



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Relación agencia de autocuidado y calidad de vida en personas con insuficiencia cardiaca

Diana Yiseth Molano Barrera

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería
Programa de Maestría en Enfermería
Bogotá, Colombia
2019

Relación agencia de autocuidado y calidad de vida en personas con insuficiencia cardiaca

Diana Yiseth Molano Barrera

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:
Magister en Enfermería con énfasis en cuidado para la salud cardiovascular

Directora:

Ph.D., Renata Virginia González Consuegra

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería
Programa de Maestría en Enfermería
Bogotá, Colombia
2019

Dedicatoria

A Dios por darme la fortaleza para superar las adversidades y lograr terminar con éxito mis estudios. A mis hijos Juan Ángel y Aarón por ser mi motivación para luchar cada día. A mi madre por su apoyo incondicional. A mi familia por alentarme a cumplir mis metas.

Agradecimientos

A la docente Renata González por su acompañamiento y orientación durante todo el tiempo que duro la investigación, quien se caracterizó por su profesionalismo y su gran calidad humana.

A la Clínica Universitaria Colombia y especialmente al programa de insuficiencia cardiaca liderado por el Dr. Carlos Arias, por permitirme acceder a los pacientes que hicieron parte del estudio y facilitarme el espacio para poder obtener la información necesaria para desarrollo de la investigación.

A los pacientes que aceptaron participar en este estudio por su disposición y entusiasmo durante la recolección de los datos, manifestando su interés por ayudar a la ciencia para que cada vez más personas con esta patología puedan beneficiarse de las mejores formas de tratamiento.

Resumen

El presente estudio, de tipo cuantitativo correlacional, tiene como objetivo determinar la relación existente entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida relacionada con la salud en las personas con insuficiencia cardiaca que son atendidos en el programa multidisciplinario de insuficiencia cardiaca de una institución de salud de cuarto nivel en la ciudad de Bogotá, Colombia. La muestra correspondió a 107 pacientes. Las variables se midieron a través de los instrumentos Appraisal of self-care agency scale y el Cuestionario de cardiomiopatía de Kansas City.

Resultados: La media de la edad fue 59.9 años, el 66.3% se encontró en la categoría de 51 a 75 años. El sexo masculino predominó con un 67.3%. La ocupación independiente obtuvo el mayor porcentaje. El nivel educativo fue 17.8% en bachillerato completo y universitario. La etiología más común fue isquémica con 40.18%. La clase funcional NYHA estuvo en clase I y II con 27.10% y 61.68% respectivamente. La FEVI fue <40% en el 84.11%. La capacidad de agencia de autocuidado se encontró en categorías alto con 63.55% y muy alto con 34.57%. La calidad de vida relacionada con la salud se encontró preservada, con un puntaje general de 73.33. La relación existente entre las dos variables (coeficiente de correlación de Spearman) fue 0.316 con un $p=0.002$, relación débil pero significativa.

Los resultados del estudio ratifican la necesidad de generar propuestas de intervención de enfermería que evalúen estas variables y contribuyan a la atención integral de las personas con insuficiencia cardiaca.

Palabras clave: Agencia de autocuidado, calidad de vida, insuficiencia cardiaca

Abstract

The objective of this study, which is of a correlational quantitative, is to determine the relationship between self-care agency capacity and the quality of life related to health in people with heart failure who are treated in the multidisciplinary heart failure program of a fourth level health institution in the city of Bogotá, Colombia. The sample corresponded to 107 patients. The variables were measured through the Appraisal of self-care agency scale instruments and the Cardiomyopathy Questionnaire of Kansas City.

Results: The mean age was 59.9 years, 66.3% was found in the category of 51 to 75 years. Male sex predominated with 67.3%. Independent occupation obtained the highest percentage. The educational level was 17.8% in high school and university. The most common etiology was ischemic with 40.18%. The NYHA functional class was in class I and II with 27.10% and 61.68% respectively. LVEF was <40% in 84.11%. The self-care agency capacity was found in high categories with 63.55% and very high with 34.57%. The quality of life related to health was slightly affected with a general score of 73.33. The relationship between the two variables (Spearman correlation coefficient) was 0.316 with $p = 0.002$, a weak but significant relationship.

The results of the study confirm the need to generate nursing intervention proposals that evaluate these variables and contribute to the comprehensive care of people with heart failure.

Keywords: Self-care agency, quality of life, heart failure

Contenido

RESUMEN	IX
ABSTRACT	X
CONTENIDO	XI
LISTA DE FIGURAS	XIII
LISTA DE TABLAS	XIV
LISTA DE GRÁFICAS	XVI
LISTA DE ABREVIATURAS	XVII
INTRODUCCIÓN	1
1. MARCO DE REFERENCIA	5
1.1 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA PROBLEMA	5
1.2 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	8
1.2.1 <i>Significancia social</i>	8
1.2.2 <i>Significancia teórica</i>	12
1.2.3 <i>Significancia disciplinar</i>	16
1.3 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	18
1.4 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	20
1.5 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN	20
1.6 OBJETIVOS	20
1.6.1 <i>Objetivo general</i>	20
1.6.2 <i>Objetivos específicos</i>	20
1.7 DEFINICIÓN DE VARIABLES	21
2. MARCO TEÓRICO	23
2.1 INSUFICIENCIA CARDIACA	23
2.2 CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO	25
2.3 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	28
3. MARCO DE DISEÑO	33
3.1 TIPO DE ESTUDIO	33
3.2 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES	34
3.3 SEGOS	37
3.4 POBLACIÓN	37
3.5 MUESTRA	37
3.6 CÁLCULO TAMAÑO DE LA MUESTRA	38

3.7	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	39
3.8	RIESGOS DEL DISEÑO	41
3.9	SELECCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS	41
3.9.1	<i>Instrumento de medición ASA</i>	41
3.9.2	<i>Instrumento de medición KCCQ</i>	44
3.10	RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	47
3.11	PROCESAMIENTO DE DATOS	48
3.12	ANÁLISIS DE DATOS.....	48
3.13	MARCO ÉTICO	49
3.14	MEDIOS DE DIVULGACIÓN	52
3.15	FINANCIACIÓN	52
4.	MARCO DE ANÁLISIS	53
4.1	DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS.....	53
4.1.1	<i>Descripción de las características sociodemográficas</i>	53
4.1.2	<i>Características clínicas</i>	60
4.2	DESCRIPCIÓN DE LA CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO	64
4.3	DESCRIPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	73
4.4	ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE LA CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO Y LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	80
4.4.1	<i>Análisis bivariado</i>	81
4.4.2	<i>Análisis de modelación</i>	93
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	103
5.1	CONCLUSIONES.....	103
5.2	RECOMENDACIONES.....	104
A.	ANEXO: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO.....	109
B.	ANEXO: AUTORIZACIÓN DE USO DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.	113
C.	ANEXO: INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	115
D.	ANEXO: DECLARACIÓN	123
E.	ANEXO: APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA	124
F.	ANEXO: APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN DE LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SANITAS	125
G.	ANEXO: CRONOGRAMA DE LA INVESTIGACIÓN Y PRESUPUESTO	127
	BIBLIOGRAFÍA	129

Lista de figuras

	PÁG.
Figura 2-1: Componentes de la estructura del proceso de autocuidado.....	26
Figura 2-2: La estructura sustantiva de la agencia de autocuidado.....	27
Figura 2-3 Modelo de calidad de vida relacionada con la salud de Wilson y Cleary	30
Figura 2-4 Articulación de los conceptos capacidad de agencia de autocuidado y la CVRS a partir del sistema CTE.....	32

Lista de tablas

	PÁG.
Tabla 3-1: Descripción de variables sociodemográficas y clínicas	35
Tabla 3-1: (Continuación).....	36
Tabla 3-2: Descripción de las variables Capacidad de agencia de autocuidado y Calidad de vida relacionada con la salud.....	36
Tabla 3-3: Criterios de inclusión y exclusión.....	40
Tabla 3-4: Instrumentos para medir capacidad de agencia de autocuidado.....	42
Tabla 3-5: Consistencia interna del KCCQ.....	46
Tabla 4-1: Variables sociodemográficas	53
Tabla 4-1: (Continuación)	54
Tabla:4-2: Disponibilidad de cuidador y tipo de cuidador	57
Tabla:4-3: Características clínicas.....	61
Tabla:4-4: Comorbilidades	63
Tabla:4-5: Descripción de la capacidad de agencia de autocuidado	67
Tabla:4-6: Descripción de la calidad de vida relacionada con la salud.....	75
Tabla:4-7: Puntajes generales de la calidad de vida relacionada con la salud	76
Tabla:4-8: Clasificación de los resultados de la calidad de vida relacionada con la salud ...	77
Tabla:4-9: Correlación de las dimensiones de capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida relacionada con la salud.....	89
Tabla 4-10: Correlación de las variables sociodemográficas y clínicas y la calidad de vida relacionada con la salud	91
Tabla 4-11: Relación de las variables sociodemográficas y clínicas con la dimensión Limitación física	93

Tabla 4-12: Relación de las variables sociodemográficas y clínicas con la dimensión Estabilidad de los síntomas.....	94
Tabla 4-13: Relación de las variables sociodemográficas y clínicas con la dimensión Frecuencia de los síntomas.....	95
Tabla 4-14: Relación de las variables sociodemográficas y clínicas con la dimensión Carga de los síntomas.....	96
Tabla 4-15: Relación de las variables sociodemográficas y clínicas con la dimensión Autoeficacia.....	97
Tabla 4-16: Relación de las variables sociodemográficas y clínicas con la dimensión Calidad de vida.....	98
Tabla 4-17: Relación de las variables sociodemográficas y clínicas con la dimensión limitación social.....	99

Lista de gráficas

	PÁG.
Gráfica 4-1: Tiempo de permanencia en el programa.....	60
Gráfica 4-2: Clasificación de la fracción de eyección del ventriculo izquierdo.....	62
Gráfica 4-3: Relación de la dimensión limitación física y las dimensiones de la capacidad de agencia de autocuidado.....	82
Gráfica 4-4: Relación de la dimensión estabilidad de los síntomas y las dimensiones de la capacidad de agencia de autocuidado	83
Gráfica 4-5: Relación de la dimensión frecuencia de los síntomas y las dimensiones de la capacidad de agencia de autocuidado.....	84
Gráfica 4-6: Relación de la dimensión carga de los síntomas y las dimensiones de la capacidad de agencia de autocuidado.....	85
Gráfica 4-7: Relación de la dimensión autoeficacia y las dimensiones de la capacidad de agencia de autocuidado.	86
Gráfica 4-8: Relación de la dimensión calidad de vida y las dimensiones de la capacidad de agencia de autocuidado.....	87
Gráfica 4-9: Relación de la dimensión limitación social y las dimensiones de la capacidad de agencia de autocuidado.....	88

Lista de abreviaturas

Abreviatura	Término
<i>ACC</i>	American College of Cardiology
<i>AHA</i>	American Heart Association
<i>AIC</i>	Criterios de información de Akaike
<i>ASA</i>	Appraisal of Self-care Agency Scale
<i>CF</i>	Clase funcional
<i>CHFQ</i>	Cuestionario de insuficiencia cardiaca crónica
<i>CVRS</i>	Calidad de vida relacionada con la salud
<i>DANE</i>	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
<i>EQ-5D</i>	Cuestionario de calidad de vida EuroQol 5D
<i>EPOC</i>	Enfermedad pulmonar obstructive crónica
<i>EPS</i>	Entidad Promotora de Salud
<i>FEVI</i>	Fracción de eyección del ventrículo izquierdo
<i>IC</i>	Insuficiencia cardiaca
<i>ICC</i>	Insuficiencia cardiaca crónica
<i>KCCQ</i>	Cuestionario de cardiomiopatía de kansas city
<i>MIAS</i>	Modelo Integral de Atención en Salud
<i>MLWHFQ</i>	Minnesota living with heart failure questionnaire
<i>NYHA</i>	New York Heart Association
<i>OMS</i>	Organización Mundial de la Salud
<i>RIPS</i>	Sistema de información de prestaciones de salud
<i>SF-36</i>	Short Form 36
<i>SISPRO</i>	Sistema integral de información de la protección social
<i>SGSSS</i>	Sistema general de seguridad social en salud
<i>TICs</i>	Tecnologías de información y comunicación

Introducción

La insuficiencia cardiaca es una patología de alto impacto en morbilidad que afecta la calidad de vida de las personas que la padecen. El paciente se ve enfrentado a una serie de cambios en su condición física, emocional y social que dificulta su capacidad de adaptación a la nueva situación de salud y que afecta negativamente su calidad de vida relacionada con la salud. Su estado de vulnerabilidad implica vincular en el proceso de cuidado a otros miembros de la familia o cuidadores y al personal de salud para lograr las metas establecidas en el tratamiento integral.(1–3)

En este escenario, el autocuidado tiene un papel importante en el proceso de atención del paciente con insuficiencia cardiaca, pues se ha demostrado que su déficit suele empeorar la condición de salud, el pronóstico y la calidad de vida de la persona y se convierte en la principal causa de hospitalización, incrementando los costos para el sistema de salud.(1,4)

El estudio de la calidad de vida relacionada con la salud y la capacidad de agencia de autocuidado brinda elementos importantes que fortalecen el conocimiento de la disciplina de enfermería y el ejercicio profesional y contribuyen a mejorar la atención que se le brinda a la persona que padece esta enfermedad. Sin embargo, en la actualidad se disponen de pocos estudios que puedan identificar si existe una relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida relacionada con la salud en la población colombiana.

Por lo anterior se desarrolla la presente investigación buscando obtener resultados que permitan tener la descripción de las variables capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida relacionada con la salud y su relación en un grupo de 107 pacientes que son atendidos en un programa multidisciplinario de insuficiencia cardiaca en una institución de salud de cuarto nivel en la ciudad de Bogotá, Colombia.

En el primer capítulo del documento se desarrolla el marco de referencia, partiendo de la descripción del área problema. Se identifica la situación epidemiológica de la insuficiencia cardiaca en el país y en el mundo, su impacto a la condición de salud del paciente y al sistema de salud y la importancia que adquiere la valoración e intervención del nivel de autocuidado y la calidad de vida relacionada con la salud. Se describe la justificación del estudio a través de sus significancias social, teórica y disciplinar, demostrando la importancia del desarrollo de esta investigación para el paciente, su familia y la sociedad. El conocimiento de este fenómeno en la población colombiana, determinando similitudes y diferencias con los hallazgos de estudios desarrollados en otros grupos poblaciones y en otras zonas geográficas, permite la generación de nuevo conocimiento que enriquece el ejercicio profesional de enfermería, aporta al desarrollo disciplinar y contribuye a robustecer la evidencia en la literatura. Se realiza la delimitación problema, planteando la pregunta e hipótesis de investigación, los objetivos generales y específicos.

En el segundo capítulo corresponde al marco conceptual que fundamenta la investigación. Se inicia por una breve descripción de la insuficiencia cardiaca con sus correspondientes clasificaciones, etiología y tratamiento. Posteriormente se referencia a Dorothea Orem y su teoría de déficit de autocuidado, de donde se deriva el concepto de capacidad de agencia de autocuidado. Se finaliza con la conceptualización de la calidad de vida relacionada con la salud a la luz de la teoría de enfermería desarrollada por Timothy Bredow y Sandra Peterson, quienes a su vez tomaron como referencia la teoría de Wilson y Cleary.

En el tercer capítulo se desarrolla el marco de diseño, mencionando el tipo de estudio, la descripción de las variables de estudio: sociodemográficas, clínicas, la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida relacionada con la salud. Los sesgos de la investigación, la definición de la población, la muestra, los criterios de inclusión y exclusión, la selección de los instrumentos de medición (Appraisal of self-care agency scale y el cuestionario de cardiomiopatía de Kansas City), el proceso para la recolección de la información, procesamiento y análisis de los datos. También se hace referencia al marco ético que brinda los lineamientos para el desarrollo del estudio partiendo de las normas y los principios descritos en las leyes que rigen la investigación en Colombia.

En el cuarto capítulo se encuentra el marco de análisis donde se revisan y analizan los resultados de las mediciones a la luz de la evidencia científica. Primero se realiza la descripción de las características sociodemográficas y clínicas, la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida relacionada con la salud. Posteriormente, se calcula la relación entre las dos variables a través del coeficiente de correlación de Spearman cuyo resultado fue 0,316 con un valor $p= 0.002$. Luego se discrimina la correlación por análisis bivariado entre las dimensiones de cada una de las variables a través de un análisis gráfico y numérico, finalizando con análisis complementarios, por análisis de modelación, de la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y las variables sociodemográficas y clínicas.

En el quinto capítulo se relacionan las conclusiones, recomendaciones y limitaciones del estudio. Dentro de los principales resultados del estudio se pueden mencionar que los hallazgos en la descripción de las variables sociodemográficas y clínicas refuerzan lo demostrado por la evidencia en la literatura y permite reconocer la importancia de una valoración integral de la persona. Llama la atención que tempranamente la población joven está presentando IC, lo que requiere que el profesional de enfermería desarrolle intervenciones orientadas a fomentar estilos de vida saludable. Se encontró que la capacidad de agencia de autocuidado estaba en un nivel alto y muy alto y la calidad de vida relacionada con la salud preservada en la mayoría de los participantes, lo que puede ser producto de la intervención multidisciplinaria que han recibido durante su permanencia en el programa de insuficiencia cardiaca, ratificando así la importancia que tiene vincular a la persona con esta patología a grupos multidisciplinarios especializados donde enfermería desempeña un papel protagónico en el proceso de atención y cuidado.

Los resultados del estudio hacen evidente la necesidad de que el profesional de enfermería participe activamente en el desarrollo e implementación de intervenciones efectivas ajustadas a las necesidades del individuo, siempre reconociéndolo como un ser holístico, generando un impacto positivo en su nivel de autocuidado y su calidad de vida relacionada con la salud.

1. Marco de referencia

1.1 Descripción del área problema

La insuficiencia cardiaca (IC) es un síndrome clínico que afecta a un importante porcentaje de la población, considerándose como un problema de salud pública en el mundo. Tiene una alta mortalidad con un impacto económico en el sistema de salud relacionado con la demanda frecuente de atención en los servicios de urgencias y hospitalización, sumados al uso de tratamientos farmacológicos y procedimientos terapéuticos de alto costo.(1,5) Es una enfermedad de alta prevalencia que afecta a la población adulta, con una mayor incidencia en la tercera edad, resultado del cambio en la pirámide poblacional.(6)

Según las estadísticas publicadas por la OMS, en el año 2012, la cardiopatía isquémica ocupó el primer lugar dentro de las primeras causas de muerte en el mundo, dato que adquiere importancia teniendo en cuenta que la cardiopatía isquémica es la principal causa dentro de la clasificación etiológica de IC.(7) En Colombia, durante el año 2017, la principal causa de defunción también fue la enfermedad isquémica del corazón con 38.618 defunciones. La IC ocasiono 2080 defunciones.(8)

Los pacientes con IC sufren un impacto importante en su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en comparación con otro tipo de patologías crónicas. El paciente se enfrenta al deterioro en su condición física lo que afecta la funcionalidad para la realización de las actividades diarias; la pérdida de la autonomía e independencia; cambios emocionales como la depresión; la limitación en la sexualidad y cambios en el rol sociofamiliar que pueden afectar su condición económica. A esto se suma la tasa elevada de reingresos hospitalarios que impactan negativamente en la estabilidad de la enfermedad y en la mortalidad.(2,3)

Es así como mejorar la CVRS del paciente con IC se ha convertido en uno de los principales objetivos del tratamiento y por ello se ha considerado como un criterio de evaluación en la realización de diferentes estudios que buscan aprobar tratamientos farmacológicos e intervenciones médicas o multidisciplinarias costo-efectivas en este tipo de población. Se describe su importancia en las diferentes guías de manejo internacionales para el diagnóstico y tratamiento de esta patología y se contempla en el proceso de atención por parte del sistema de salud a través del diseño e implementación de programas de gestión de la enfermedad.(2,9,10)

Son diversos los estudios que se han desarrollado para determinar los factores que influyen en la CVRS de las personas con IC. Dentro de los factores que la afectan se han identificado la fragilidad, la edad, el género, la condición emocional y condiciones clínicas como la clase funcional, la presencia de comorbilidades, la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) y el requerimiento de hospitalizaciones.(2,11–17)

Por su parte, el fomento del autocuidado es un factor clave en el proceso de atención para lograr los objetivos de tratamiento de la IC. Implica la adherencia no solo al tratamiento farmacológico sino el cumplimiento de la restricción hidro-salina, la realización de ejercicio regular, el control de peso diario y la identificación oportuna de los síntomas de alarma que indican la descompensación de la enfermedad, entre otros. Cuando el paciente no puede o no está dispuesto a seguir los planes de tratamiento ni a cumplir con el autocuidado, las consecuencias suelen empeorar su condición de salud y su calidad de vida. Es así, como la falta de adherencia al tratamiento se convierte en la principal causa de hospitalización del paciente, incrementando los costos para el sistema de salud y empeorando el pronóstico, la supervivencia y la calidad de vida del paciente.(1)

En la actualidad, enfermería ha desarrollado diferentes estrategias que buscan fomentar el autocuidado y la adherencia al tratamiento del paciente con IC, dentro de las cuales se puede mencionar la intervención en la fase prealta, plan educativo estructurado, gestión de casos, atención domiciliaria, seguimiento telefónico, telemonitoreo domiciliario, uso de las TICs; estrategias que, asociadas a modelos de gestión multidisciplinaria, muestran mayor impacto. (18)

La evidencia en la literatura demuestra que el autocuidado, tomando como fundamento el modelo teórico de Dorothea Orem, en pacientes con IC ha sido estudiado en el mundo. Ávila (19) en su revisión integradora encontró 10 investigaciones, de las cuales 2 fueron realizadas en Estados Unidos, 7 en Brasil y 1 en Colombia. A partir de los hallazgos en la revisión, estableció 4 categorías que abarcan la importancia del autocuidado y la educación en salud de los pacientes con IC las cuales son: la necesidad de educación para la salud a los pacientes con IC, la importancia del autocuidado para los pacientes con IC, la valoración de la persona y la familia en su contexto social, y los esfuerzos para lograr el autocuidado de los pacientes con IC. También se demostró que aún existen limitaciones marcadas en la realización de prácticas de autocuidado en las personas con esta patología.

