratamiento, implicaciones de la no adherencia. Acta Médica Colombiana. 2005. Vol. 30, no. 4, p. 268 – 273.

SIM, Moira; WAIN, Toni y KHONG, Eric. Influencing behaviour change in general practice. Part 1 – brief intervention and motivational interviewing. Australian Family physician. 2009. Vol. 3º, no. 11, pp. 885-888.

SOCARRAS-SUAREZ, María Matilde, BOLET-ASTOVIZA, Miriam. Alimentación saludable y nutrición en las enfermedades cardiovasculares. Revista cubana de investigaciones biomédicas. 2010. Vol. 29, no. 3, p. 353 – 363.

SORIA-TRUJANO, Rocío; VEGA-VALERO, Cynthia Zaira; NAVA-QUIROZ, Carlos. Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. Alternativas en psicología. 2009. Vol. 14, no. 20.

SORIA-TRUJANO, Rocio; VEGA-VALERO, Zaira; NAVA-QUIROZ, Carlos; SAAVEDRA-VÁSQUEZ, Karina. Interacción médico – paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. Liberabit. 2011. Vol. 17, no. 2, p. 223 – 230.

STEG, Gabriel, et al. Guía de práctica clínica de la ESC para el manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST. RevEspCardiol. 2013. Vol. 66, no. 1, p. 53.e1-e46.

STRINER, David; NORMAN, Geofrey. (1995). Health Measurement Scales, a practical guide to their development and use. Oxford University Press. (pp. 28 – 53)

TAYLOR, Rod, et al. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Am J Med. 2004. Vol.116, p.682-92.

THOMBS, Brett, et al. Prevalence of depression in survivor of acute myocardial infarction. J Gen Intern Med. 2006. Vol. 21, no. 1, p 30:38

THOW, Morag, et al. Uptake and adherence of women post myocardial infarction to phase III cardiac rehabilitation: are things changing? Coronary Health Care. 2000. Vol.4, p. 174–8.

THYGESEN, Kristian; ALPERT, Joseph y WHITE, Harvey. Universal definition of myocardial infarction. Eur Heart J. 2007.Vol.28, no. 20, p. 2525-38

TRISTÁN, Agustin. Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. Avances En Medición. 2008. No. 6, pp. 37- 48.

VAN NES, Michele y SAWATZKY, Jo Ann. Improving cardiovascular Health with motivational interviewing: a nurse practitioner perspective. Journal of the amerincan nurse practitioners. 2010. Vol. 22, pp. 654 – 660.

VARELA-AREVALO, María Teresa. El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial. Pensamiento psicológico. 2010. Vol. 7, no. 14, p. 127 – 140.

VARGAS, Ruby, et al Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes postinfarto agudo de miocardio. Revista ciencia y cuidado. 2008. Vol. 5, no. 1, p. 40 – 50.

VEGA, Veronica. La entrevista motivacional: una valiosa herramienta de promoción de la salud. Trabajo de grado, universidad de Cantabria, 2012. Disponible en: http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/864/VegaTocaV.pdf?sequence=1

WATSON, R; THOMPSON, D. Use of factor analysis. Journal Advanced Nursing literature review. 2006. Vol.55, pp. 330 – 341.

WHO FACT SHEET N.° 310, updated June 2011. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/ factsheets/fs310/en/index.html

WORLD HEALTH ORGANIZATION.TECHNICAL REPORT SERIES 270. Rehabilitation of patients with cardiovascular diseases. Report of a WHO expert committee, Geneve. 1964.

ZAMBRANO, Renato; DUITAMA, John; POSADA, Jorge; FLOREZ, Jose. Percepción de la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Rev. Fac. Nal. Salud Pública. 2012. Vol. 30, no. 2, p. 163 – 174.