La capacidad de agencia de autocuidado, como subproceso del autocuidado, ha sido estudiado en diversas investigaciones en Colombia con poblaciones con enfermedad cardiovascular y factores de riesgo cardiovascular, sin embargo, hay muy pocas que la evalúen en personas con IC. Arredondo (12), en su estudio con pacientes con IC, encontró que el nivel de agencia de autocuidado fue muy alto en el 50% y alto en el 47.5%. Rodríguez et al (20) encontraron que la capacidad de agencia de autocuidado fue suficiente en el 53% de los participantes, la cual fue superior a la reportada por otros estudios con personas con enfermedad cardiovascular o factores de riesgo cardiovascular.

Con respecto a estudios que determinen la relación entre capacidad de agencia de autocuidado y CVRS en personas con IC, en Colombia no existen. El único estudio que lo ha evaluado indirectamente ha sido el desarrollado por Zuluaga(21), quien exploró la relación de la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en personas con dispositivos cardiacos implantables, de los cuales un porcentaje de la muestra correspondió a pacientes con IC, y encontró que la relación existente entre estas dos variables era débil y tendiente a ser positiva.

Otro aspecto a tener en cuenta, es la importancia de vincular a la persona con esta patología a un programa de gestión de cuidado multidisciplinario que permita mejorar el nivel de autocuidado, el cumplimiento del tratamiento óptimo, la reducción del riesgo de hospitalizaciones por descompensación, la mortalidad y los gastos del sistema de salud.(22,23) Estos programas están diseñados para mejorar los resultados a través de un

seguimiento estructurado para abordar al paciente como un ser biopsicosocial, a través de un componente educativo dirigido al paciente y familia, el soporte psicosocial, la optimización del tratamiento médico y el acceso oportuno a la atención en salud. Teniendo en cuenta el sistema actual de prestación de servicios en salud y el número reducido de programas multidisciplinarios que brindan atención a los pacientes con IC, el porcentaje de la población que logra acceder a este tipo de atención especializada es muy reducido. Esta situación amerita que se aumente la cobertura de atención a la población y una manera de poder replicar este modelo de atención es demostrar los beneficios que genera a la población en el contexto colombiano.

Los hallazgos descritos previamente permiten establecer que la evidencia en la literatura demuestra la importancia que tienen los constructos capacidad de agencia de autocuidado y CVRS en la atención de la persona con IC y que la vinculación del paciente a programas multidisciplinarios contribuye a mejorar la CVRS y fomentar el autocuidado. Sin embargo, no existe en Colombia evidencia científica que permita establecer cuál es la relación que existe entre la capacidad de agencia de autocuidado y CVRS en personas con IC que son atendidas en un programa multidisciplinario de IC.

1.2 Justificación del estudio

Partiendo de la descripción del problema, la justificación del fenómeno de investigación se describe a partir de su significancia social, teórica y disciplinar.

1.2.1 Significancia social

La IC es una enfermedad de alta prevalencia que afecta aproximadamente del 1 al 2% de la población adulta en los países en desarrollo, creciendo a un 10% o más en las personas mayores de 70 años.(6) El aumento en su incidencia está relacionado con el envejecimiento de la población y el incremento en los factores de riesgo cardiovascular. Es considerado un problema de salud pública por los gastos que genera al sistema de salud relacionado con altas tasas de rehospitalización y el uso de tratamientos costosos en fases avanzadas de la enfermedad. La mortalidad que se atribuye a esta patología depende de diferentes factores que incluyen la severidad, la etiología, el tratamiento, el

momento del diagnóstico y la población evaluada; la mortalidad estimada a 5 años en el estadio C es del 25% y en estadio D hasta un 80%.(1)

Según la OMS, en el año 2012 la cardiopatía isquémica ocupó el primer lugar dentro de las primeras causas de muerte prematura en hombres y mujeres en el mundo y la diabetes mellitus ocupó el puesto 15. Esta enfermedad es un factor de riesgo para el desarrollo de la cardiopatía isquémica, que a su vez, es la causa más común de la IC.(7) En América Latina, la IC descompensada es la principal causa de hospitalización cardiovascular. De hecho, América Latina cuenta con los factores de riesgo y la epidemiología de la IC de los países desarrollados con factores adicionales como la enfermedad de Chagas y la fiebre reumática.(24) Se estima que existen aproximadamente 1.1 millones de pacientes con diagnóstico de IC según la prevalencia de 2.3% reportada para Latinoamérica. (25)

Según el DANE, dentro de las principales causas de muerte, las más frecuentes para el total de la población colombiana en el 2015 fueron las enfermedades isquémicas del corazón con el 16.5%, las enfermedades hipertensivas con el 4% y diabetes mellitus con 3.4%, enfermedades que hacen parte de la etiología de la enfermedad isquémica del corazón y consecuentemente de la IC.(26) En el 2017 se conservó esta misma tendencia, continuando la enfermedad isquémica del corazón como la principal causa con 38.618 defunciones y las enfermedades hipertensivas y la diabetes mellitus ocuparon el sexto y séptimo lugar. Las defunciones por IC fueron 2080. La cardiopatía isquémica del corazón fue la principal causa de muerte en mujeres y hombres (17.606 y 21.012 respectivamente), presentándose en un número mayor en hombres. Las enfermedades hipertensivas y la diabetes mellitus causaron más muertes en mujeres que en hombres. La IC causó 1041 muertes de mujeres y 1038 muertes de hombres.(8)

La población con esta patología ha incrementado el consumo de los recursos del sistema y así lo demuestran las estadísticas del banco de datos de SISPRO (RIPS) del Ministerio de Salud y Protección Social en el cual se reportó un aumento del 121% en el número de visitas a urgencias por diagnóstico de IC y el 43% en las hospitalizaciones por esta causa desde 2009 a 2012. (5)

En Colombia, esta patología tiene un comportamiento similar a lo descrito en las estadísticas mundiales, pero existen condiciones especiales que contribuyen a que el

impacto en la población sea mayor. El modelo de salud existente, gracias a la Ley 100 de 1993, volcó la prestación de los servicios de salud a un sistema de atención centrado en la enfermedad, reduciendo la intervención en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y generando inequidades en la atención a la población. Las personas logran el acceso a la atención en fases avanzadas de la enfermedad, lo que implica la inversión de un recurso mayor para lograr su control y tratamiento. Adicionalmente, el paciente con IC difícilmente logra acceder a la atención especializada en programas multidisciplinarios de insuficiencia cardiaca, tanto por dificultades en los procesos de remisión como por la existencia de un número reducido de este tipo de grupos en el país, lo que implica que la mayoría de los pacientes reciban una atención en salud que no es acorde a sus necesidades. Gracias a la creación de la Ley Estatutaria en Salud en el año 2015 y la implementación del modelo integral de atención en salud (MIAS), como modelo operacional de la política, se busca fortalecer la atención primaria en salud y articularla con la red complementaria brindando al paciente una atención continua y enfocada en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.(27) Es de esperarse que, con la implementación de este nuevo modelo, en los próximos años se pueda evidenciar una reducción de la prevalencia de enfermedades que hacen parte de la etiología de la IC.

La evidencia científica demuestra que la IC afecta negativamente la calidad de vida de las personas que la padecen.(2,3) El impacto varía de acuerdo con condiciones propias del individuo como su edad, género, raza, condiciones clínicas y la presencia de comorbilidades sumado al contexto en que se encuentra inmerso el paciente y la facilidad de acceso a los servicios de salud que le permitan tener un diagnóstico y tratamiento oportuno.

El impacto de la IC en la CVRS ha sido estudiado en ambos géneros y no se han identificado diferencias significativas entre hombres y mujeres afectando su CVRS de manera similar.(28–30) Sin embargo, las mujeres tienen unas características específicas que hacen complejo su proceso de atención. Poseen, en su mayoría, tres factores de riesgo de gran impacto en la patología cardiaca como lo son la hipertensión arterial, la diabetes y la obesidad. Desconocen la importancia que tienen las enfermedades cardiovasculares y el impacto sobre la mortalidad, sumado al hecho de que tienen una percepción y manejo de la salud muy específica que resulta de sus patrones de crianza,

su herencia sociocultural, el nivel académico y el rol que desempeña en su núcleo familiar.(31–33)

En la población adulta, esta patología puede afectar aspectos relacionados con el desempeño del rol, el cumplimiento de sus actividades laborales, la realización de la actividad física, la vida sexual, las relaciones interpersonales con pares, generando cambios significativos en su estado emocional y disminuyendo su capacidad de adaptación a la enfermedad.(4) Al reconocer la importancia de esta población laboralmente activa, el impacto económico que genera la enfermedad en el paciente, su núcleo familiar y a la sociedad es mayor. Por su parte, la población adulta mayor tiene factores específicos como la fragilidad, las comorbilidades, el deterioro cognitivo, la limitación funcional, entre otros, que hace que tengan un riesgo mayor de deterioro de su CVRS e implica la generación de intervenciones más complejas orientadas a mitigar este impacto.(2)

La evidencia en la literatura y el comportamiento epidemiológico de la IC han demostrado que esta patología genera un gran impacto negativo en la condición de salud y la CVRS de la persona, en el sistema de atención en salud y finalmente en la sociedad. También se reconoce el papel del autocuidado en el logro de una mayor estabilidad en la condición de salud y en la reducción de la morbimortalidad. Sin embargo, surge la necesidad de determinar cual es la relación que existe entre la capacidad de agencia de autocuidado, como componente del constructo de autocuidado, y la CVRS en personas colombianas con IC que son atendidas en programas multidisciplinarios de IC.

Establecer esta relación permitirá la generación de conocimiento que aporte a la construcción e implementación de intervenciones de mayor impacto, lideradas por el profesional de enfermería, que sirvan de insumo para el desarrollo de programas de salud institucionales y gubernamentales, que ofrezcan una mayor cobertura en los diferentes niveles de atención y amplíen su beneficio tanto en el ámbito ambulatorio como hospitalario, e incluso aporten en la construcción de políticas en salud orientadas a mejorar las condiciones de atención de esta población. La implementación de este tipo

intervenciones se verá reflejado en un mejor control de la enfermedad y una menor demanda de atención en servicios de salud de mayor complejidad.

1.2.2 Significancia teórica

En la revisión de la literatura se evidencia la realización de múltiples estudios de investigación de enfermería e interdisciplinarios, donde se ha evaluado de forma independiente la capacidad de agencia de autocuidado y la CVRS de las personas con IC.

En relación con el estudio de la CVRS, se han desarrollado investigaciones que han permitido identificar los factores que influyen en su deterioro. La fragilidad es considerada un síndrome biológico que refleja la disminución de la reserva fisiológica y la resistencia a factores de estrés y se presenta en mayor proporción en los adultos mayores. Teniendo en cuenta que la población mayor a 70 años es la más afectada por la IC, asociado a un mayor número de re hospitalizaciones y la presencia de comorbilidades, se puede concluir que la fragilidad de esta población describe la variabilidad significativa de la CVRS en comparación con la población más joven.(11,12) Uchmanowicz y Gobbens(13) evaluaron la relación entre la fragilidad, la ansiedad y la depresión con la CVRS de los pacientes ancianos con IC y concluyeron que la fragilidad tiene un impacto negativo en los resultados de la CVRS.

El género también ha sido objeto de estudio. Diferentes investigaciones han evaluado si el género tiene relación con diferencias en las características clínicas, el tratamiento y el pronóstico de la IC. Como resultado general, se identifican unas características propias de las mujeres que están relacionadas con su edad, la presencia de factores de riesgo cardiovascular y la etiología. Algunos autores han generado opiniones respecto a la condición de resistencia que presenta el corazón de la mujer a la disfunción sistólica, la cual podría estar relacionada con la estructura anatómica, condiciones funcionales, hormonales y a un efecto de “entrenamiento” del embarazo.(34) Riegel et al (14) evidenciaron en su estudio que la calidad de vida es similar en hombres y mujeres con

esta patología cuando se controlan el estado funcional, la edad, la fracción de eyección y las diferencias de estado civil.

La relación de la etnia con la calidad de vida en estos pacientes ha sido un fenómeno poco estudiado. Riegel et al (15) en su estudio compararon la calidad de vida en pacientes de raza blanca, negra e hispana y concluyeron que las diferencias culturales en la interpretación y respuesta a las enfermedades crónicas pueden explicar por qué la CVRS mejora más con el tiempo en pacientes hispanos con IC en comparación con los pacientes blancos y negros. Estos autores consideran que la comprensión de esta característica cultural del paciente hispano que promueve positivamente la CVRS puede llegar a reforzar las estrategias de intervención que se realizan con la población general de pacientes con esta enfermedad.

Comín et al (2) en su estudio VIDA-IC (Calidad de VIDA e Insuficiencia Cardíaca en España: situación actual) determinaron los factores clínico-demográficos asociados a la CVRS de los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica (ICC) y disfunción sistólica del ventrículo izquierdo seguidos en consultas de cardiología o medicina interna y evaluaron las dimensiones más afectadas en estos pacientes. Observaron que los pacientes con ICC tienen su CVRS muy afectada respecto a la población general y otras poblaciones de pacientes crónicos. Diversos factores clínicos, como la edad avanzada, el sexo femenino, la clase funcional avanzada, una hospitalización reciente y la mayor comorbilidad, se asociaron a la CVRS de manera independiente de otros factores con valor pronóstico.

En Colombia, Quiñones (16) midió los factores negativos que influyen en la calidad de vida del paciente con IC. Identificó que los factores que más influyen en el deterioro en la CVRS se relacionan directamente con la dimensión emocional con un 50%, la dimensión física con un 44% y la dimensión económica con un 43.4%. Pulido(17) en su estudio describe la relación existente entre CVRS, la ansiedad y la depresión en personas portadoras de cardiodesfibrilador. De la muestra, el 72.9% de pacientes tenían como diagnóstico IC con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) menor o igual al 40%. El resultado del estudio fue de una media de 59.7, siendo el desempeño físico la dimensión más afectada, y se encontró una correlación negativa estadísticamente significativa entre CVRS y ansiedad y entre CVRS y depresión.

También es importante reconocer que existen diversos factores que limitan al paciente con IC en la adherencia a las recomendaciones dadas por el equipo de salud, dentro de los cuales se encuentran el déficit de conocimiento y cuidado de la enfermedad, la polifarmacia, dificultades en el acceso a los servicios de salud, la disponibilidad de apoyo social, las características sociodemográficas, factores psicológicos, entre otros.(4,35,36) Una de las recomendaciones principales dadas por los estudios de investigación y las guías de práctica clínica es vincular a los pacientes en programas de manejo multidisciplinario para lograr un impacto positivo en la adherencia al tratamiento y mejorar el nivel de autocuidado.(23)

El autocuidado es un constructo que también ha tenido un amplio campo de estudio por parte de enfermería. Se considera un aspecto clave en todo el proceso de atención al paciente con IC y su familia, pues se ha demostrado que su déficit suele empeorar la condición de salud, el pronóstico y la calidad de vida de la persona y se convierte en la principal causa de hospitalización incrementando los costos para el sistema de salud.(1,4)

La capacidad de agencia de autocuidado, como subproceso del autocuidado, indica que un paciente tiene el conocimiento y llega al comportamiento de autocuidado, convirtiéndolo en un acto consciente y cotidiano de su vida.(12) El fenómeno de capacidad de agencia de autocuidado ha sido estudiado en diversas investigaciones en Colombia, evaluando poblaciones con diferentes condiciones de salud relacionadas con la enfermedad cardiovascular o la presencia de factores de riesgo cardiovascular.(12,20,37–41)

Arredondo(12), en su estudio descriptivo, encontró que la frecuencia global de comportamientos de autocuidado fue alta en el 14% y media en el 79% de los adultos con IC, el nivel de agencia de autocuidado fue muy alto en el 50% y alto en el 47.5% y, finalmente, una relación débil entre los comportamientos y la capacidad de agencia de autocuidado en la población evaluada. En otro estudio, Rodríguez et al (20) encontraron que la capacidad de agencia de autocuidado fue suficiente en el 53% de los participantes, la cual fue superior a la reportada por otros estudios similares.(37–41) Se encontraron mayores puntajes de capacidad de agencia de autocuidado en personas mayores de 50 años, en los niveles socioeconómicos más altos, en los que estaban casados, con educación tecnológica y universitaria, en los que participaban en actividades recreativas, los

que tenían mayor apoyo social, estaban en clase funcional I. En la regresión logística se encontró que una capacidad de agencia de autocuidado suficiente esta relacionada con la fracción de eyección, la edad y el estado civil.

Por su parte, Zuluaga(21) exploró la relación de la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en personas con dispositivos cardiacos implantables. Encontró que el 48.8% de las personas tenían buena capacidad de agencia de autocuidado y la CVRS en promedio general fue buena. La relación existente entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida que encontró este estudio fue débil y tendiente a ser positiva, sin embargo, existen asociaciones estadísticamente significativas entre las dimensiones evaluadas por los instrumentos.

La revisión de la literatura evidencia un amplio estudio de los conceptos de capacidad de agencia de autocuidado y CVRS como fenómenos independientes en pacientes con IC y muy pocos evalúan la relación existente entre los dos. Los hallazgos de los estudios anteriormente mencionados demuestran que la CVRS se encuentra deteriorada en la persona con IC y que puede estar influenciada negativamente por diferentes factores sociodemográficos y clínicos. Algunos de estos factores también podrían tener relación con la capacidad de agencia de autocuidado del individuo, pues, de acuerdo con Orem, la aptitud de compromiso con el autocuidado depende de las capacidades, la edad, la etapa de desarrollo y el estado de salud de la persona.

Estos hallazgos conllevan a cuestionar si mejorar la capacidad de agencia de autocuidado podría contribuir a mejorar la CVRS de la persona con IC, para lo cual se hace necesario determinar primero cuál es la relación que existe entre estas dos variables en el contexto colombiano.

Los resultados de esta investigación buscan contribuir al desarrollo teórico de enfermería en el abordaje del autocuidado y la CVRS en el paciente con IC, a través de la generación de nuevo conocimiento que enriquezca los modelos y teorías existentes, validando los conceptos actuales y planteando nuevos conceptos que orienten al enfermero (a) en el diseño e implementación de procesos de atención integrales que permitan, de manera simultanea, fortalecer en el individuo sus acciones de autocuidado y mejorar su CVRS. De igual manera, el fenómeno de CVRS ha sido estudiado por diferentes disciplinas y el

incluirlo en la presente investigación en una población de pacientes con una condición de salud específica y compleja como lo es la IC, permitirá la generación de conocimiento específico que enriquecerá el cuerpo de conocimientos disciplinar.

1.2.3 Significancia disciplinar

El comportamiento epidemiológico de la IC y el deterioro que genera en la condición física, emocional y social del paciente exige que el profesional de enfermería estudie a profundidad esta experiencia de salud humana. Por tal motivo, enfermería ha tenido un desarrollo importante a nivel disciplinar en la atención de las personas con esta patología, a través del desarrollo de líneas de investigación que incluyen conceptos como el autocuidado, la adherencia, la autoeficacia y que ha permitido el desarrollo de una teoría de mediano rango “Teoría de la situación específica de autocuidado de falla cardiaca”, cuya autora es Bárbara Riegel (42), con el propósito de generar un conocimiento menos abstracto que le permita al profesional de enfermería aplicarlo en su práctica cotidiana, cualificando el cuidado.

Al referirse al concepto de autocuidado se hace necesario citar el modelo de autocuidado de D. Orem, el cual tiene un gran valor para la disciplina de enfermería, pues contempla el concepto de cuidado, objeto de estudio disciplinar. La aplicación de este modelo en la práctica profesional le permite al enfermero (a) identificar las necesidades en el proceso de autocuidado de las personas y orientar sus intervenciones a fortalecer en el individuo sus capacidades y habilidades para tomar decisiones efectivas frente a su autocuidado, influyendo positivamente en su condición de salud. La evidencia científica en enfermería ha demostrado una amplia aplicación de este modelo en la investigación disciplinar ratificando su importancia y aplicabilidad en diferentes escenarios y a diversos grupos poblacionales con características específicas de salud y enfermedad y donde el profesional de enfermería se desempeña en diferentes roles.

Por su parte, la calidad de vida es un concepto de interés ampliamente estudiado por diversas disciplinas y que, por su complejidad y significados, ha requerido que se concrete

para su aplicación en investigaciones relacionadas con el área de la salud. Partiendo de que puede existir una relación entre autocuidado y la CVRS, es necesario citar a Timothy Bredow y Sandra Peterson, quienes desarrollaron la teoría de mediano rango de calidad de vida relacionada con la salud, en la cual enfermería enfoca la calidad de vida desde una visión holística.(43) En el escenario de la práctica de enfermería, la evaluación de la CVRS en los pacientes con IC puede brindar información referente a la calidad de la atención y del cuidado que se ofrece y determinar la costo efectividad de las intervenciones que se desarrollan.(43)

La implementación de las clínicas de insuficiencia cardiaca o programas multidisciplinarios de intervención integral a esta población ha resaltado el papel protagónico que tiene el profesional de enfermería a través de la ejecución de diferentes actividades relacionadas con su rol asistencial, educativo, gerencial e investigativo, siempre teniendo como sujeto de cuidado el paciente y su familia.(44)

Partiendo del impacto que tiene la IC en el deterioro en la CVRS de la persona que la padece y de que el déficit del autocuidado influye en la presencia de síntomas de descompensación de la IC, como resultado de la falta de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y a la detección tardía de estos síntomas, lo que también contribuye al deterioro de la CVRS, se ha podido identificar que la intervención educativa de enfermería puede influir de forma positiva en esta condición.(45) El rol educativo cobra importancia y permite visualizar al profesional de enfermería como actor activo dentro del proceso de atención al paciente en el escenario hospitalario y ambulatorio. Su intervención se fundamenta en la planeación y ejecución de un programa de educación estructurado dirigido a pacientes y cuidadores para fortalecer el conocimiento de la enfermedad y fomentar la adherencia al tratamiento y el autocuidado.(44,46–48) En las guías de práctica clínica se encuentran definidos los temas clave que se deben incluir dentro del plan educativo y se describen en diferentes estudios de investigación.(22,49)

Existe un desarrollo disciplinar como resultado de las investigaciones que enfermería ha realizado con base en el análisis independiente o correlacional de la capacidad de agencia de autocuidado y la CVRS en las personas con IC, sin embargo, se hace necesario desarrollar en Colombia estudios de investigación que permitan determinar cual es la relación entre estos dos conceptos.

Conocer como es la capacidad de agencia de autocuidado y la CVRS en un grupo de pacientes con IC en Colombia y la asociación de estos dos conceptos exigirá al profesional de enfermería el reto de poder comprender estos fenómenos, los factores que los influyen de forma positiva o negativa, lo que permitirá contribuir al conocimiento de enfermería y fortalecer la práctica profesional a través de la construcción e implementación de estrategias de intervención efectivas. Así, el enfermero (a) tendrá una argumentación teórica que le permita tomar decisiones acertadas en su práctica en los diferentes escenarios, ante los problemas cotidianos a los que se enfrenta en su quehacer diario durante la atención y cuidado de la persona con IC.

De igual manera, arrojará elementos conceptuales valiosos para enfermería que sustentaran el desarrollo de nuevos estudios de investigación longitudinales y cuasi-experimentales que busquen evaluar intervenciones específicas en este tipo de pacientes para contribuir a mejorar las capacidades y habilidades del individuo para el desarrollo de acciones de autocuidado e impactar en los factores que pueden influir negativamente en el deterioro de su CVRS.

1.3 Delimitación del problema

La evidencia en la literatura ha demostrado que la IC es una enfermedad que, siendo la consecuencia final de muchas enfermedades cardiovasculares de gravedad, afecta a toda la población mostrando mayor prevalencia en el adulto y adulto mayor.(6) La organización actual del sistema de atención en salud dificulta el diagnóstico precoz y el tratamiento temprano, lo que ocasiona que el paciente con IC sea identificado en fases avanzadas de la enfermedad, incrementando los costos. El requerimiento de hospitalizaciones permite que, en el escenario hospitalario, el equipo de salud busque ajustar el tratamiento integral del paciente, pero difícilmente puede dársele continuidad en el ámbito ambulatorio, pues

existe una fragmentación entre la atención primaria y la red complementaria, tanto en el régimen subsidiado como contributivo, que limita garantizar la continuidad de la atención. El bajo número de grupos conformados para la atención multidisciplinaria en IC, sumado a la actual formación y entrenamiento del recurso humano que atiende a los pacientes con esta patología en los diferentes niveles de prestación de servicios, genera que la atención no tenga las condiciones necesarias para brindar un tratamiento óptimo e integral. Finalmente, la complejidad de esta enfermedad afecta al individuo como ser biopsicosocial deteriorando su CVRS.(2-4)

Bajo este contexto, el autocuidado adquiere un valor mayor pues contribuye a lograr el cumplimiento del tratamiento óptimo y la prevención de rehospitalizaciones a través del reconocimiento y reporte oportuno de los síntomas de descompensación. Por las condiciones propias del individuo y las asociadas a la enfermedad, el nivel de autocuidado puede disminuir, lo que implica un mayor riesgo de deterioro en la condición de salud, aumentando la morbimortalidad y el impacto económico al sistema.(4) Sabiendo que la condición de la CVRS puede ser el resultado final de todo el proceso de intervención y tratamiento, se podría suponer que el mejorar el nivel de autocuidado, a través de fortalecer la capacidad de agencia de autocuidado, podría generar efectos positivos en la CVRS de la persona con IC. Entonces, la determinación de la capacidad de agencia de autocuidado, la CVRS y su relación general y de cada una de las dimensiones que componen estos dos conceptos, puede arrojar información valiosa que contribuye a fortalecer el cuerpo de conocimientos de la disciplina y fortalecerán la practica profesional de enfermería. Se pueden identificar factores puntuales de la agencia de autocuidado que se asocien con la CVRS y que, a través de una intervención específica en cada uno de ellos, se logre mejorar la agencia de autocuidado contribuyendo positivamente a lograr una mejor CVRS.

Reconociendo las dificultades existentes en el sistema de salud actual, el profesional de enfermería adquiere un papel protagónico en el cuidado de la persona con IC en los diferentes escenarios, lo que hace necesario que disponga de conocimientos que le permitan brindar una atención de calidad orientada a fortalecer en el individuo su nivel de autocuidado y su CVRS, facilitando el cumplimiento de los objetivos del tratamiento.

Por lo anterior, el presente estudio de investigación busca determinar cuál es la relación que existe entre la capacidad de agencia de autocuidado y la CVRS en un grupo de

personas con IC que son atendidas en un programa multidisciplinario de insuficiencia cardiaca, escenario ideal de atención, y poder obtener información que no solo permita la generación de nuevo conocimiento sino que contribuya a fortalecer la práctica profesional de enfermería en escenarios donde no se dispone de este tipo de atención especializada.

1.4 Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida relacionada con la salud en las personas con insuficiencia cardiaca que son atendidos en el programa multidisciplinario de insuficiencia cardiaca de una institución de salud de cuarto nivel en la ciudad de Bogotá, Colombia?

1.5 Hipótesis de investigación

La capacidad de agencia de autocuidado se relaciona con la calidad de vida relacionada con la salud en las personas con insuficiencia cardiaca que son atendidos en el programa multidisciplinario de insuficiencia cardiaca de una institución de salud de cuarto nivel en la ciudad de Bogotá, Colombia.

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo general

Determinar la relación existente entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida relacionada con la salud en las personas con insuficiencia cardiaca que son atendidos en el programa multidisciplinario de insuficiencia cardiaca en una institución de salud de cuarto nivel en la ciudad de Bogotá, Colombia.

1.6.2 Objetivos específicos

- Describir las características clínicas y sociodemográficas del grupo de personas con insuficiencia cardiaca que participan en el estudio.
- Describir la capacidad de agencia de autocuidado del grupo de personas con insuficiencia cardiaca que participan en el estudio.

- Describir la calidad de vida relacionada con la salud en el grupo de personas con insuficiencia cardiaca que participan en el estudio.

1.7 Definición de variables

- **Conceptual:**

Persona con insuficiencia cardiaca: toda aquella persona que presenta alteración de la función ventricular sistólica y/o diastólica y que presenta signos y síntomas atribuibles a disfunción mecánica o estructural de uno o ambos ventrículos.

Agencia de autocuidado: en la presente investigación se define como la compleja capacidad adquirida que busca satisfacer los requerimientos continuos de cuidado de uno mismo, que regulan los procesos vitales, mantienen o promueven la integridad de la estructura y el funcionamiento y desarrollo humanos y, promueven el bienestar.(50)

Calidad de vida relacionada con la salud: en la presente investigación se definió como un subconjunto de la calidad de vida que representa sentimientos, actitudes o la habilidad para experimentar satisfacción en el área de la vida, identificado como personalmente importante, que ha sido interrumpido por procesos de enfermedad o déficits relacionados con la salud.(43)

- **Operacional:**

La persona con insuficiencia cardiaca se define a través del diagnóstico médico registrado en la historia clínica.

La capacidad de agencia de autocuidado se operacionaliza en esta investigación mediante el uso de la escala ASA (Appraisal of Self-Care Agency scale) modificada por Reales.(41)

La calidad de vida relacionada con la salud se operacionaliza en esta investigación mediante el uso del Cuestionario de Cardiomiopatía de Kansas City (KCCQ), de Spertus y colaboradores. (51)

2. Marco conceptual

2.1 Insuficiencia cardiaca

La IC se define como la alteración de la función ventricular sistólica y/o diastólica, más la presencia de síntomas como intolerancia al ejercicio y retención de líquidos, manifestados al examen físico como signos de hipertensión venosa pulmonar y/o sistémica o de bajo gasto cardiaco, atribuibles a la disfunción mecánica o estructural de uno o de ambos ventrículos. (1)

De acuerdo con la función ventricular sistólica se puede clasificar en:

- IC con fracción FEVI reducida, menor del 40%.
- IC con FEVI preservada, mayor del 50%.
- Para la Sociedad Americana del Corazón, la IC con FEVI entre 41 y 49%, tiene características, tratamiento y desenlaces similares a los pacientes con FEVI preservada.

Según la ACC/AHA la IC se puede clasificar en:

- Estadio A: pacientes en alto riesgo de desarrollar IC, sin anormalidad estructural aparente.
- Estadio B: pacientes asintomáticos, con anormalidad estructural.
- Estadio C: pacientes sintomáticos con anormalidad estructural.

- Estadio D: pacientes sintomáticos con anomalía estructural, refractarios al tratamiento estándar.

La etiología puede clasificarse en isquémica y no isquémica, encontrando dentro de este segundo grupo las miocardiopatías familiares, las adquiridas como miocarditis infecciosa, inmunomediada, tóxica, endocrina, periparto e infiltrativa; las enfermedades valvulares, enfermedades del pericardio, enfermedades endocárdicas, enfermedades congénitas cardíacas, alteraciones del ritmo cardíaco, estado de alto gasto e hiperdinamia y sobrecarga de volumen.

El tratamiento incluye el uso de medicamentos, de dispositivos de alto voltaje y cambios en los hábitos de vida. El tratamiento farmacológico es amplio y tiene como objetivo disminuir los efectos dados por la activación neuro-hormonal, disminuyendo la mortalidad y las hospitalizaciones por descompensación. Adicionalmente, el paciente debe cumplir con un tratamiento no farmacológico que incluye la restricción hidrosalina, la realización de ejercicio regular, el control de peso, vacunación, la identificación de síntomas de alarma y búsqueda de atención médica oportuna.

Las guías de práctica clínica reconocen la importancia de vincular al paciente a una unidad de atención multidisciplinaria para el seguimiento ambulatorio. Una vez el paciente ha recibido tratamiento intrahospitalario y se ha realizado una estratificación del riesgo clínico o es remitido de los servicios de atención primaria, es necesario identificar la presencia de factores de riesgo que puedan limitar el cumplimiento óptimo del tratamiento y que afecten finalmente la capacidad de autocuidado y calidad de vida del paciente. Estos factores pueden incluir el deterioro cognitivo, la depresión, presencia de discapacidad sensorial o física, dependencia y fragilidad, soporte familiar o social deficiente, pobre conocimiento de la enfermedad e introspección, entre otros.(1) La identificación de estas condiciones orienta al profesional de enfermería en el diseño e implementación del plan de cuidados dirigido al paciente y su cuidador.

Para efectos de la presente investigación, la población y muestra de estudio son los pacientes con diagnóstico de IC en estadios C y D, según la ACC/AHA, que se encuentran vinculados a un programa de atención multidisciplinaria.

2.2 Capacidad de agencia de autocuidado

Según Dorothea Orem, el autocuidado es una acción adquirida, es decir, que es aprendida por una persona en su contexto sociocultural. La persona inicia con una acción de manera voluntaria, deliberadamente, con el objetivo de mantener su vida, su salud y su bienestar o el de las personas bajo su responsabilidad. La aptitud de la persona para comprometerse en el autocuidado depende de sus capacidades activas, su edad, su etapa de desarrollo, su estado de salud, su experiencia, sus recursos intelectuales, sus intereses y motivaciones. La imposibilidad de ejercer los autocuidados está unida a la incapacidad de decidir, emprender o efectuar una acción personal. (52,53)

El autocuidado hace referencia al conjunto de capacidades y habilidades en la toma de decisiones que permiten a la persona elegir las acciones que debe realizar para lograr el cambio o la regulación que influyen en la vida, la salud, el bienestar y el desarrollo humano. “Las actividades para mantener la salud se aprenden y están condicionadas por muchos factores que incluyen la edad, la maduración y la cultura”.(54)

El déficit del autocuidado es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado, en la que las capacidades de autocuidado constituyentes y desarrolladas no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente o proyectada.

Dorothea Orem originalmente articulo 3 teorías específicas, la de los sistemas de enfermería, la del déficit del autocuidado y la del autocuidado. La teoría del déficit del autocuidado es una teoría general compuesta por 4 teorías:

- La teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas.
- La teoría del cuidado dependiente, que explica de qué modo los miembros de la familia y/o amigos proporcionan cuidados dependientes para una persona que es socialmente dependiente.
- La teoría del déficit del autocuidado. Su idea central es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador.
- La teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero.

Como se puede observar en la figura 2-1, el proceso de autocuidado está compuesto por 3 subprocesos: requisitos de autocuidado, agencia de autocuidados y autocuidado.

Figura 2-1: Componentes de la estructura del proceso de autocuidado.



Fuente: GUIRAO GORIS, Josep Adolf. La agencia de autocuidados. Una perspectiva desde la complejidad.

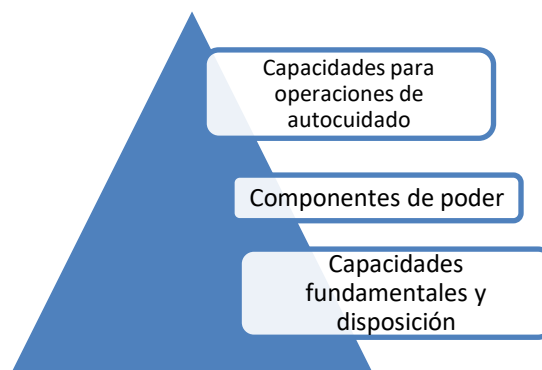
La agencia de autocuidado permite a la persona identificar el curso de acción que debe ser tomado para regular los requisitos de autocuidado y tomar las decisiones correspondientes.(54)

La teoría del déficit del autocuidado contiene el concepto de capacidad de agencia de autocuidado, constructo del presente estudio. Esta teoría determina la relación existente entre la demanda terapéutica del autocuidado y la capacidad de la persona para autocuidarse. Cuando la demanda de cuidado supera la capacidad de autocuidado, la persona presenta un déficit de autocuidado que hace necesario la presencia de un agente de cuidado dependiente (familiar) o del enfermero (a). Orem define la agencia de autocuidado como la compleja capacidad adquirida que busca satisfacer los requerimientos continuos de cuidado de uno mismo, que regulan los procesos vitales, mantienen o promueven la integridad de la estructura y el funcionamiento y desarrollo humanos y promueven el bienestar.(50)

“Orem considera que el diagnóstico enfermero es el diagnóstico de la agencia de autocuidado. Esto implica examinar los hábitos de autocuidado, apreciar los beneficios del autocuidado, reconocer las necesidades de cambio y llegar a conocer los nuevos requisitos de autocuidado”.(54)

Para que la persona pueda desarrollar la capacidad de agencia de autocuidado debe realizar las habilidades descritas en la figura 2-2.(55)

Figura 2-2: La estructura sustantiva de la agencia de autocuidado.



Fuente: GAST, Herta et al. Self-care agency: Conceptualizations and operationalizations p 27.

Capacidades para operaciones de autocuidado: comprende los aspectos mentales y sensoriales de la persona que le permiten la concepción y sistematización de las acciones de autocuidado.

Componentes de poder: permite que la persona adquiera conocimiento, se comprometa en las acciones de autocuidado y pueda superar las limitaciones para ejecutarlas.

Capacidades fundamentales y disposición: la persona tiene la capacidad para investigar factores y condiciones de sí mismo y del entorno y a partir de estos poder tomar decisiones encaminadas al autocuidado.

Los cuidados enfermeros tienen por objeto ayudar a la persona a superar las limitaciones en el ejercicio del autocuidado. El rol de la enfermera consiste en ayudar a la persona a adoptar una actitud responsable frente a sus autocuidados, utilizando cinco modos de asistencia: actuar, guiar, apoyar, procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñar.(53)

2.3 Calidad de vida relacionada con la salud

La calidad de vida es un concepto muy amplio que se puede estudiar desde diferentes enfoques como el filosófico, ético, sociopolítico o económico. Es definida por la OMS en el 2005 como “La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”.

En las ciencias de la salud se ha conformado un nuevo paradigma caracterizado por una concepción integracionista y sistémica de la comunidad, del hombre y de su salud, producto de la integración con trabajos realizados en la economía, la ecología, la

antropología cultural, la sociología médica, la psicología social y de la personalidad, la bioética, asociados a un enfoque epidemiológico y salubrista.(56)

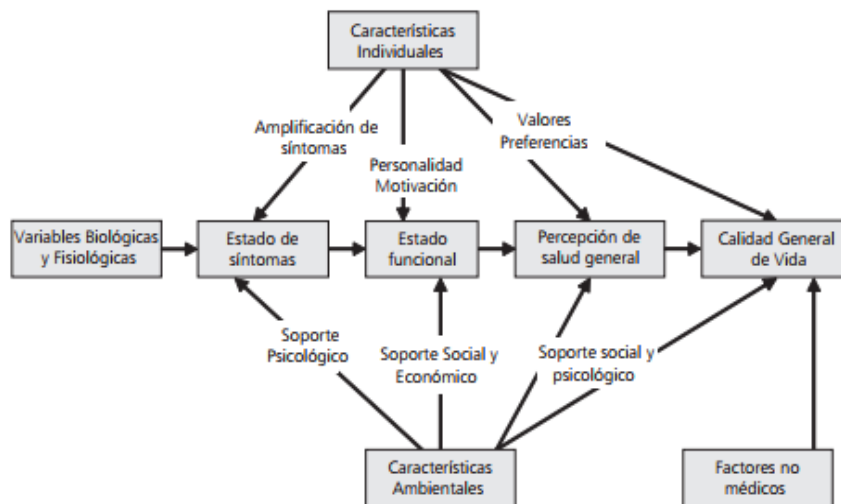
Para el presente estudio, es preciso concretar este concepto y vincularlo con la experiencia de salud humana. La CVRS es un concepto multidimensional de gran relevancia en la actualidad, que incluye componentes físicos, emocionales y sociales asociados con la enfermedad.(57) Es una medida clave y necesaria para evaluar, desde el aspecto ético, el cumplimiento de los objetivos propuestos en el tratamiento de enfermedades crónicas que cada vez tienen una mayor prevalencia en la población. Es utilizada en el campo de la medicina para evaluar la calidad de los cambios como resultado de las intervenciones, limitándose a la experiencia que la persona tiene de su enfermedad, caracteriza su experiencia como resultado de los cuidados médicos y establece el impacto de la enfermedad en la vida diaria, siendo la CVRS una medición de salud desde la perspectiva del paciente.(58) Su determinación permite identificar las prioridades, orienta la planificación y desarrollo de programas preventivos, intervenciones y organización de servicios sociales y de salud que van más allá de la atención convencional y sirve de insumo para la formulación de objetivos, guías y políticas en salud.(57–59)

Diferentes autores han definido este concepto. Patrick y Erickson definen CVRS como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales, y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud. Schumaker y Naughton la definen como la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo. Por su parte, Shwartzmann L y col. la definen como un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre la persona y su medio ambiente.(59) Urzúa(58) define la CVRS como el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud.

En enfermería se debe citar a Timothy Bredow y Sandra Peterson, quienes desarrollaron la teoría de mediano rango denominada “Calidad de vida relacionada con la salud”.(43) Esta teoría define la CVRS como “un subconjunto de calidad de vida que representa sentimientos, actitudes o la habilidad para experimentar satisfacción en el área de la vida, que ha sido interrumpido por procesos de enfermedad o déficits relacionados con la salud”.

Esta teoría parte del Modelo de Calidad de vida relacionada con la salud, desarrollada por Wilson y Cleary, el cual representa las relaciones causales entre los conceptos básicos de la CVRS. Este modelo integra dos diferentes tipos de marco comprensivos de la salud, unos desde el paradigma clínico, enfocados en agentes etiológicos, procesos patológicos y resultados fisiológicos y clínicos y, desde el paradigma de las ciencias sociales, centrados en dimensiones de funcionamiento y bienestar general.(58)

Figura 2-3: Modelo de calidad de vida relacionada con la salud de Wilson y Cleary



Fuente: URZÚA, A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Pag 362

El modelo identifica 5 determinantes que se relacionan de forma causal pero también pueden tener una relación recíproca(43).

Variables biológicas y fisiológicas: hace referencia a alteraciones en el funcionamiento de las células, los órganos y sistemas de órganos. Puede ser evaluado a través de exámenes diagnósticos.

El estado de los síntomas: son cambios en el estado físico y psicológico que el individuo determina como anormal.

El estado funcional: la habilidad para desarrollar actividades específicas. Incluye los dominios físico, social, de rol y psicológico.

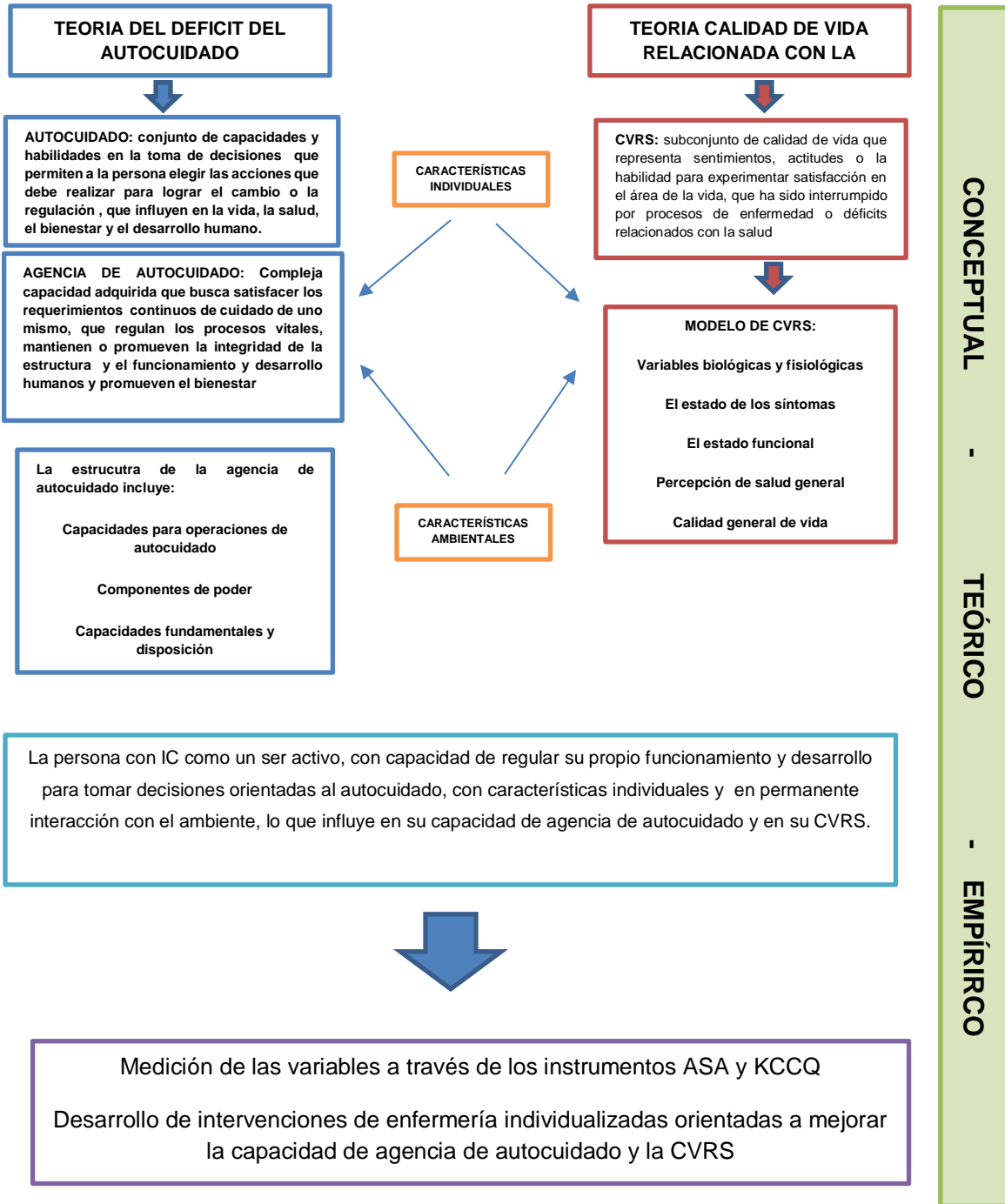
La percepción de salud general: representan una integración y expresión subjetiva de todos los componentes anteriores. Sirven como predictores importantes de conductas de salud y resultados.

La calidad general de vida: se refiere al bienestar subjetivo del individuo, que tan satisfecho se siente en general con su vida.

Estos determinantes están influenciados por las características individuales de la persona (demográficas, psicológicas, biológicas y de desarrollo) y por las características ambientales (sociales y físicas).

El presente estudio de investigación se fundamenta en la teoría de déficit de autocuidado de Dorothea Orem y la teoría de mediano rango de calidad de vida relacionada con la salud desarrollada por Bredow y Peterson. En la figura 2-4, partiendo del sistema conceptual-teórico-empírico, se establece la relación entre los dos constructos para la generación de intervenciones de enfermería en el paciente con IC.

Figura 2-4: Articulación de los conceptos capacidad de agencia de autocuidado y la CVRS a partir del sistema CTE



Fuente: MOLANO BARRERA, Diana Yiseth. Investigación: Relación agencia de autocuidado y calidad de vida en personas con insuficiencia cardiaca. Bogotá. 2019.

3.Marco de diseño

3.1 Tipo de estudio

El diseño de investigación transversal permite la recolección de datos en un solo momento. Dentro de este tipo de estudios se encuentran los correlacionales, cuyo objetivo es describir las relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado. Estos estudios pueden limitarse a establecer relaciones entre variables o precisar una relación causal. El diseño correlacional tiene la ventaja de que la recolección de la información es más rápida al ser en un único momento y es útil cuando se precisa solamente obtener información descriptiva de una asociación de variables, pero se puede perder información valiosa a cerca de la evolución de un problema o fenómeno a través del tiempo, causas y efectos, lo que si se lograría a partir del desarrollo de un estudio longitudinal. Además, el estudio correlacional solo evalúa el grado de relación entre las variables y podría perderse información relacionada con la relación causa – efecto.(60)

El presente estudio de investigación es de tipo cuantitativo de corte transversal de asociación que tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que existe entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida relacionada con la salud en las personas con insuficiencia cardíaca que son atendidas en el programa multidisciplinario de insuficiencia cardíaca en una institución de salud de cuarto nivel en la ciudad de Bogotá, Colombia.

Se realizó una descripción de las características clínicas y sociodemográficas del grupo de participantes en el estudio a través de la revisión de las historias clínicas y cuestionario aplicado a cada participante. Se midió la capacidad de agencia de autocuidado aplicando el instrumento Appraisal of Self-Care Agency scale (ASA) y la CVRS aplicando el

Cuestionario de Cardiomiopatía de Kansas City (KCCQ). Posteriormente los resultados se cuantificaron, analizaron y se establecieron las relaciones existentes entre los dos conceptos capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida relacionada con la salud.

3.2 Descripción de variables

- Variables sociodemográficas
- Variables clínicas
- Capacidad de agencia de autocuidado
- Calidad de vida relacionada con la salud

En las tablas 3-1 y 3-2 se describen cada una de las variables.

Tabla 3-1: Descripción de variables sociodemográficas y clínicas

	VARIABLES DE ESTUDIO	DEFINICIÓN OPERATIVA	NIVEL DE MEDICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
Variables sociodemográficas: Características demográficas de una población particular. Contiene medición cualitativa y cuantitativa.	Sexo (femenino o masculino)	Conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer	Cualitativa	Nominal	Masculino/ Femenino
	Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Cuantitativa	Razón	Años cumplidos
	Grado de escolaridad	El nivel educativo es el nivel de educación más alto que una persona ha terminado	Cualitativo	Ordinal	Primaria incompleta, Primaria completa, Bachillerato incompleto, Bachillerato completo, Técnico, Tecnólogo, Universitario, Posgrado.
	Ocupación	Es el oficio o profesión de una persona, independiente del sector en que puede estar empleada, o del tipo de estudio que hubiese recibido.	Cualitativo	Nominal	Empleado Independiente Cesante Hogar Estudiante Pensionado

Tabla 3-2: (continuación)

	VARIABLES DE ESTUDIO	DEFINICIÓN OPERATIVA	NIVEL DE MEDICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS: Características demográficas de una población particular. Contiene medición cualitativa y cuantitativa.	Dispone de cuidador.	Disponibilidad de una persona que asume la responsabilidad total o parcial en la atención, cuidado y el apoyo diario al paciente.	Cualitativa	Nominal	Si/No
	Tipo de cuidador	Persona que asume la responsabilidad total o parcial en la atención, cuidado y el apoyo diario al paciente.	Cualitativo	Nominal	Conyuge Hijos Nuera/yerno Madre/padre Enfermera Otros
	Tiempo de estancia en el programa multidisciplinario de IC.	Meses que permanece el paciente en el programa multidisciplinario de IC.	Cuantitativa	Razón	Número de meses
	Tipo de intervención en el programa multidisciplinario de IC.	Intervención profesional que recibe el paciente durante su permanencia en el programa multidisciplinario de IC.	Cualitativo	Nominal	Enfermería Nutrición Psicología Trabajo social
VARIABLES CLÍNICAS: Características clínicas propias del estado de salud de los pacientes.	Etiología	Es la identificación de la enfermedad que causa la insuficiencia cardiaca	Cualitativo	Nominal	Diagnóstico médico etiológico
	Clase funcional NYHA	Clasificación de la insuficiencia cardiaca de acuerdo con los síntomas cardiacos en 4 clases	Cualitativo	Nominal	Clase I Clase II Clase III Clase IV
	Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI)	Porcentaje de sangre expulsada del ventrículo izquierdo en cada latido.	Cualitativo	Nominal	< 40% 40-50%, > 50%
	Requerimiento de hospitalizaciones por descompensación de IC en el último año.	Descompensación de la insuficiencia cardiaca que requiere manejo intrahospitalario.	Cualitativo	Nominal	Si/No
	Comorbilidades	Presencia de enfermedades coexistentes o adicionales al diagnóstico principal	Cualitativo	Nominal	Anemia Cáncer EPOC Depresión Diabetes Dislipidemia Insuficiencia renal Desordenes del sueño Hipertensión pulmonar

Fuente: MOLANO BARRERA, Diana Yiseth. Investigación: Relación agencia de autocuidado y calidad de vida en personas con insuficiencia cardiaca. Bogotá. 2019.

Tabla 3-2: Descripción de las variables Capacidad de agencia de autocuidado y la Calidad de vida relacionada con la salud.

	DIMENSIONES DE LA VARIABLE	NIVEL DE MEDICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
Evaluación de capacidad de agencia de autocuidado (Dimensiones) instrumento ASA (Appraisal of Self-Care Agency scale)	Promoción del funcionamiento y desarrollo personal.	Cualitativo	Ordinal	Muy alto Alto Medio Bajo Muy bajo
	Mantenimiento de un consumo de alimento suficiente.	Cualitativo	Ordinal	Muy alto Alto Medio Bajo Muy bajo
	Equilibrio entre la soledad e interacción social.	Cualitativo	Ordinal	Muy alto Alto Medio Bajo Muy bajo
	Preservación de equilibrio entre actividad y reposo.	Cualitativo	Ordinal	Muy alto Alto Medio Bajo Muy bajo
	Prevención de riesgos para la vida humana, funcionamiento del cuerpo y bienestar personal.	Cualitativo	Ordinal	Muy alto Alto Medio Bajo Muy bajo
Evaluación de calidad de vida relacionada con la salud (Dimensiones) Cuestionario de Cardiomiopatía de Kansas City (KCCQ)	Limitación física	Cuantitativa	Razón	0 - 100
	Estabilidad de los síntomas	Cuantitativa	Razón	0 - 100
	Frecuencia de los síntomas	Cuantitativa	Razón	0 - 100
	Carga de los síntomas	Cuantitativa	Razón	0 - 100
	Autoeficacia	Cuantitativa	Razón	0 - 100
	Calidad de vida	Cuantitativa	Razón	0 - 100
	Limitación social	Cuantitativa	Razón	0 - 100

Fuente: MOLANO BARRERA, Diana Yiseth. Investigación: Relación agencia de autocuidado y calidad de vida en personas con insuficiencia cardiaca. Bogotá. 2019.

3.3 Sesgos

Existen diferentes formas de presentar sesgos durante la investigación, relacionada con las variables de estudio, el observador y los instrumentos de medición.(61)

- Las variables se encontraron claramente definidas y el mecanismo por el cual se obtuvieron los datos correspondientes (historia clínica e instrumentos de medición).
- Por ser un estudio de tipo transversal se disminuyó el riesgo de que se presente variabilidad en la observación a lo largo del tiempo. Se definió que el investigador sería el observador durante la recolección de la información.

Para reducir el sesgo del observador fue importante la estandarización del proceso de abordaje que se aplicó a cada participante. Para ello se dispuso de un instructivo para al observador donde se aclaró el orden a seguir y la información que se suministraría al participante para el diligenciamiento de los instrumentos ASA y KCCQ. Vale aclarar que estos instrumentos fueron auto administrados. En los casos de que el participante presentó alguna dificultad para diligenciar los instrumentos, el observador realizó la lectura de estos y marcó las respuestas dadas por el participante.

- No se identificaron sesgos relacionados con los instrumentos de medición, ya que los utilizados en el presente estudio se encontraban validados para nuestro contexto, cultura y tiempo. (51,62–66)

3.4 Población

Las personas mayores de 18 años con diagnóstico de insuficiencia cardiaca estadio C y D según AHA, que son atendidos en el programa multidisciplinario de insuficiencia cardiaca de una institución de salud de cuarto nivel en la ciudad de Bogotá en el año 2018.

3.5 Muestra

El marco muestral del estudio correspondió al listado de pacientes atendidos por cardiología del programa multidisciplinario de insuficiencia cardiaca de una institución de salud de cuarto nivel entre el 9 de mayo y el 13 de agosto de 2018, que cumplieron con los criterios de inclusión.

Las unidades de muestreo fueron las agendas de consulta de cardiología del programa de insuficiencia cardiaca y las historias clínicas de los pacientes que se incluyeron en el estudio.

La unidad de análisis de observación fue la persona que cumplió con los criterios de inclusión y acepto participar en el estudio a través de la firma del consentimiento informado.

3.6 Cálculo tamaño de la muestra

El cálculo muestral se realizó a partir del uso del coeficiente de correlación por rangos de Spearman y el coeficiente de correlación de Pearson, para determinar si hay asociación entre las variables de capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida relacionada con la salud.

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

En donde se usaron los siguientes parámetros:

Coeficiente de correlación	0,34
Alpha	0,05
Beta	0,05

Se tomó el valor de coeficiente de correlación a partir de la revisión de la literatura en el cual se encontró el estudio de Zuluaga(21), el cual evalúa la relación entre las variables capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida en una población con patología cardiovascular. Para determinar la relación existente entre dichas variables el autor utilizó el coeficiente de correlación de Spearman. El resultado fue 0.34 con un valor $p < 0.01$, lo cual es suficiente como información primaria para el cálculo del tamaño de la muestra del presente estudio.

Obteniendo un Z para alpha y beta de 1.96, lo que se traduce en que este tamaño de muestra nos permite tener de nuestras conclusiones relacionadas con el nivel de asociación entre las variables de capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida relacionada con la salud una confianza y una potencia del 95%.

Al realizar los respectivos cálculos se obtuvo un $n = 107$ pacientes. Este valor no fue corregido por posibles pérdidas de información o de pacientes teniendo en cuenta que la toma de la muestra y recolección de información fue inmediatamente posterior a la aceptación de participación en el estudio, evitando caer en este posible comportamiento debido al diseño del estudio en el cual solo ingresan quienes aceptan participar en éste.

De aquí se concluyen que las hipótesis a contrastar a partir de este tamaño de muestra son:

Hipótesis nula H_0 : no existe asociación entre las dos variables

Hipótesis alternativa H_a : existe una relación o asociación entre las dos variables.

El método de muestreo utilizado en el estudio fue no probabilístico por conveniencia, en el cual se incluyeron los pacientes que asistieron a consulta de cardiología y que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, hasta alcanzar el número de la muestra establecida.

3.7 Criterios de inclusión y exclusión

En la tabla 3-3 se relacionan los criterios de inclusión y exclusión para el presente estudio. Se excluyeron a los pacientes menores de 18 años, ya que en el programa de insuficiencia cardiaca de la institución donde se desarrolló el estudio solo se atiende paciente adulto. Se estableció incluir a los pacientes en un rango amplio desde los 18 años hasta el paciente más anciano para determinar características generales que puedan justificar la realización de estudios posteriores con rangos específicos de edad. Se excluyeron los pacientes que están en estadios A y B según la AHA, pues este grupo de la población es atendida en el

nivel de atención primaria y no en el programa de insuficiencia cardiaca. El criterio de inclusión de atención en el programa multidisciplinario se estableció sin tener en cuenta el tiempo de seguimiento en el programa, puesto que se quiere hacer un abordaje general de la población independiente del tiempo de permanencia y, de acuerdo con los resultados, se plantearán estudios posteriores que evalúen la influencia del tiempo de intervención sobre las dos variables de interés. Se excluyeron los pacientes que se encuentran en manejo conjunto con el programa de cuidado paliativo ya que tienen una reorientación terapéutica que busca control de los síntomas y preparación para el fin de vida, lo que puede representar un sesgo para la investigación.

Tabla 3-3: Criterios de inclusión y exclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes mayores de 18 años • Pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca estadio C y D según AHA. • Pacientes atendidos en el programa multidisciplinario de insuficiencia cardiaca en la institución descrita. • Paciente con estado de consciencia y orientación conservados. • Paciente que desee participar en el estudio a través de la firma del consentimiento informado. • No tener dificultad o limitación para la comunicación verbal o escrita. • Extranjero residente en Colombia con dominio pleno del idioma español 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con alteraciones neurosensoriales que afectan la comprensión y diligenciamiento de los instrumentos de medición. • Pacientes con insuficiencia cardiaca que se encuentren en manejo conjunto con el programa de cuidado paliativo. • Paciente extranjero no residente en Colombia

Fuente: MOLANO BARRERA, Diana Yiseth. Investigación: Relación agencia de autocuidado y calidad de vida en personas con insuficiencia cardiaca. Bogotá. 2019.

3.8 Riesgos del diseño

Como se mencionó previamente en el marco ético, el presente estudio no generó riesgos para el participante puesto que “no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio”.

La recolección de la información estuvo a cargo únicamente de la investigadora principal, lo que disminuyó los posibles errores en la explicación del estudio, la consecución del consentimiento informado y la aplicación de los instrumentos de medición.

Los factores externos se controlaron a través de la aplicación del formato de datos sociodemográficos y los instrumentos de medición en un consultorio que le permitió a cada participante tener la privacidad necesaria para su diligenciamiento. La investigadora realizó acompañamiento permanente para aclarar las inquietudes manifestadas por cada uno de los participantes. El abordaje a cada participante se realizó una vez terminaron su consulta de cardiología, con el objetivo de aprovechar su permanencia en la institución y no incurrir en gastos económicos adicionales para el paciente que implicaban su desplazamiento en otras fechas y horarios para el diligenciamiento de los instrumentos.

3.9 Selección de los instrumentos

Para el desarrollo del estudio se seleccionaron instrumentos de medición que permitieron operacionalizar los conceptos de agencia de autocuidado y calidad de vida relacionada con la salud. A continuación, se describe cada uno de ellos identificando sus propiedades psicométricas.

3.9.1 Instrumento de medición Appraisal of Self-Care Agency scale (ASA)

Existen diferentes tipos de instrumentos de medición para determinar la agencia de autocuidado. Parte de ellos fueron desarrollados durante la década de los ochenta, dentro de los que encontramos la escala Exercise of self-care agency (ESCA), Denyes self-care

agency instrument (DSCAI), el Perception of self-care agency (PSCA), el cuestionario The health related cognitive structure (HrCS), el cuestionario Health self care (HSC) y el Appraisal of Self-Care Agency scale (ASA), los cuales se describen brevemente en la tabla 3-4.

Tabla 3-4: Instrumentos para medir la capacidad de agencia de autocuidado

Autor - instrumento	Comentario
Kearney y Fleischer (1979) fueron las primeras en desarrollar de forma operativa el concepto de agencia de autocuidado mediante la escala ESCA (Exercise of Self-Care Agency).	Utilizaron una aproximación inductiva e identificaron 5 dimensiones: actitud de responsabilidad de sí mismo, motivación para el cuidado de sí mismo, aplicación de conocimiento de la agencia de autocuidado, valoración de las prioridades de salud y alta autoestima, estas cinco dimensiones fueron ampliamente representadas en una escala de 43 ítems, compuestos por una escala tipo likert, el cual ha sido estudiado en mujeres y ha reportado tres valores de alfa de Cronbach de 0,86
Denyes (1980), desarrolló dos instrumentos, uno para medir la agencia de autocuidado DSCAI (Denyes' Self-Care Agency Instrument), basado en los primeros trabajos de Orem y el Grupo de Conferencia de Desarrollo de Enfermería NDCG (Nursing Development Conference Group) y otro, para medir la práctica de autocuidado IPACD (Instrumentos de práctica de autocuidado de Denyes), que diferenció claramente los comportamientos de autocuidado, de la agencia de autocuidado	El DSCAI identificó seis factores: fuerza del ego y capacidad de toma de decisiones relacionadas con la salud, valoración de la salud, conocimiento sobre salud y experiencia en toma de decisiones, niveles de energía física, sentimientos y atención a la salud. Este instrumento mediante análisis factorial reportó que solamente mide 6 de los 10 componentes de poder y reportó un alfa de Cronbach de 0,89. El IPACD, diferencia los comportamientos de autocuidado, de la agencia de autocuidado, se demostró su validez de constructo mediante la aprobación de hipótesis que propone relación de la agencia de autocuidado y salud en varias muestras de adolescentes
Hanson y Bickel (1985) desarrollaron el PSCA (Perception of Self-Care Agency) para medir los diez componentes de poder de la agencia de autocuidado	El análisis factorial reveló que mide únicamente 8 de las 10 facultades. Muestra cinco factores en la percepción de la agencia de autocuidado, que están contenidos en los ocho: habilidades cognitivas tales como la toma de decisiones, razonamiento, conocimiento y juicio, limitaciones cognitivas tales como toma de decisiones, razonamiento, conocimiento y juicio, habilidades de movimiento como resistencia, flexibilidad, fuerza y control de la energía, motivación y repertorio de habilidades. Este instrumento, no reporta alfa de Cronbach.
Nerves (1980), desarrolló dos instrumentos para medir la agencia de autocuidado, basados en la teoría de Orem.	Desarrolló un cuestionario para medir creencias, actitudes e intenciones pertenecientes al cuidado de la salud, el cual ha sido denominado la estructura cognitiva relacionada con salud HrCS (The Health related Cognitive Structure) y otro cuestionario que mide las razones para ejecutar o no acciones de autocuidado, autocuidado de la salud HSC (Health Self Care). Estos instrumentos no han reportado pruebas de confiabilidad.
Isemerg, Evers y Otros desarrollaron la ASA (Appraisal of Self-Care Agency scale), escala de Capacidad de Agencia de Autocuidado en la Universidad de Maastricht (Holanda).	En su validación, se contó con un equipo de expertos para el desarrollo y prueba psicométrica de esta escala. Este instrumento permite determinar la capacidad de las personas para satisfacer requisitos universales o necesidades básicas de autocuidado derivados del modelo de Orem.

Fuente: ZULUAGA ALZATE, Leidy Johanna. Investigación: Capacidad de Agencia de Autocuidado y Calidad de Vida de las personas que tienen dispositivos cardiacos implantables, Bogotá, 2013.

Para el presente estudio se escogió como instrumento de medición de la capacidad de agencia de autocuidado la escala ASA por ser un instrumento con adecuadas propiedades psicométricas, validado en Colombia y ampliamente utilizado en diferentes investigaciones en el país.

Esta escala fue elaborada por las enfermeras Isemberg y Evers, como producto del primer trabajo colaborativo que comenzó en 1983. Este instrumento permite determinar la capacidad de agencia que tiene la persona para comprometerse con su autocuidado, de acuerdo con lo descrito en la Teoría de déficit del autocuidado de Dorothea Orem. La escala consta de 24 ítems con un formato de respuestas de cinco alternativas donde el número uno (totalmente en desacuerdo) significa el valor más bajo de la capacidad de agencia de autocuidado y el cinco (totalmente de acuerdo) el más alto.(62)

La validez de constructo fue evaluada por las autoras identificando que la agencia de autocuidado esta inversamente relacionada con la dependencia social y que se relaciona positivamente con el estado de salud. La confiabilidad del instrumento fue mayor de 0.70 en la mayoría de los estudios en los que ha sido utilizado.

Esta escala fue traducida al español y Esther Gallegos evaluó su validez conceptual y confiabilidad obteniendo un alfa de Cronbach de 0.77 que avala su consistencia interna y confirmo la validez conceptual.(63) La docente Edilma de Reales y un grupo de docentes de la facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia modificaron la escala Likert del instrumento cambiando las respuestas del formato a nunca, casi nunca, casi siempre y siempre, siendo nunca el valor más bajo y siempre el más alto. También se modificó el léxico y forma de redacción de los ítems ajustados a las variaciones del lenguaje en el país.

Velandia evaluó en su estudio la confiabilidad de esta segunda versión en español de la escala y encontró un alfa de Cronbach total de 0.689 sin corrección y estandarizado de 0.744, teniendo una consistencia interna.(62)

Este instrumento ha sido utilizado en diferentes estudios en Colombia, lo que ha permitido confirmar su confiabilidad y validez.(12,20,37–41)

3.9.2 Instrumento de medición Cuestionario de Cardiomiopatía de Kansas City (KCCQ)

Existen diferentes instrumentos para la valoración de la CVRS en pacientes con IC que han sido utilizados en el desarrollo de múltiples investigaciones. Estos instrumentos incluyen genéricos y específicos.

Garin et al (67,68) en sus estudios evaluaron y compararon datos sobre el modelo conceptual y las propiedades métricas (fiabilidad, validez y capacidad de respuesta) de los instrumentos de CVRS específicos para la IC, realizando una revisión sistemática con meta análisis. Concluyeron que la mayoría de los cuestionarios estudiados cumplían criterios psicométricos mínimos, aunque la evidencia actual apoyaría principalmente el uso del Minnesota living with heart failure questionnaire MLWHFQ, seguido por el Cuestionario de Cardiomiopatía de Kansas City KCCQ y el Cuestionario de Insuficiencia Cardíaca Crónica (CHFQ). Eurich et al(64) en su estudio compararon instrumentos genéricos y específicos. Concluyeron que el KCCQ fue más sensible al cambio clínico que los instrumentos genéricos EQ-5D o RAND12. La mayor capacidad de respuesta del KCCQ fue consistente entre los cuatro índices de respuesta utilizados y entre los tres criterios clínicos externos de cambio. El uso del KCCQ puede proporcionar la mejor oportunidad para captar cambios clínicos pequeños, pero altamente relevantes en pacientes con insuficiencia cardiaca, pero no todos los cambios en la CVRS.

Los instrumentos más utilizados para medir la CVRS en pacientes con IC son el Minnesota living with heart failure questionnaire MLWHFQ y el Cuestionario de Cardiomiopatía de Kansas City KCCQ.

Para el presente estudio se escogió como instrumento de medición para calidad de vida relacionada con la salud en IC el KCCQ, por sus adecuadas propiedades psicométricas con una capacidad de detección al cambio clínico, que no lo tienen otros instrumentos específicos. Al ser un instrumento específico, tiene la ventaja de estar ajustado a las

características de la patología y tiene una capacidad de discriminación entre grados de gravedad. En comparación con el otro instrumento específico Minnesota living with heart failure questionnaire, el KCCQ tiene un valor agregado que es la amplitud de las dimensiones medidas

Green et al(51) desarrollaron y evaluaron el KCCQ partiendo de que la cuantificación del estado de salud es cada vez más importante para la ICC. El KCCQ es un nuevo cuestionario que cuantifica limitaciones físicas, síntomas, autoeficacia, interferencia social y calidad de vida. El KCCQ es una medida de estado de salud válida, fiable y sensible para los pacientes con ICC y puede servir como un resultado clínicamente significativo en la investigación cardiovascular, el manejo del paciente y la evaluación de la calidad.

Ramos et al(65) validaron la adaptación al español del KCCQ para medir la CVRS en pacientes mexicanos hospitalizados con IC. Concluyeron que el KCCQ resultó ser un cuestionario válido y confiable para medir la CVRS en pacientes con esta patología atendidos en el Hospital General de México, resaltan su beneficio para el ámbito clínico al facilitar la manera de evaluar la percepción de la calidad de vida del paciente respecto a su salud y sugieren la realización de nuevas investigaciones que permitan comprobar la forma longitudinal de la validez. Los valores de consistencia interna en cada una de las dimensiones fueron muy similares a los encontrados por los autores del instrumento.

Comín et al(66) realizaron la validación de la versión española de este mismo instrumento. Para el desarrollo del estudio utilizaron el KCCQ, el MLWHFQ y el Short Form 36 (SF-36). Respecto a la factibilidad del KCCQ, se identificó una buena comprensión y aceptación del cuestionario por los pacientes con ICC. Tiene una buena capacidad de discriminación entre grados de gravedad. Se identificó una débil asociación entre las dimensiones exclusivas del KCCQ (estabilidad de los síntomas y autocuidado) y las de los demás cuestionarios demostrando el valor añadido del KCCQ respecto al MLWHFQ en cuanto al contenido. El alfa de Cronbach del dominio limitación física y de las puntuaciones sumario general y clínico superó el valor 0,9 propuesto como estándar para comparaciones individuales. El coeficiente de correlación intraclass como medida de fiabilidad test-retest fue $> 0,7$ en todas las puntuaciones con valores $> 0,9$ en los resúmenes general y clínico. Concluyeron que el KCCQ tiene unas adecuadas propiedades métricas (validez, fiabilidad

y sensibilidad) como instrumento de valoración de calidad de vida en pacientes españoles con ICC.

Este instrumento evalúa de forma específica la CVRS en pacientes con IC. Es un cuestionario que consta de 23 preguntas, auto administrado. Cuantifica la limitación física, los síntomas (frecuencia), gravedad y cambio reciente en el tiempo, eficacia y conocimiento, la interferencia social y calidad de vida. Este último dominio fue adaptado del inventario de salud mental del SF-36 por ser un marcador de depresión, variable pronóstica para la enfermedad cardiovascular. Las respuestas están organizadas en una escala de Likert. Tiene establecido un marco temporal de dos semanas para que el paciente pueda integrar su funcionamiento reciente en sus respuestas. Este instrumento se encuentra disponible en la página www.cvoutcomes.org en el idioma español versión Colombia, y los autores han realizado el proceso de traducción y validación del instrumento.

En relación con su validez, se demostraron relaciones predecibles y significativas con los mejores criterios disponibles para cada dominio individual del KCCQ. La siguiente tabla muestra la consistencia interna de cada dominio. Sólo el dominio de la autoeficacia no logró alcanzar una alta consistencia interna.

Tabla 3-5: Consistencia interna del KCCQ

Table 2. Internal Consistency of the KCCQ

KCHFQ Domain	Cronbach's Alpha
Physical limitation	0.90
Symptoms	0.88
Quality of life	0.78
Social limitation	0.86
Self-efficacy	0.62
KCCQ functional status	0.93
KCCQ clinical summary	0.95

Fuente: Green CP, Porter CB, Bresnahan DR, Spertus JA. Development and evaluation of the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire: a new health status measure for heart failure.

Pese a que este instrumento no ha sido utilizado por enfermería en el contexto colombiano, ha sido utilizado en otros estudios que evalúan los resultados de nuevas terapias farmacológicas, tal es el caso del estudio desarrollado por Chandra et al. (69) que incluye una pequeña muestra de pacientes colombianos con IC. El KCCQ ofrece ventajas sobre otros instrumentos específicos de CVRS en insuficiencia cardiaca como el MLWHFQ. El KCCQ no sólo capta las limitaciones físicas, sino que también cuantifica de forma independiente los síntomas (frecuencia, gravedad y estabilidad), las limitaciones sociales, el sentido de autoeficacia de los pacientes y la calidad de vida. Aunque tanto el KCCQ como el MLWHFQ parecen ser válidos y confiables, el KCCQ es mucho más sensible al cambio clínico.(51)

3.10 Recolección de la información

La recolección de la información se realizó de la siguiente manera:

- Se revisaron de las agendas de consulta de cardiología del programa de insuficiencia cardiaca correspondientes al periodo de mayo a agosto de 2018. Se identificaron los posibles candidatos a partir de la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión del estudio.
- Una vez finalizada la consulta médica de cardiología, la investigadora principal abordó a cada uno de los posibles candidatos explicándoles las generalidades del estudio e invitándolos a participar en éste. Algunos de los pacientes no aceptaron participar al no tener disponibilidad de tiempo para diligenciar los instrumentos y otros no cumplían con los criterios de inclusión.
- Los pacientes que aceptaron participar fueron direccionados a un consultorio para realizar la lectura y firma del consentimiento informado. Posteriormente, cada participante auto diligenció el formato de datos sociodemográficos y clínicos y los instrumentos de medición ASA y KCCQ y la investigadora principal brindó acompañamiento permanente para aclarar las dudas generadas. Para este proceso se dispuso de 30 a 40 minutos por participante.

- Una vez finalizada la recolección de los datos con cada participante, la investigadora principal reviso la historia clínica de cada uno para obtener las variables clínicas correspondientes.

3.11 Procesamiento de datos

Para el procesamiento se utilizó una base de datos en la cual se registraron de forma codificada, los datos clínicos, sociodemográficos y los resultados de los instrumentos de medición ASA y el KCCQ. Se utilizó el programa SPSS versión 23.

3.12 Análisis de datos

El presente estudio es de tipo cuantitativo de corte transversal de asociación en el cual se tuvieron en cuenta variables cualitativas y cuantitativas (ver tabla de descripción de variables 3-1 y 3-2), para las cuales, según su escala de medición, se analizaron de la siguiente manera:

Análisis descriptivo:

Para la descripción de las variables cualitativas se utilizaron frecuencias y porcentajes. En el caso de las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión teniendo en cuenta el tipo de distribución. Para las distribuciones simétricas y aproximadamente acampanadas: media y desviación estándar y para las distribuciones asimétricas o con datos atípicos: medianas y rangos.

Análisis bivariado:

Se cruzaron variables cuantitativas versus variables cualitativas teniendo en cuenta los objetivos del estudio, haciendo uso de herramientas gráficas como Box Plots (diagramas de cajas) discriminando en las categorías de las variables cualitativas de interés. Estos gráficos permiten evidenciar de manera descriptiva posibles diferencias entre las distribuciones y los valores tomados por la variable cuantitativa en los diferentes niveles de la variable cualitativa.

Para concluir, a partir del cruce de las dimensiones de autocuidado con la variable de interés calidad de vida, se realizó la exploración del coeficiente de correlación de Spearman y su respectiva prueba de hipótesis según la previa verificación de supuestos para este tipo de análisis.

Análisis multivariado (Modelos de regresión)

En esta fase del análisis se aplicó la técnica de regresión logística multinomial con el fin de establecer factores de riesgos y factores de protección para las diferentes variables respuesta seleccionadas (limitación física, estabilidad de los síntomas, frecuencia de los síntomas, carga de los síntomas, total de síntomas, autoeficacia, calidad de vida y limitación social).

Posterior a la generación de los 7 modelos de regresión, se analizaron las hipótesis de absorción de variabilidad del modelo y de aporte de las covariables incluidas en los mismos con el fin de establecer en cada uno de ellos el modelo que mejor explica la variable respuesta en cada uno de los casos. Lo anterior, sin dejar de lado los criterios de información de Akaike (AIC) que permitieron escoger el modelo óptimo y más parsimonioso en cada uno de los casos posterior a la revisión de supuestos para esta técnica independientemente para cada uno de los modelos propuestos.

3.13 Marco ético

La presente investigación se ha desarrollado partiendo de las normas y los principios descritos en las leyes que rigen la investigación en Colombia.

Los pacientes fueron captados a través de la consulta de cardiología del programa de insuficiencia cardíaca en la Clínica Universitaria Colombia. El investigador le explicó al participante en qué consistía el estudio, se diligenció el consentimiento informado aclarando las dudas y, una vez es firmado, se le entregó una cartilla que constaba de un

cuestionario para obtener las variables clínicas y sociodemográficas y los instrumentos de medición ASA y KCCQ, los cuales eran de auto aplicación.

En aras de brindar bienestar a los sujetos de investigación, se dispuso de un consultorio que ofrecía privacidad y comodidad para que pueda diligenciar los cuestionarios haciendo uso del periodo de tiempo que considero necesario. Durante el diligenciamiento de estos instrumentos, el investigador estuvo disponible para atender las inquietudes que tuviese el participante.

De acuerdo con la resolución 8430 de 1993, la cual establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, en esta investigación prevalece el criterio del respeto a la dignidad y a la protección de los derechos y el bienestar de cada uno de los participantes. Se respeta la autonomía de la persona al tomar la decisión de participar en la investigación diligenciando el correspondiente consentimiento informado dando cumplimiento a lo descrito en el artículo 6, 14 y 15.

En el diligenciamiento del consentimiento informado, se notificó a cada persona que no recibiría ninguna retribución económica por su participación en el estudio y que los resultados de la investigación buscaban contribuir al conocimiento disciplinar y al diseño de intervenciones de enfermería que mejoren la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardiaca.

Es considerada una investigación sin riesgo para los participantes por ser un estudio correlacional de acuerdo a lo expuesto en el artículo 11 "son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta".

A pesar de ser una investigación sin riesgo, el investigador realizó la valoración de riesgos individuales en cada participante con el fin de ser minimizados o prever la compensación en caso de daño. En el momento del diligenciamiento del consentimiento informado, el investigador le aclaró al sujeto de investigación que la decisión de participar o no en el estudio no iba a afectar su proceso de atención en el programa de insuficiencia cardíaca ni su tratamiento.

Se da cumplimiento al principio de confidencialidad, garantizando a cada participante la privacidad y la protección de su identidad en el manejo de sus datos en las diferentes fases del estudio, desde la recolección hasta la publicación de los resultados. El nombre de cada participante fue reemplazado por un código específico, el cual junto a la información obtenida en los instrumentos fueron utilizados por el investigador para fines del estudio de investigación. En el consentimiento informado se aclara al participante que la información obtenida en la aplicación de los instrumentos de medición sería codificada de tal manera que no se incluían sus datos de identificación.

El investigador recopiló la información en una base de datos protegida a la cual solo tuvo acceso el investigador o el director de tesis, y se tomaron las medidas necesarias para garantizar la confidencialidad de los datos de cada uno de los participantes. Se preservarán los datos por un periodo de 2 años.

En esta investigación, la mención que se hace de las citas, referencias bibliográficas y la bibliografía utilizada da cumplimiento a lo expuesto en la legislación colombiana que obliga al respeto a los derechos de autor, la Ley 23 de 1982, la Ley 44 de 1993 y el acuerdo 35 de 2003 del Consejo académico, por el cual se expide el reglamento sobre propiedad intelectual en la Universidad Nacional de Colombia.

Teniendo en cuenta que el presente trabajo de investigación es un requisito para optar al título de magister en enfermería, la tesis de grado es propiedad intelectual de la

Universidad Nacional de Colombia cumpliendo con lo descrito en el artículo 21 del Acuerdo 007 de 2008. Por lo anterior, se aclara a la institución donde se desarrollará la investigación, que el producto final de ésta es propiedad de la Universidad Nacional.

3.14 Medios de divulgación

Los resultados de la investigación se presentarán a la comunidad académica de la Universidad Nacional de Colombia y la Facultad de Enfermería a través del documento final de Tesis de Maestría.

Los resultados también serán divulgados a los participantes del estudio, dando cumplimiento a lo expuesto en el consentimiento informado. A su vez, a los integrantes del programa multidisciplinario de insuficiencia cardiaca de la institución de salud donde se desarrollo el estudio.

Los resultados se presentarán en un artículo científico en una revista indexada afín con el área de interés, de habla hispana. De igual forma, serán socializados en eventos académicos de relevancia, donde se pueda resaltar el papel del profesional de enfermería en la atención de las personas con insuficiencia cardiaca y la importancia de orientar las intervenciones de enfermería y multidisciplinarias teniendo en cuenta la calidad de vida relacionada con la salud y el autocuidado.

3.15 Financiación

La financiación del estudio estuvo a cargo del investigador principal y de la Universidad Nacional Colombia que, a través de su programa de Maestría en Enfermería, brindó los recursos físicos y humanos para el desarrollo de la investigación. Los gastos asumidos por el investigador principal correspondieron a la operatividad del estudio.

No se entregó ningún tipo de incentivo económico a los participantes dando cumplimiento a lo establecido en el consentimiento informado. En el anexo G se detalla la financiación del estudio.

4. Marco de análisis y resultados

En este capítulo se presentan los resultados del estudio y su análisis contrastándolos con los hallazgos en la literatura.

4.1 Descripción de las características sociodemográficas y clínicas

4.1.1 Descripción de las características sociodemográficas

A continuación, se relacionan los resultados de las características sociodemográficas de los participantes del estudio.

Tabla 4-1: Variables sociodemográficas

VARIABLE	CATEGORIA	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE
EDAD	51 – 75	71	66,3551
	> 75	13	12,1495
	26 - 50	22	20,5607
	< 25	1	0,9346
SEXO	FEMENINO	35	32,7103
	MASCULINO	72	67,2897
OCUPACIÓN	INDEPENDIENTE	33	30,8411
	PENSIONADO	22	20,5607
	EMPLEADO	17	15,8879
	HOGAR	23	21,4953
	CESANTE	11	10,2804
	ESTUDIANTE	1	0,9346

Tabla 4-1: (Continuación)

VARIABLE	CATEGORIA	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE
NIVEL EDUCATIVO	POSTGRADO	12	11,215
	TÉCNICO	14	13,0841
	PRIMARIA INCOMPLETA	14	13,0841
	BACHILLERATO INCOMPLETO	15	14,0187
	UNIVERSITARIO	19	17,757
	BACHILLERATO COMPLETO	19	17,757
	TECNOLOGO	2	1,8692
	PRIMARIA COMPLETA	12	11,215

Fuente: MOLANO BARRERA, Diana Yiseth. Investigación: Relación agencia de autocuidado y calidad de vida en personas con insuficiencia cardiaca. Bogotá. 2019.

La edad de los participantes oscila entre los 19 y los 85 años, con una mediana de 60 y media de 59.9. Los resultados en la distribución por rangos de edad permiten deducir que un porcentaje importante de la población estudiada corresponde a la tercera edad. El 20.56% corresponde al rango de 26 a 50 años, siendo un hallazgo significativo que refleja que la IC también está afectando a la población joven. Este comportamiento de la edad se asemeja a los de otros estudios realizados con pacientes que padecen enfermedades cardiovasculares, tales como el de Benavides (40) y el de Pulido (17).

Estos hallazgos pueden estar relacionados con dos aspectos. El primero de ellos es la inversión de la pirámide poblacional y así lo evidencian los resultados preliminares del censo 2018 en Colombia (70) donde el rango de edad de mayores de 65 años aumentó de 3% en 1964 al 9,2% en 2018 y el rango de 15 a 64 años aumentó de 50,4% a 68,3%. El segundo aspecto está relacionado con la mejoría de la supervivencia de la población que padece esta enfermedad, como resultado de los tratamientos farmacológicos y terapéuticos actuales.

De acuerdo al reporte del Ministerio de Salud y Protección Social (71) entre el 2009 al 2017 las enfermedades no transmisibles fueron la principal causa de consulta en personas mayores de 60 años. Entre el 2005 y 2016 la principal causa de muerte en la población colombiana fueron las enfermedades del sistema circulatorio causando en el 2016 el 31.7% de las defunciones y el 18,37% de todos los años de vida potencialmente perdidos. Las enfermedades del sistema circulatorio fueron la causa de muerte más frecuente en el sexo masculino y femenino. Dentro de las enfermedades del sistema circulatorio para el 2016 las enfermedades isquémicas del corazón causaron el 53% de las muertes en este grupo, las enfermedades hipertensivas fueron la tercera causa con un 11,9%, con una tendencia similar en ambos sexos. También se incluye la IC con un porcentaje que ha venido en descenso desde el 2005 probablemente asociado al impacto del tratamiento médico.

Por su parte, el DANE reportó que entre enero del 2016 y agosto del 2017 las tres principales causas de fallecimiento fueron las enfermedades isquémicas del corazón con el 17,1%, enfermedades cerebrovasculares con el 6,9% y enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores con el 6,3%. Quienes más fallecieron por estas tres causas fueron personas entre los 65 y 84 años, siendo el porcentaje más alto en hombres con un 54,4%.

El comportamiento epidemiológico de la enfermedad cardiovascular y su impacto en la morbimortalidad de la población, independiente del grupo de edad, exige la implementación de estrategias de intervención específicas orientadas a favorecer el autocuidado y mejorar la CVRS de los pacientes desde fases tempranas de la enfermedad.

Con relación al sexo, la distribución de los porcentajes se asemeja a los hallazgos de estudios realizados con pacientes con diagnóstico de IC, en los cuales, el mayor porcentaje de la muestra fue del sexo masculino tales como Hwang et al(72) con el 78.2%, Lee et al(73) con el 70%, Peters-Klimm et al (74) con el 71%, Arredondo(12) con un 65.5% y Pulido (17) con un 81,2%.

Este comportamiento también se ve reflejado en los datos reportados por el Ministerio de Salud y Protección Social en el 2012 donde, del total de pacientes diagnosticados con IC, el mayor porcentaje (59,7%) fueron hombres.(1)

En relación con la variable ocupación, se puede identificar que el 46.73% de la muestra se encuentran laboralmente activos mientras que solo el 10.28% no trabajan. Este resultado es llamativo teniendo en cuenta que la IC es una enfermedad compleja que, por su impacto en la capacidad funcional, puede afectar el desempeño laboral y llevar al paciente a una reubicación laboral o incluso generar una incapacidad que lo obligue a retirarse de su trabajo, lo que ocasiona un impacto negativo en su CVRS. Probablemente este resultado este asociado a que los pacientes se encuentran en un manejo médico óptimo y presentan estabilidad de su enfermedad, lo que les permite continuar con sus actividades laborales.

Respecto al nivel educativo, ningún paciente es analfabeta, siendo el nivel más bajo de estudio la primaria incompleta con un 13.08%. Estos hallazgos permiten concluir que un gran porcentaje de los participantes cuentan con un nivel educativo que les permite comprender mejor su patología actual, el tratamiento que requiere y los cuidados farmacológicos y no farmacológicos que deben implementar. Este resultado puede estar relacionado con que el 100% de los participantes está afiliado a la EPS en régimen contributivo y, al ser en esta modalidad, implicaría que el paciente tenga un nivel educativo mínimo que le permita desempeñarse laboralmente y tener la capacidad de pago para mantener la afiliación al SGSSS.

A diferencia de este estudio, Arredondo (12) encontró en su muestra de pacientes con IC un nivel educativo más bajo, el 43,2% tenían educación primaria, al igual que Pulido(17), quien encontró que el 6.4% de la muestra eran analfabetas y el 44,8% tenían educación básica primaria. Cabe mencionar, que en la población colombiana la presencia de niveles educativos bajos e incluso el analfabetismo, pueden corresponder a un porcentaje de pacientes mayores a 60 años que tuvieron menor acceso a educación durante su etapa escolar.

Los resultados de disponibilidad de cuidador se observan en la tabla 4-2. El 36.4% (39 pacientes) refirieron no disponer de éste; algunos pacientes manifestaron al momento de contestar la pregunta que no consideraban necesario tener un cuidador.

Tabla 4-2: Disponibilidad de cuidador y tipo de cuidador

VARIABLE	CATEGORIA	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE
DISPONIBILIDAD DE CUIDADOR	NO	39	36,44
	SI	68	63,56
TIPO DE CUIDADOR	CONYUGE	40	58,82
	HIJO	11	16,17
	NUERA	3	4,41
	MAMA	2	2,94
	ENFERMERA	2	2,94
	OTRO	10	14,7

Fuente: MOLANO BARRERA, Diana Yiseth. Investigación: Relación agencia de autocuidado y calidad de vida en personas con insuficiencia cardíaca. Bogotá. 2019.

De los pacientes que poseen cuidador, el 58.82% es el conyugue (40 pacientes), el 20.59% es el hijo(a) (11 pacientes). Se definió la relación con el cuidador como otras relaciones, aquellas que incluyen hermanos, exesposo (a), empleada o familiares (familia extensa).

Esta variable puede analizarse de dos maneras y así lo manifiesta Loo et al(75) en su estudio. Los pacientes que se cuidan a sí mismos pueden experimentar un mejor estado de salud física y emocional y un mejor nivel de CVRS que aquellos que disponen de otros para su cuidado. El cuidar de sí mismo puede promover en el paciente una sensación de control e independencia y una mayor capacidad para enfrentar esta compleja enfermedad.

Pero, por otra parte, disponer del recurso de apoyo de otra persona (familiar o cuidador) puede fortalecer el proceso de autocuidado y promover el mejoramiento de la salud.

Otra variable evaluada hace referencia al tiempo de permanencia en el programa de falla cardiaca. Pero antes de revisar los datos encontrados en los participantes, es necesario contextualizar el proceso de atención del paciente con IC en clínicas especializadas para su manejo en nuestro país.

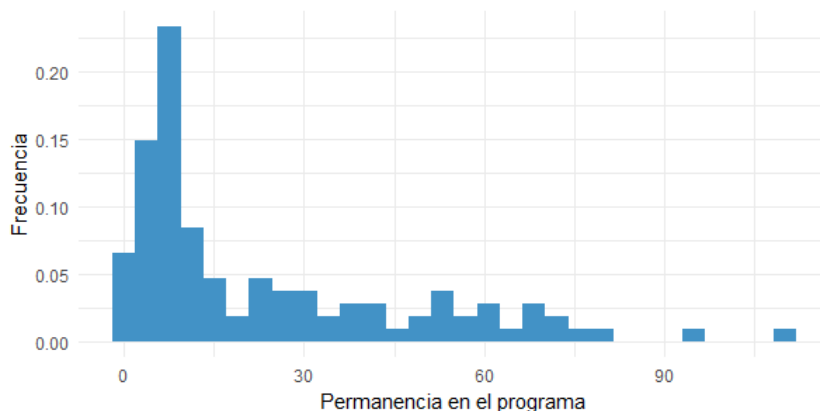
Desde 1985 en Colombia se empezaron a conformar programas multidisciplinarios con el objetivo de brindar una atención congruente con lo descrito en las guías internacionales y que permitiera un seguimiento más estrecho del paciente. Estos programas se distribuyeron en las principales ciudades del país y en las últimas décadas han aumentado en número y en la complejidad de los servicios prestados incluyendo la opción del trasplante cardiaco. El programa de insuficiencia cardiaca de la Clínica Universitaria Colombia se conformó en el 2008 y en la actualidad se ha constituido como una clínica de falla cardiaca avanzada y trasplante cardiaco, ofreciendo sus servicios a usuarios del asegurador EPS Sanitas y medicina prepagada. Se ha convertido en un referente nacional e internacional por su modelo de atención con un sistema integrado de referenciación con la atención primaria (76).

El programa multidisciplinario de insuficiencia cardiaca esta conformado por cardiólogos, enfermera, nutricionista, psicóloga y trabajadora social y brindan atención a pacientes con diagnóstico de IC que se encuentran en estadios C y D. Los pacientes en estadios A y B son manejados en las unidades de atención primaria. El grupo tiene establecidas unas funciones específicas en el proceso de atención al paciente y su familia dependiendo de su profesión. El cardiólogo tiene a su cargo la valoración periódica de la condición clínica del paciente, la optimización del tratamiento y la evaluación de la respuesta al tratamiento a través de la solicitud de exámenes diagnósticos y paraclínicos. El profesional de enfermería desarrolla un papel protagónico en el proceso de atención y en el cumplimiento de los objetivos del servicio, desarrollando actividades de intervención educativa con un

plan establecido de temáticas ajustadas a lo descrito en las guías de práctica clínica, seguimiento al paciente presencial a través de una consulta de enfermería y seguimiento telefónico, atención directa al paciente que cursa con descompensación de la IC que incluye la administración de medicamentos, valoración de enfermería y ejecución del plan de cuidados de enfermería en el escenario de hospital de día e intervención prealta hospitalaria. La nutricionista enfoca su valoración en el diagnóstico nutricional del paciente y hace intervención educativa sobre hábitos nutricionales saludables. La psicóloga evalúa la presencia de depresión y deterioro cognitivo y realiza intervención en el proceso de adaptación a la enfermedad tanto del paciente como del cuidador. La trabajadora social evalúa red de apoyo social y hace intervención sobre la misma. La implementación de esta intervención multidisciplinaria está acorde con lo establecido en las guías internacionales de práctica clínica para esta patología.(6)

El programa tiene establecido para cada paciente un tiempo de permanencia de 1 año, tiempo en el que se debe lograr el tratamiento médico óptimo y la educación por parte de todos los profesionales del programa. Algunos pacientes logran estos objetivos antes de los doce meses y otros duran un tiempo mayor, ya sea por no cumplir las metas o por considerarse pacientes de alto riesgo que requieren un seguimiento médico permanente. Como se observa en la gráfica 4-1, el rango de permanencia en el programa oscila entre 1 a 111 meses, con una media y mediana de 12 meses, lo que se ajusta con los tiempos establecidos por el programa.

Gráfica 4-1: Tiempo de permanencia en el programa



Fuente: MOLANO BARRERA, Diana Yiseth. Investigación: Relación agencia de autocuidado y calidad de vida en personas con insuficiencia cardiaca. Bogotá. 2019.

En la muestra del estudio, los tipos de intervención no son mutuamente excluyentes y una persona puede haber tenido más de una intervención profesional. Es así como el 98.13% (105 pacientes) recibieron intervención por enfermería, el 96.26% (103 pacientes) por nutrición, el 96.26% (103 pacientes) por psicología, y, por último 58.88% (63 pacientes) por trabajo social.

4.1.2 Características clínicas

En la tabla 4-3 se describen las variables clínicas. En relación con la etiología de la IC, los mayores porcentajes corresponden a isquémica con el 40.2% (43 pacientes), etiología mixta el 19.9% (16 pacientes) y etiología valvular el 16.8% (18 pacientes). Estos resultados son similares a lo descrito por Gómez (76) en su artículo, donde relaciona la etiología de la IC en Colombia, siendo la principal causa la cardiopatía isquémica con un 38,7%, seguida de idiopática 21,6%, valvular 10,5%, chagásica con un 10,3% e hipertensiva con un 12,2%.

Tabla 4-3: Características clínicas

VARIABLE	CATEGORIA	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE
ETIOLOGÍA	CARDIOTOXICIDAD	4	3,7383
	ISQUEMICA	43	40,1869
	VALVULAR	18	16,8224
	INFECCIOSA	1	0,9346
	CHAGASICA	8	7,4766
	MIXTA	16	14,9533
	TAQUICARDIOMIOPATIA	2	1,8692
	IDIOPATICA	5	4,6729
	HIPERTENSIÓN PULMONAR	3	2,8037
	HIPERTENSIVA	4	3,7383
	DISINCRONIA	1	0,9346
	HIPERTROFICA OBSTRUCTIVA	1	0,9346
	HIPERTROFICA CONGENITA	1	0,9346
	NYHA	II	66
I		29	27,1028
III		9	8,4112
IV		2	1,8692
NO VALORABLE		1	0,9346
FEVI	< 40	90	84,1121
	41 - 50	9	8,4112
	> 50	8	7,4766

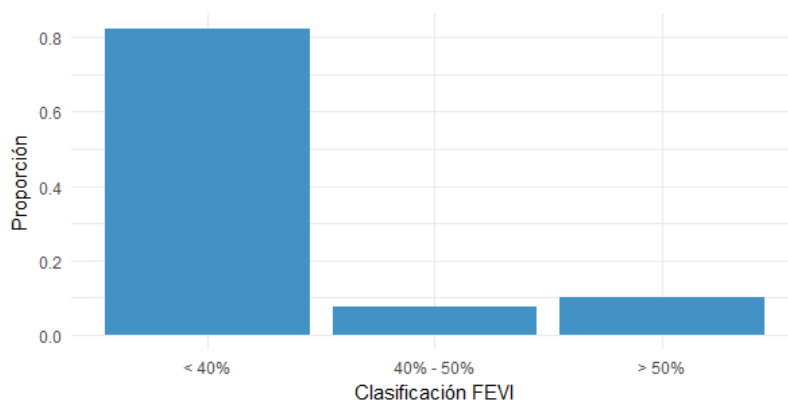
Fuente: MOLANO BARRERA, Diana Yiseth. Investigación: Relación agencia de autocuidado y calidad de vida en personas con insuficiencia cardiaca. Bogotá. 2019.

La clasificación NYHA y la FEVI son variables clínicas muy importantes que se evalúan en todos los estudios y que determinan el tipo de tratamiento médico que requiere el paciente. La capacidad funcional, determinada por la NYHA, clasifica la IC de acuerdo con la gravedad de los síntomas y la intolerancia al ejercicio, en clases funcionales (CF) I, II, III y IV. En la muestra del estudio, la NYHA se clasificó en un mayor porcentaje en CF I y II con el 27.1% y el 61.68% respectivamente. Solo en una persona no fue valorable puesto que se encontraba en silla de ruedas. Estos resultados permiten concluir que la gran mayoría

de los participantes presentaban ligera limitación en la realización de sus actividades diarias como resultado de la estabilidad de los síntomas de la IC.

Para la FEVI se encontró un rango que oscila entre el 10% al 67%. De acuerdo a los rangos establecidos en la literatura (6), la FEVI se ha clasificado en <40% (IC con FEVI reducida), del 40 - 50% (IC con FEVI en rango medio) y >50% (IC con FEVI conservada). En la gráfica 4-2 se puede observar la clasificación de la FEVI, en el cual el mayor porcentaje corresponde a FEVI reducida.

Gráfica 4-2: Clasificación de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo



Fuente: MOLANO BARRERA, Diana Yiseth. Investigación: Relación agencia de autocuidado y calidad de vida en personas con insuficiencia cardiaca. Bogotá. 2019.

Las comorbilidades también son variables clínicas que pueden influir en la estabilidad de la IC y que afectan el proceso de autocuidado y la CVRS(1). La anemia, EPOC, diabetes, dislipidemia, desordenes del sueño, hipertensión pulmonar se asocian con el deterioro de condición clínica, re-hospitalizaciones y disminución de la sobrevida. La depresión se asocia con baja adherencia al tratamiento y el empeoramiento de los síntomas de la IC.

El 42.05% (47 pacientes) no presentaban comorbilidades, hallazgo significativo si se tiene en cuenta que la comorbilidad es una variable que influye tanto en la CVRS como en el autocuidado en la persona con IC. En la tabla 4-4 se puede observar como se distribuyen las comorbilidades evaluadas.

Tabla 4-4: Comorbilidades

VARIABLE	CATEGORIA	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE
ANEMIA	NO	105	98,1308
	SI	2	1,8692
INSUFICIENCIA RENAL	NO	87	81,3084
	SI	20	18,6916
HIPERTENSION PULMONAR	NO	85	79,4392
	SI	22	20,5607
DESORDENES DEL SUEÑO	NO	101	94,3925
	SI	6	5,6075
EPOC	NO	101	94,3925
	SI	6	5,6075
DISLIPIDEMIA	NO	92	85,9813
	SI	15	14,0186
DIABETES	NO	102	95,3271
	SI	5	4,6729
DEPRESION	NO	105	98,1308
	SI	2	1,8692

Fuente: MOLANO BARRERA, Diana Yiseth. Investigación: Relación agencia de autocuidado y calidad de vida en personas con insuficiencia cardiaca. Bogotá. 2019.

En su estudio, Buck et al (77) identificaron que los niveles más altos de comorbilidad se asociaron con niveles más bajos de mantenimiento del autocuidado. La comorbilidad moderó la relación entre autoeficacia y mantenimiento del autocuidado. Por el contrario, Karakurt et al(78) encontraron en su estudio que la presencia de comorbilidades no afecta la agencia de autocuidado de los pacientes con enfermedad cardiovascular. Por su parte Chu et al y Comín et al (2,79) identificaron en sus estudios que a menor comorbilidad mejor CVRS.

Finalmente, se evaluó la variable de re-hospitalización. Se obtuvo que el 33.64% (36 pacientes) fueron hospitalizados en el último año por descompensación de la IC. De acuerdo con la literatura, el mayor riesgo de re-hospitalización se presenta en los 30 primeros días posteriores al egreso hospitalario y puede estar asociado a un tratamiento insuficiente o a problemas de transición de la atención hospitalaria a la ambulatoria. Posterior a este periodo de tiempo, las re-hospitalizaciones pueden estar asociadas a problemas de adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, específicamente a la restricción hidrosalina. Este hallazgo es importante al tener en cuenta que las re-hospitalizaciones por descompensación implican un empeoramiento de la morbimortalidad e influyen negativamente en la CVRS, como lo evidencia en su estudio Aggelopoulou et al. (28)

La evidencia en la literatura ha permitido establecer diferentes estrategias de seguimiento a los pacientes con un impacto positivo en la reducción de la tasa de re-hospitalización tales como la implementación de modelos de atención de transición, telemedicina, uso de las TICs, visitas domiciliarias, entre otros, que involucran monitoria de la condición de salud del paciente y un fuerte componente de educación para mejorar el autocuidado en casa.(80)

4.2 Descripción de la capacidad de agencia de autocuidado

La variable de capacidad de agencia de autocuidado fue medida a través de la aplicación de la Appraisal of Self-Care Agency scale (ASA). Sus resultados van en una escala Likert de 1 a 5, siendo 1 el mínimo puntaje y 5 el máximo. Para facilitar el análisis de los resultados obtenidos se ha utilizado la clasificación empleada por Arredondo(12), por medio de la cual se organiza el puntaje en categorías que van desde muy bajo a muy alto.

Este cuestionario se divide en 5 dimensiones que se describen a continuación con sus respectivos ítems y puntajes:

1. *Promoción del funcionamiento y desarrollo personal* (ítems 10,12 y 18)

Muy bajo	1 - 3 puntos
Bajo	3.1 - 6 puntos
Medio	6.1 - 9 puntos
Alto	9.1 - 12 puntos
Muy alto	> 12 puntos

2. *Mantenimiento de un consumo de alimento suficiente* (ítem 9)

Muy bajo	1 punto
Bajo	2 puntos
Medio	3 puntos
Alto	4 puntos
Muy alto	5 puntos

3. *Equilibrio entre la soledad e interacción social* (ítem 23)

Muy bajo	1 punto
Bajo	2 puntos
Medio	3 puntos
Alto	4 puntos
Muy alto	5 puntos

4. *Preservación de equilibrio entre actividad y reposo* (ítems 3, 4, 6, 8, 11,13, 20 y 24)

Muy bajo	1 - 8 puntos
Bajo	8.1 - 16 puntos
Medio	16.1 - 24 puntos
Alto	24.1 - 32 puntos
Muy alto	32,1 - 40 puntos

5. *Prevención de riesgos para la vida humana, funcionamiento del cuerpo y bienestar personal* (ítems 1, 2, 5,7, 14,15, 16, 17, 19, 21 y 22)

Muy bajo	1 - 11 puntos
Bajo	11.1 - 22 puntos
Medio	22.1 - 33 puntos
Alto	33.1 - 44 puntos
Muy alto	44,1 - 55 puntos

En la tabla 4-5 se describen cada una de las dimensiones de la capacidad de agencia de autocuidado con sus resultados por categoría.

Tabla 4-5: Descripción de la capacidad de agencia de autocuidado

Variable	Categoría	Frecuencia Absoluta	Porcentaje
Promoción del funcionamiento y desarrollo personal	Muy Alto	48	44,8598
	Alto	53	49,5327
	Medio	6	5,6075
Mantenimiento de un consumo de alimento suficiente	Muy Alto	56	52,3364
	Alto	40	37,3832
	Medio	6	5,6075
	Bajo	4	3,7383
	Muy Bajo	1	0,9346
Equilibrio entre la soledad e interacción social	Muy Alto	29	27,1028
	Alto	46	42,9907
	Muy Bajo	12	11,215
	Medio	7	6,5421
	Bajo	13	12,1495
Preservación de equilibrio entre actividad y reposo	Muy Alto	24	22,4299
	Alto	77	71,9626
	Medio	6	5,6075
Prevención de riesgos para la vida humana, funcionamiento del cuerpo y bienestar personal	Muy Alto	48	44,8598
	Alto	57	52,3364
	No evalúa	2	1,8692
	Medio	1	0,9346
CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO	Muy Alto	37	34,5794
	Alto	68	63,5514
	No evalúa	2	1,8692

Fuente: MOLANO BARRERA, Diana Yiseth. Investigación: Relación agencia de autocuidado y calidad de vida en personas con insuficiencia cardíaca. Bogotá. 2019.

Dos pacientes no contestaron el total del instrumento (ítem 7) por lo tanto se clasificaron como *no evalúa*.

La evaluación de la capacidad de agencia de autocuidado arroja los siguientes resultados:

La dimensión de *Promoción del funcionamiento y desarrollo personal* se encuentra en categoría alto con el 49.53% y muy alto con el 44.85%. Estos porcentajes indican que la mayoría de los pacientes sienten tener la capacidad de manejar las situaciones que enfrentan y tomar las medidas pertinentes para lograr mantener su salud y disponen de una red de apoyo a la que pueden recurrir en caso de necesitarlo. Estos hallazgos pueden estar relacionados al impacto que generó la intervención del profesional de enfermería, de la cual se benefició el 98.13% de la muestra. También, el 58.88% de los participantes recibieron intervención por parte de la trabajadora social del programa, cuyo objetivo de atención es fortalecer la red de apoyo sociofamiliar del paciente.

La dimensión *mantenimiento de un consumo suficiente de alimento* se encuentra en categoría muy alto con el 52.33% y alto con el 37.38%. Estos porcentajes indican que los pacientes pueden manejar una alimentación que les permita mantenerse en su peso correcto, lo que puede estar asociado a la intervención desarrollada por enfermería y nutrición.

La dimensión *equilibrio entre la soledad e interacción social* se encuentra en categoría alto con el 42.99% y muy alto con 27.1%, lo que indica que los pacientes toman el tiempo necesario tanto para dedicarse a sí mismos como para relacionarse con su red social.

La dimensión *preservación de equilibrio entre actividad y reposo* se encuentra en categoría alto con 71.96% y muy alto con 22,42%. Estos resultados demuestran que los pacientes organizan sus actividades diarias para poder realizar ejercicio y tomar periodos de

descanso, duermen lo necesario, poseen la energía para cuidarse como deben y cuando no pueden movilizarse, se sienten en capacidad de hacer ajustes que les permitan cumplir con su cuidado. El comportamiento de esta dimensión puede estar asociado a que el profesional de enfermería, dentro de su programa de educación, les indica al paciente y su familia la importancia de la realización de ejercicio y de mantener un adecuado patrón de sueño y descanso.

La dimensión *prevención de riesgos para la vida humana, funcionamiento del cuerpo y bienestar personal* se encuentra en categoría alto con 52.33% y muy alto con 44.85%. Estos porcentajes indican que los pacientes se sienten en capacidad de revisar su cuerpo en búsqueda de cambios, buscar mejores formas para cuidar su salud, más aún cuando identifican que ésta se encuentra amenazada, cuestionar la efectividad de las acciones que realiza para mantener su salud, verificar sus acciones de autocuidado, hacer los ajustes necesarios, estableciendo prioridades; buscar información que les permita mejorar su autocuidado y, ante inquietudes, buscar explicaciones, cambiar hábitos presentes por mejores pautas de autocuidado y buscar ayuda de otros cuando sea necesario. Estas temáticas hacen parte de la intervención del profesional de enfermería y puede tener influencia en los resultados de la dimensión.

El 98.13% de los participantes recibieron intervención educativa por parte del profesional de enfermería del programa quien, partiendo de las guías institucionales de atención de esta patología, tiene como objetivo de intervención lograr que el paciente conozca su enfermedad, ejecute las pautas de autocuidado orientadas al cumplimiento de las recomendaciones farmacológicas y no farmacológicas (restricción hidrosalina, dieta saludable, esquema de vacunación, realización de ejercicio, mantenimiento del sueño y descanso) y tenga la capacidad de reconocer oportunamente la presencia de síntomas de descompensación de la IC y sepa que debe hacer en caso de presentarlos (atención médica prioritaria). Sin duda, este tipo de intervención brinda al paciente las herramientas necesarias para mejorar su capacidad de agencia de autocuidado y así se ve reflejado en los resultados de las diferentes dimensiones.

La capacidad de agencia de autocuidado como variable, que resulta siendo la suma general de todo el instrumento, se encuentra en las categorías muy alto y alto. El mayor porcentaje de la muestra se concentra en la categoría alto, con un 63.55% y muy alto con un 34.57%. Estos resultados pueden estar asociados a las intervenciones que recibe durante su permanencia en el programa multidisciplinario de IC y al nivel educativo, el cual le brinda a la persona herramientas para tener un mayor grado de comprensión y la capacidad de documentarse para mejorar su autocuidado.

Pese a que en la puntuación general no se identifican calificaciones en categorías bajas, si se puede observar que en las dimensiones *mantenimiento de un consumo suficiente de alimento* y *equilibrio entre la soledad e interacción social* hay calificaciones en bajo y muy bajo, con porcentajes importantes que ameritan ser tenidos en cuenta para el planteamiento de acciones de cuidado de enfermería específicas. El mantenimiento de hábitos de vida saludable tales como una alimentación sana y equilibrada con restricción en el consumo de sal que le permita al individuo tener un peso correcto es un cuidado básico en pacientes con IC. Por otra parte, y como ya ha sido descrito previamente, el aislamiento social puede ser consecuencia de la evolución de la IC y deteriora significativamente la CVRS de la persona que padece esta enfermedad, por lo tanto, es necesario incluir la evaluación e intervención de este aspecto dentro del plan de atención al paciente con IC.

Es claro que las personas que tienen este diagnóstico médico sufren un importante impacto no solo en su condición de salud física, asociado a la presencia de síntomas, sino también tienen deterioro en su condición emocional y cambios en su rol de pareja, familiar y social, circunstancias que pueden ciertamente afectar su capacidad de agencia de autocuidado y la CVRS. Sin embargo, al comparar el nivel de capacidad de agencia de autocuidado en la muestra del estudio con los hallazgos en otras poblaciones de pacientes con IC y con enfermedades cardiovasculares, llama la atención que éste se encuentra en alto y muy alto.

En Colombia hay otros estudios que también han evaluado la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con diagnóstico de IC y cuyos resultados son similares a los encontrados en el presente estudio. En su investigación, Arredondo(12) encontró en la dimensión de *mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción social* un nivel muy alto con 74,3%; en la dimensión de *mantenimiento de un consumo suficiente de alimento* un nivel muy alto con 50%; en la dimensión *prevención de riesgos para la vida humana, funcionamiento del cuerpo y bienestar personal* un nivel muy alto con 60,2%; en la dimensión *preservación del equilibrio entre actividad y reposo* un nivel alto con 56,8%; y la dimensión *promoción del funcionamiento y desarrollo personal* un nivel alto con 41,3%.

Por su parte, Rodríguez et al (20) encontraron que la capacidad de agencia de autocuidado fue suficiente en el 53% de los participantes. Identificaron que las variables sociodemográficas y clínicas que se asociaron a un mayor nivel de capacidad de agencia de autocuidado son edad superior a 50 años, nivel socioeconómico más alto, estado civil casado, la ocupación, tener un mayor nivel educativo (tecnológico o universitario), realizar actividades recreativas, disponer de cualquier tipo de apoyo social, tener CF I/IV y FEVI <40%.

Los resultados del presente estudio también se pueden comparar con los hallazgos de estudios que evaluaron esta misma variable, pero en otro tipo de pacientes que padecen enfermedades cardiovasculares. Dentro de los estudios con hallazgos similares encontramos a Vega et al(81) quienes evaluaron pacientes con hipertensión arterial y encontraron que la capacidad de agencia de autocuidado fue mediana en el 62,5% y alta en el 37%. Gutiérrez (82) identificó en su estudio que un gran porcentaje de su muestra tenía un nivel alto de capacidad de agencia de autocuidado, lo que permitió al autor concluir que los pacientes con cardiopatía isquémica cuentan con habilidades y capacidades para cumplir con su autocuidado. Igualmente, en este estudio se identificó una correlación estadísticamente significativa entre autoeficacia y autocuidado, demostrando que la motivación y la confianza en las propias capacidades del paciente son necesarias para ejecutar con éxito acciones de autocuidado.

Zuluaga (21) identifico en su estudio con pacientes portadores de dispositivos cardiacos implantables, que la capacidad de agencia de autocuidado fue regular en el 44,8% y buena en el 48,8%. No se evidenciaron diferencias de la capacidad de agencia de autocuidado por sexo.

También hay estudios con resultados opuestos tales como el de Fernández et al (38) , en el cual identificaron en adultos mayores con hipertensión arterial que el 99,6% presentaron una baja agencia de autocuidado. De acuerdo con lo definido por Orem, hay factores básicos condicionantes que influyen en la agencia de autocuidado tales como condiciones sociodemográficas, condiciones del sistema de salud y del estado de salud del individuo y este estudio así lo confirmo. Por su parte, Espitia (39) también evaluó pacientes con hipertensión arterial y encontró una capacidad de agencia de autocuidado regular en el 51,3% de la muestra, baja en el 47.8% y solo el 0,5% fue buena.

Benavides (40) estudio pacientes con síndrome coronario agudo y encontró que el 73% tenían una capacidad de agencia de autocuidado regular y solo el 4% la tenían en un nivel bueno. Velandia et al (41) identificaron en un grupo de pacientes con factores de riesgo cardiovascular que el 63% presento una regular agencia de autocuidado. Igualmente identificaron que cuando el individuo posee mejores capacidades de autocuidado, cuenta con mayores habilidades para adherirse al tratamiento.

A nivel internacional, Karakurt et al (78) encontraron en su estudio con pacientes con enfermedad cardiovascular niveles altos de agencia de autocuidado, los cuales pudieron estar relacionados con recibir atención regular de los profesionales de salud. Identificaron que el nivel educativo afecto el autocuidado y que a medida que aumenta el grado de independencia en las actividades de la vida diaria, también lo hacen los comportamientos de agencia de autocuidado. Puede considerarse que el nivel educativo puede condicionar el nivel de agencia de autocuidado, ya que, de acuerdo con éste, el individuo puede tener herramientas para el aprendizaje y la búsqueda de información que le permita ampliar su conocimiento y mejorar su nivel de autocuidado. Saeidzadeh et al (83) identificaron en su

estudio con pacientes con enfermedad coronaria que factores como la condición económica y la relación conyugal influyen en la agencia de autocuidado.

4.3 Descripción de la calidad de vida relacionada con la salud

Los hallazgos de la evaluación de la CVRS, a través de la aplicación del formato de información sociodemográfica y clínica y del instrumento Cuestionario de Cardiomiopatía de Kansas City (KCCQ), se soportan en lo descrito en la teoría a partir del análisis de los determinantes que se identifican en el modelo de calidad de vida relacionada con la salud de Wilson y Cleary. (43)

Variables biológicas y fisiológicas: hace referencia a alteraciones en el funcionamiento de las células, los órganos y sistemas de órganos. Para el presente estudio corresponde al diagnóstico de insuficiencia cardíaca, su estadio y en valor de la FEVI, los cuales se determinaron en el formato de información clínica del participante.

El estado de los síntomas: hace referencia a los cambios en el estado físico y psicológico que el individuo determina como anormal. Evaluado en el instrumento al indagar la presencia de síntomas de descompensación de la IC y la presencia y regularidad de desánimo o depresión secundario a la IC.

El estado funcional: hace referencia a la habilidad para desarrollar actividades específicas. Incluye los dominios físicos, social, de rol y psicológico. Evaluado por el instrumento al indagar sobre el nivel de limitación secundario a la presencia de síntomas de IC, en la realización de actividades de la vida diaria tales como bañarse, vestirse, caminar; para realizar actividades recreativas o pasatiempos, visitar a familiares o amigos, para trabajar o realizar actividades domésticas, en su vida sexual y la presencia de desánimo o depresión.

La percepción de salud general: representan una integración y expresión subjetiva de todos los componentes anteriores. Se evalúan en el instrumento a partir de las preguntas: ¿En qué medida su insuficiencia cardíaca le ha impedido disfrutar de la vida? Y ¿si tuviera

que vivir el resto de su vida con la insuficiencia cardiaca tal como está ahora cómo se sentiría al respecto?

La calidad general de vida: se refiere al bienestar subjetivo del individuo, que tan satisfecho se siente en general con su vida. Para el presente estudio corresponde al resultado final de la medición de los puntajes de las dimensiones *limitación física, síntomas, calidad de vida y limitación social*.

De acuerdo al modelo, estos determinantes están influenciados por las características individuales de la persona (demográficas, psicológicas, biológicas y de desarrollo) y por las características ambientales (soporte social, psicológico y económico). Parte de estas características han sido previamente descritas en la caracterización de la muestra y en los análisis de correlación multivariado se establece cuales de ellos explican la CVRS de los pacientes que participaron en el estudio.

A través del instrumento, la CVRS se evalúa a nivel general y en siete dimensiones: *limitación física, estabilidad de los síntomas, frecuencia de los síntomas, carga de los síntomas, autoeficacia, calidad de vida y limitación social*, las cuales se califican con un puntaje de 0 a 100, donde 100 es la mejor calificación. Para el análisis de los resultados se establece que un puntaje mayor a 50 indica una CVRS preservada y un puntaje menor indica una CVRS afectada.

Es importante recordar que el instrumento establece un periodo de tiempo para la evaluación de las diferentes dimensiones, el cual corresponde a las últimas dos semanas. Este aspecto es importante tenerlo en cuenta, ya que el paciente tiene mayor facilidad para recordar cómo estaba su condición de salud de acuerdo con cada pregunta, obteniendo una información completa y veraz, lo que no podría suceder si se indaga por un periodo de tiempo de mayor antigüedad o solo se indaga por cómo se sentía el día en que se aplicó el instrumento.

En la tabla 4-6 se describen los resultados de la medición de la CVRS en sus 7 dimensiones.

Tabla 4-6: Descripción de la calidad de vida relacionada con la salud

DIMENSIÓN	MEDIA	MEDIANA
Limitación física	77.6	87.5
Estabilidad de los síntomas	61.44	50
Frecuencia de los síntomas	79.67	87.5
Carga de los síntomas	82.08	91.66
Autoeficacia	88.2	100
Calidad de vida	66.27	66.66
Limitación social	69.1	75

Fuente: MOLANO BARRERA, Diana Yiseth. Investigación: Relación agencia de autocuidado y calidad de vida en personas con insuficiencia cardíaca. Bogotá. 2019.

Para comprender los resultados por cada una de las 7 dimensiones evaluadas por el instrumento a continuación se explica los aspectos que abordan cada una de ellas.

La dimensión *limitación física* hace referencia a la limitación presentada por el paciente al realizar actividades de la vida diaria tales como vestirse, ducharse, caminar una cuadra en terreno plano, realizar tareas domésticas, subir un piso por escaleras sin detenerse y trotar o caminar rápido. La dimensión *estabilidad de los síntomas* hace referencia a cambios en las molestias de IC en las últimas dos semanas tales como inflamación en los tobillos, falta de aire o fatiga. La dimensión *frecuencia de los síntomas* hace referencia a la frecuencia con que se han presentado estas molestias en las últimas dos semanas y la dimensión *carga de los síntomas* hace referencia a la molestia que le genera al paciente la presencia de estos síntomas.

La dimensión *autoeficacia* hace referencia a saber que hacer o a quien llamar en caso de presentar empeoramiento de los síntomas de IC y la comprensión de las acciones que debe realizar para evitar el empeoramiento tales como control de peso regular, restricción en el consumo de sal, entre otros. La dimensión *calidad de vida* hace referencia a la percepción de como la IC ha impedido disfrutar de la vida en las últimas dos semanas, como se sentiría el paciente al saber que tiene que vivir el resto de su vida con la IC tal y como está ahora y si se ha sentido deprimido o desanimado a causa de la IC en las últimas dos semanas. La dimensión *limitación social* hace referencia a la limitación presentada por el paciente al realizar actividades como pasatiempos o actividades recreativas, actividades domésticas o trabajo, visitas familiares y relaciones sexuales.

Como se puede observar en la tabla 4-6, las 7 dimensiones tienen puntajes que las ubican en una CVRS preservada. Se identifica que las que tuvieron un puntaje menor, sin estar por debajo de 50, son *la estabilidad de los síntomas, la calidad de vida y la limitación social*. El puntaje global resumido del instrumento incluye los puntajes de las dimensiones *limitación física, síntomas (estabilidad, frecuencia y carga), calidad de vida y limitación social*; y el resumen clínico incluye los puntajes de las dimensiones *limitación física y síntomas (estabilidad, frecuencia y carga)*. En la tabla 4-7 se observa que estas dos mediciones tienen medias cercanas, 73.34 y 78.97, al igual que las desviaciones estándar y los coeficientes de variación.

Tabla 4-7: Puntajes generales de la calidad de vida relacionada con la salud

VARIABLES	MEDIA	DESVIACIÓN	CV
Puntaje global resumido	73,3369	22,2176	30,2953
Resumen clínico	78,9720	22,6858	28,7263

Fuente: MOLANO BARRERA, Diana Yiseth. Investigación: Relación agencia de autocuidado y calidad de vida en personas con insuficiencia cardiaca. Bogotá. 2019.

En la tabla 4-8 se puede apreciar los valores de los puntajes general, clínico y por las 7 dimensiones en el general de la muestra y en aquellos participantes con CVRS preservada y afectada.

Tabla 4-8: Clasificación de resultados de la calidad de vida relacionada con la salud

	Total (n=107)	Pacientes con CVRS preservada (n=90)	Pacientes con CVRS afectada (n=17)
Resumen general	73,3369	80,98	32,82
Resumen clínico	78,972	86,7	38,08
Limitación física	77,6	84,63	37
Estabilidad de los síntomas	61,44	65	42,64
Frecuencia de los síntomas	79,67	87,8	36,64
Carga de los síntomas	82,08	89,72	41,66
Autoeficacia	88,2	89,58	80,88
Calidad de vida	66,27	72,78	31,86
Limitación social	69,1	77,85	23,28

Fuente: MOLANO BARRERA, Diana Yiseth. Investigación: Relación agencia de autocuidado y calidad de vida en personas con insuficiencia cardíaca. Bogotá. 2019.

La mayoría de los participantes (84.11%) de la muestra tuvieron su CVRS preservada. La dimensión con menor puntaje en este grupo de pacientes fue la *estabilidad de los síntomas*, seguida de la *calidad de vida*. Solo el 15.89% de la muestra tuvo su CVRS afectada, siendo la *limitación social* la dimensión más afectada seguida por la *calidad de vida*.

La literatura ha demostrado que la CVRS de los pacientes con IC es pobre en comparación con la población general e incluso comparada con otras poblaciones de pacientes con enfermedades crónicas.(2,84–87). Los resultados del presente estudio demuestran que un gran porcentaje de los participantes tienen su CVRS preservada, asemejándose a los hallazgos del estudio de Sousa et al(88), lo que podría estar asociado a la atención multidisciplinaria que recibe el paciente durante su permanencia en el programa de IC.

Para realizar una comparación con lo descrito en la literatura se toma como referencia el estudio de Comín et al(2), quienes utilizaron el mismo instrumento de medición y describen minuciosamente los resultados en cada una de sus dimensiones. Los resultados del presente estudio revelan puntajes más altos en comparación con los encontrados por dichos autores, tanto en el resumen general y clínico como en cada una de las 7 dimensiones.

Los diferentes estudios de investigación que se han realizado para evaluar la CVRS en la población de pacientes con IC han permitido identificar diferentes factores que pueden ocasionar el deterioro de esta variable y cuyos resultados podemos relacionar con las características de cada una de las dimensiones de la CVRS establecidas en el presente estudio.

Dimensión de limitación física: Wu et al (87) encontraron que el deterioro en el estado funcional se puede asociar a una mayor carga de comorbilidades y una peor CVRS. Zuluaga (21) encontró en su estudio que la mayoría de los pacientes, a causa de su salud física, se ven limitados en el tipo de trabajo o actividad que realizan.

En las dimensiones relacionadas con la presencia de síntomas (*estabilidad, frecuencia y carga*), la literatura ha definido claramente la importancia que tiene la presencia de estos y su impacto negativo en la CVRS de la persona con IC.(2,72,79,89) Incluso estudios como

el realizado por Heo et al.(90) han identificado que la presencia de síntomas físicos median la relación que puede existir entre los síntomas depresivos y la CVRS.

Dimensión de autoeficacia: llama la atención que en ambos grupos de pacientes con CVRS preservada y afectada, la *autoeficacia* es la única dimensión que no muestra cambios, manteniéndose preservada. Estos resultados están de acuerdo con el estudio de Suresh et al.(91), donde no identifican una correlación significativa entre la autoeficacia y la calidad de vida, pero contradice lo identificado por Loo et al (75) en su estudio, en el cual los niveles bajos de autoeficacia predicen una CVRS más baja.

Dimensión de calidad de vida: en esta dimensión se incluye una pregunta sobre la presencia de depresión o desanimo a causa de la enfermedad. Aunque no se puede diagnosticar a través de esta pregunta la presencia o no de depresión, si puede orientar al profesional de salud sobre la posible presencia de síntomas depresivos y establecer la necesidad de aplicar pruebas de cribado para tener certeza del diagnóstico y remitir a la especialidad correspondiente para iniciar oportunamente el tratamiento. La depresión ha sido una variable ampliamente estudiada por grupos interdisciplinarios y se ha podido identificar el impacto que ésta genera en el individuo. Diferentes investigaciones (21,28,72,89,92,93) han encontrado que un mayor nivel de ansiedad y depresión se asocia con una peor CVRS, incidiendo en mayores reingresos hospitalarios.

Dimensión de limitación social: la presencia de síntomas de IC, el deterioro de la CF, la necesidad de cumplir con restricciones en el consumo de sodio y líquidos, la polifarmacia, entre otros, son factores que pueden ocasionar que la persona con diagnóstico de IC adopte conductas que lo aíslan familiar y socialmente, que lo limitan el desarrollo de actividades recreativas o pasatiempos, le impidan desarrollar su rol laboral y que incluso puede afectar su vida sexual. Zuluaga (21) identifico en su estudio que solo el 9.6% de los participantes ha sentido que la salud física o la condición emocional ha dificultado la realización de actividades sociales.

La sexualidad es un aspecto importante en la CVRS de la persona con IC. Como resultado de efectos secundarios de la medicación como diuréticos tiacídicos, espirolactona y betabloqueadores, los hombres con IC con FEVI deprimida pueden experimentar disfunción eréctil, condición que deteriora su actividad sexual y, por ende, su CVRS.(6) Pero no solo la disfunción eréctil responde al deterioro en la actividad sexual de la persona, se han identificado otros factores que pueden influir tales como limitaciones impuestas por la enfermedad que dificultan la adopción de ciertas posiciones sexuales, la presencia de cansancio o dolor durante la relación sexual, la presencia de miedos o temores asociados al esfuerzo físico, pérdida del interés, entre otros. (94,95)

4.4 Análisis de la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida relacionada con la salud

El análisis de la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la CVRS se realizó primero a través de un análisis de la correlación general de estas dos variables, luego se determinó la correlación entre las 5 dimensiones de capacidad de agencia de autocuidado con las 7 dimensiones de CVRS a través de un análisis gráfico y numérico, finalizando con análisis complementarios de relación entre la variable CVRS y las variables sociodemográficas y clínicas.

La relación existente entre la capacidad de agencia de autocuidado y la CVRS en las personas con IC que participaron en el estudio se calculó a través del coeficiente de correlación de Spearman y el resultado fue 0,316 con un valor $p= 0.002$, intervalos de confianza de 0.129 a 0.481 con un 95% de confianza, lo que apoya que la correlación entre estas dos variables es débil pero significativa confirmando a la hipótesis planteada al inicio del estudio.

Este hallazgo se asemeja a los resultados de Zuluaga(21) quien, en un grupo de pacientes con dispositivos cardiacos implantables, evaluó la relación entre estas mismas dos

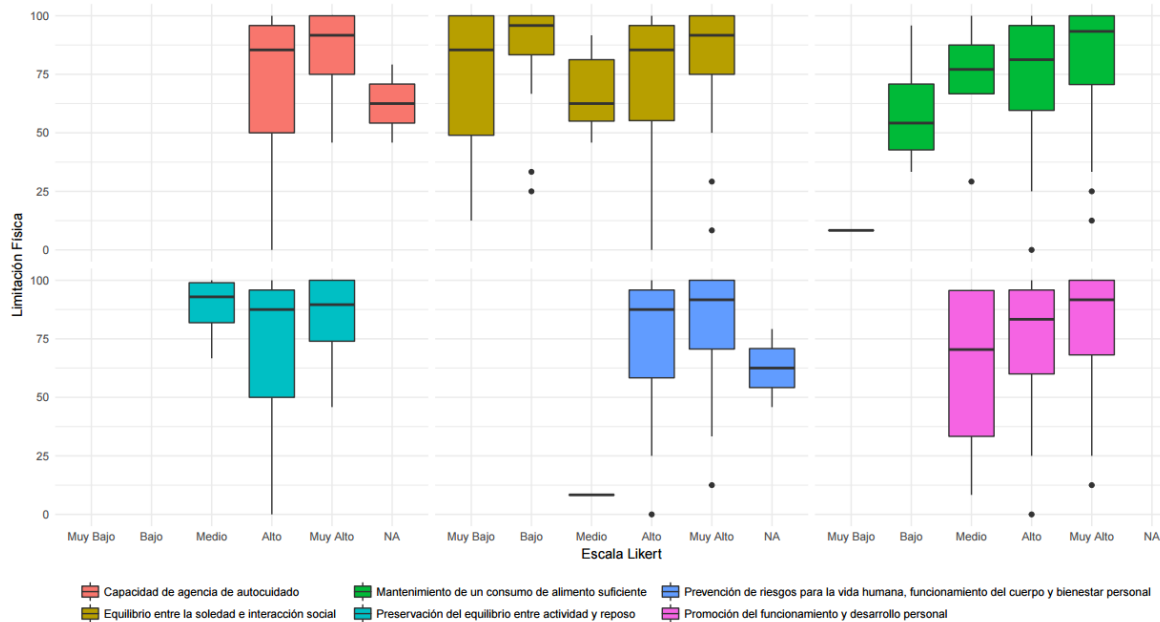
variables a través del coeficiente de correlación de Spearman con un resultado de 0,34 con un valor $p < 0,01$ que sugirió una relación débil pero positiva entre las variables. También se puede tomar de referencia el estudio de Britz y Dunn(96), cuyo objetivo fue determinar la relación existente entre el autocuidado y los indicadores de calidad de vida en pacientes con IC con hospitalización reciente y encontraron que la confianza en el autocuidado se asoció significativamente con la calidad de vida $r = 0.48, p < .01$.

4.4.1 Análisis bivariado

Para determinar la relación entre las dos variables de interés del estudio se realizó un análisis bivariado. Se tuvo en cuenta las 5 dimensiones que componen la capacidad de agencia de autocuidado junto con la valoración general en relación con las 7 dimensiones que componen la CVRS. Esta última variable se considera cuantitativa, por tal motivo, la única clasificación categórica es la de la escala Likert que se tuvo en consideración para las dimensiones de la capacidad de agencia de autocuidado.

Se generó una familia de Box plots agrupada por cada dimensión de la calidad de vida, en donde se tienen las cinco dimensiones que conforman la capacidad de agencia de autocuidado, con sus respectivos niveles, y el puntaje general de la variable. Por lo tanto, se mencionan particularidades que se pueden ver por cada dimensión de la CVRS con la capacidad de agencia de autocuidado. A continuación, se relacionan cada una de las gráficas.

Gráfica 4-3: Relación de la dimensión Limitación física y las dimensiones de la capacidad de agencia de autocuidado

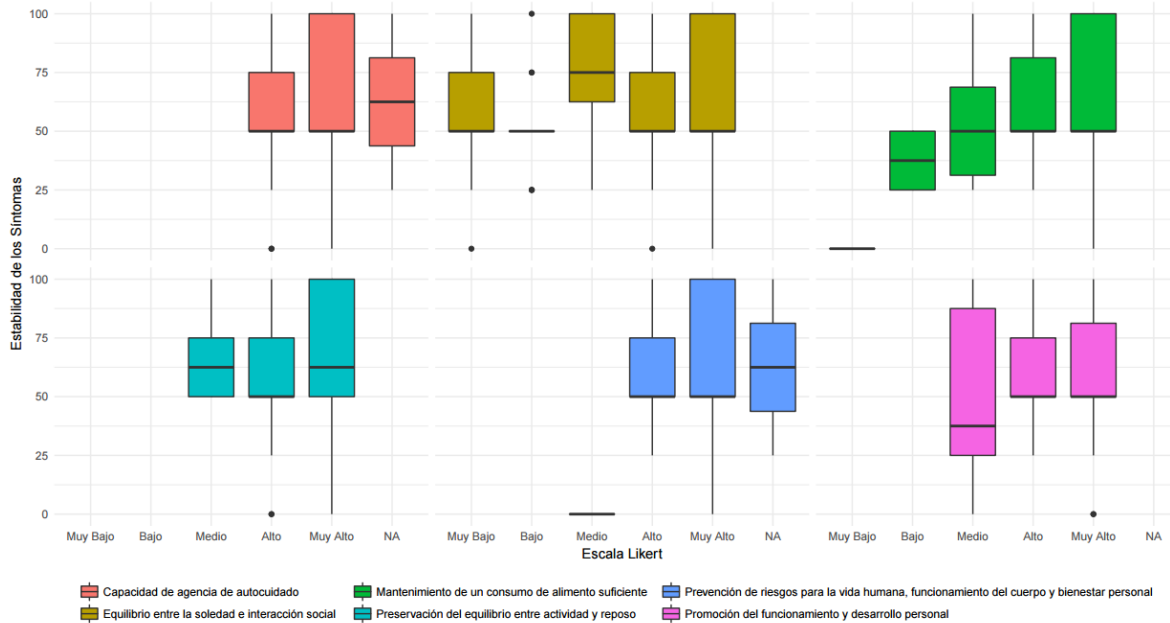


Fuente: MOLANO BARRERA, Diana Yiseth. Investigación: Relación agencia de autocuidado y calidad de vida en personas con insuficiencia cardiaca. Bogotá. 2019.

En la gráfica 4-3 se observa que la dimensión *limitación física* tiene resultados altos, pero sin asociaciones lineales con la mayoría de las dimensiones de la capacidad de agencia de autocuidado. Se encuentra que las dimensiones *Mantenimiento de un consumo de alimento suficiente* y la *promoción del funcionamiento y desarrollo personal* parecen tener una asociación lineal al ver que la mediana o línea central de la caja va en crecimiento a medida que aumenta la calificación de la dimensión de *limitación física*.

Estos hallazgos sugieren que intervenciones que contribuyan a manejar correctamente la alimentación para mantener un peso correcto y empoderar a la persona para que tenga una mayor capacidad de manejar los cambios en su situación de salud, tomar las medidas pertinentes para mantener su salud y fortalecer su red de apoyo para que este disponible cuando lo necesite el paciente, pueden contribuir a mejorar la limitación física del paciente.

Gráfica 4-4: Relación de la dimensión Estabilidad de los síntomas y las dimensiones de la capacidad de agencia de autocuidado

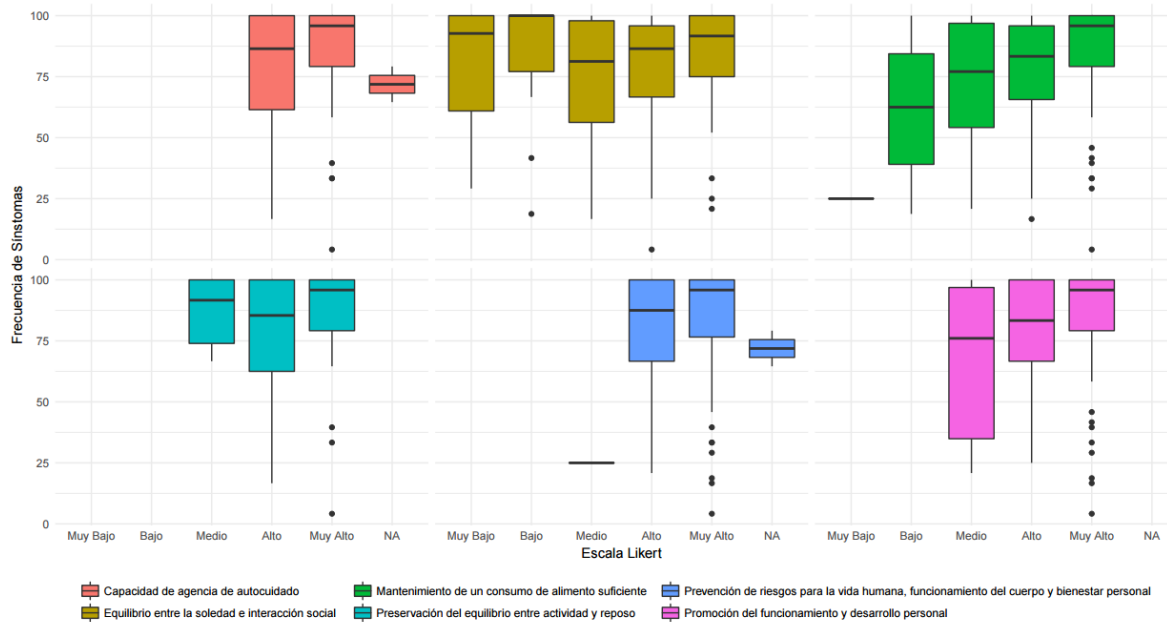


Fuente: MOLANO BARRERA, Diana Yiseth. Investigación: Relación agencia de autocuidado y calidad de vida en personas con insuficiencia cardíaca. Bogotá. 2019.

En la gráfica 4-4 no se puede percibir alguna asociación lineal pues no se encuentra un comportamiento de crecimiento o decrecimiento constante. A pesar de que el diagrama que asocia la dimensión *Estabilidad de los síntomas* con la dimensión *mantenimiento de un consumo de alimento suficiente* sugiere un crecimiento, no es confirmatorio, pues los niveles medio, alto y muy alto poseen una mediana muy similar, y lo que se observa es el aumento de sesgo de los datos.

Estos hallazgos sugieren que ninguna de las intervenciones que fortalezcan la capacidad de agencia de autocuidado influye directamente en la estabilidad de los síntomas de la IC.

Gráfica 4-5: Relación de la dimensión frecuencia de los síntomas y las dimensiones de la capacidad de agencia de autocuidado

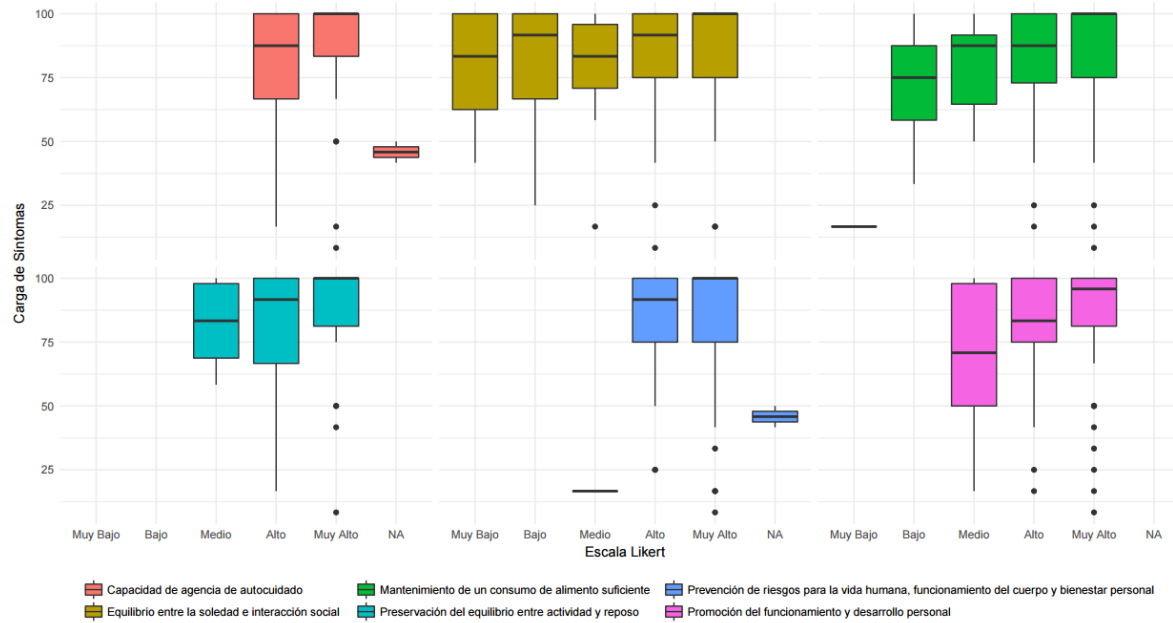


Fuente: MOLANO BARRERA, Diana Yiseth. Investigación: Relación agencia de autocuidado y calidad de vida en personas con insuficiencia cardiaca. Bogotá. 2019.

En la gráfica 4-5 se puede observar que las dimensiones *mantenimiento de un consumo de alimento suficiente* y *promoción del funcionamiento y desarrollo personal*, sugieren tener una asociación positiva, pues tanto la mediana de éstas como la medida de centralidad de la dimensión *frecuencia de síntomas* va en aumento a medida que la categoría va en aumento.

Estos hallazgos sugieren que intervenciones que contribuyan a manejar correctamente la alimentación para mantener un peso correcto y empoderar a la persona para que tenga una mayor capacidad de manejar los cambios en su situación de salud, tomar las medidas pertinentes para mantener su salud y fortalecer su red de apoyo para que este disponible cuando lo necesite el paciente, pueden contribuir a disminuir la frecuencia de los síntomas de IC.

Gráfica 4-6: Relación de la dimensión Carga de los síntomas y las dimensiones de la capacidad de agencia de autocuidado

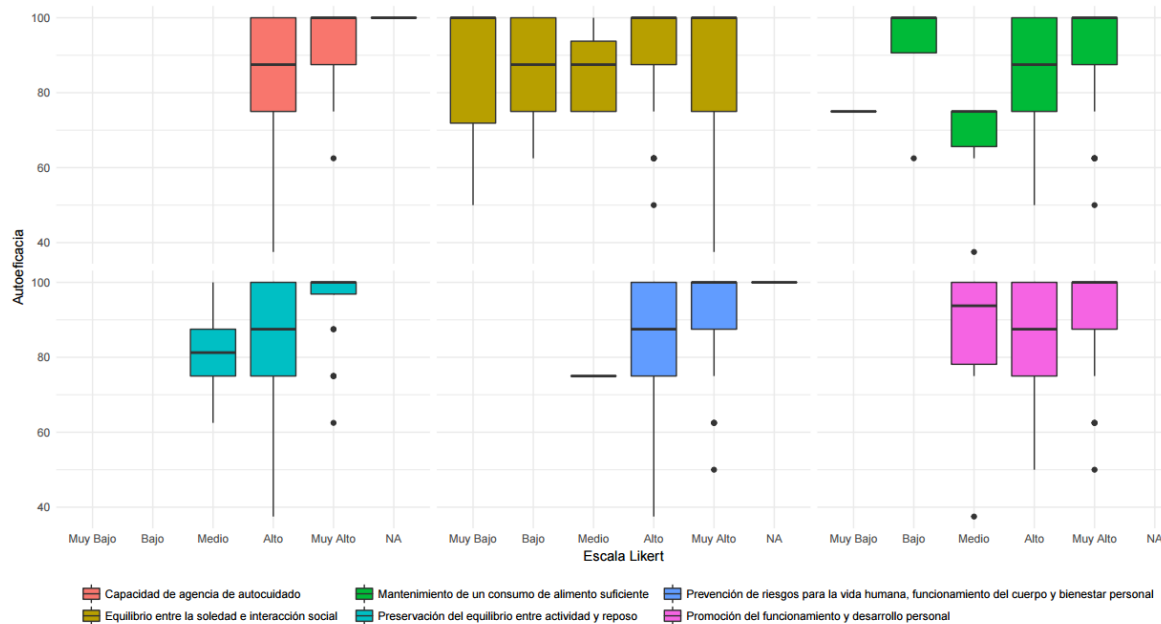


Fuente: MOLANO BARRERA, Diana Yiseth. Investigación: Relación agencia de autocuidado y calidad de vida en personas con insuficiencia cardiaca. Bogotá. 2019.

En la gráfica 4-6 se puede observar que también para la dimensión *carga de síntomas*, se identifica una asociación positiva con las dimensiones del autocuidado *mantenimiento de un consumo de alimento suficiente* y *promoción del funcionamiento y desarrollo personal*.

Estos hallazgos sugieren, al igual que en la dimensión *frecuencia de los síntomas*, que intervenciones que contribuyan a fortalecer los factores contemplados en las dimensiones de la capacidad de agencia de autocuidado que se relacionan, pueden contribuir a disminuir la carga de los síntomas de IC.

Gráfica 4-7: Relación de la dimensión Autoeficacia y las dimensiones de la capacidad de agencia de autocuidado



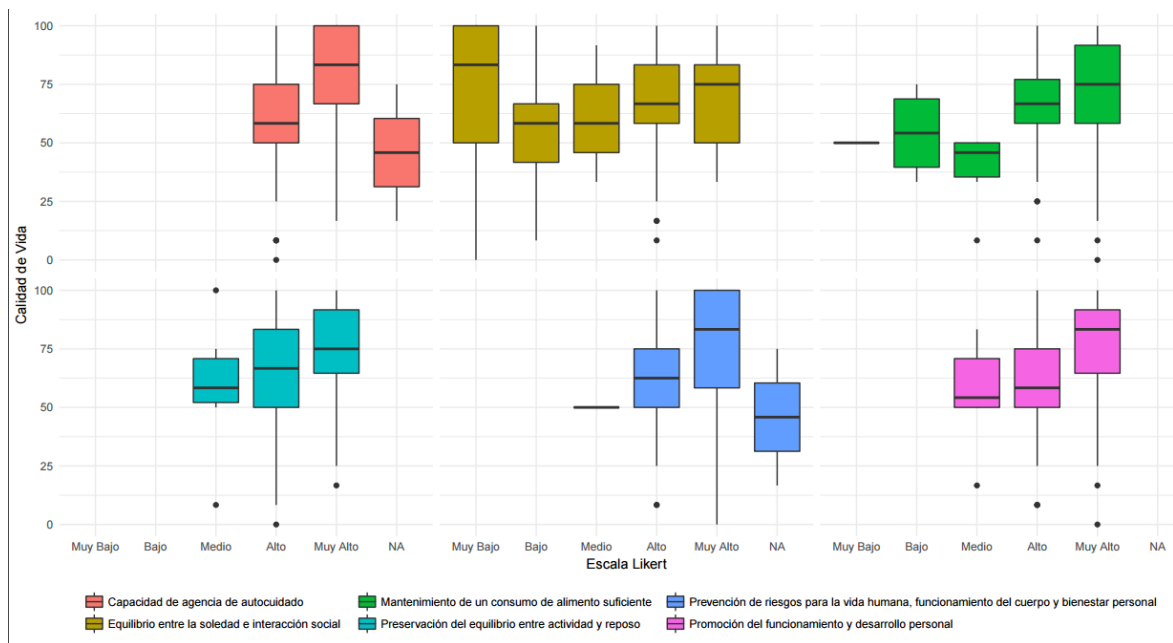
Fuente: MOLANO BARRERA, Diana Yiseth. Investigación: Relación agencia de autocuidado y calidad de vida en personas con insuficiencia cardiaca. Bogotá. 2019.

En la gráfica 4-7 se observa que las dos dimensiones de la capacidad de agencia de autocuidado que busca tener una asociación lineal con la dimensión de *autoeficacia* son *preservación del equilibrio entre actividad y reposo* y *prevención de riesgos para la vida humana, funcionamiento del cuerpo y bienestar personal*.

Estos hallazgos sugieren que intervenciones que contribuyan a realizar regularmente ejercicio, mantener un buen patrón de sueño y descanso, tener la capacidad de realizar los ajustes necesarios que le permitan cumplir con su autocuidado cuando no pueda moverse, así como la capacidad de revisar su cuerpo en búsqueda de cambios, buscar mejores formas de cuidar su salud, más aún cuando identifican que ésta se encuentra amenazada, cuestionar la efectividad de las acciones que realiza para mantener su salud, verificar las acciones de autocuidado, hacer los ajustes necesarios estableciendo

prioridades, buscar información que le permita mejorar su autocuidado y ante inquietudes buscar explicaciones, cambiar hábitos y buscar ayuda, pueden contribuir a mejorar el nivel de autoeficacia.

Gráfica 4-8: Relación de la dimensión Calidad de vida y las dimensiones de la capacidad de agencia de autocuidado

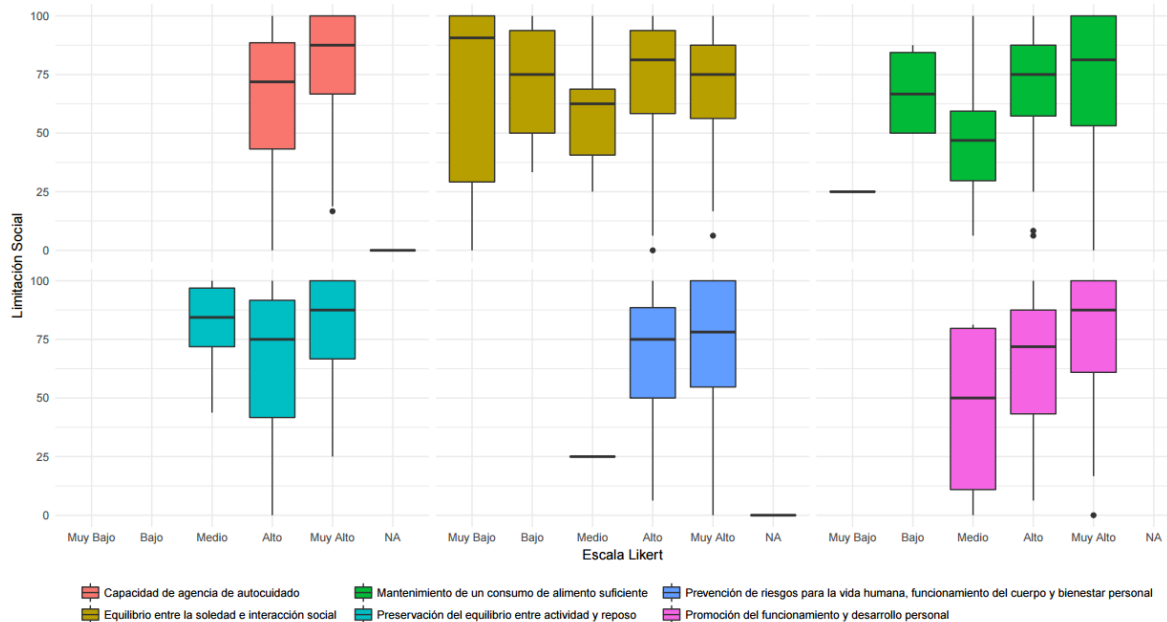


Fuente: MOLANO BARRERA, Diana Yiseth. Investigación: Relación agencia de autocuidado y calidad de vida en personas con insuficiencia cardiaca. Bogotá. 2019.

En la gráfica 4-8 se observa que las dimensiones *preservación del equilibrio entre actividad y reposo* y *promoción del funcionamiento y desarrollo personal* son las que sugieren tener una asociación lineal con la dimensión *calidad de vida*.

Estos hallazgos sugieren que intervenciones que contribuyan a fortalecer los factores contemplados en las dimensiones de la capacidad de agencia de autocuidado que se relacionan, pueden contribuir a mejorar la calidad de vida.

Gráfica 4-9: Relación de la dimensión Limitación social y las dimensiones de la capacidad de agencia de autocuidado



Fuente: MOLANO BARRERA, Diana Yiseth. Investigación: Relación agencia de autocuidado y calidad de vida en personas con insuficiencia cardiaca. Bogotá. 2019.

En la gráfica 4-9 para la dimensión Limitación social se sugiere una asociación lineal únicamente con la dimensión *promoción del funcionamiento y desarrollo personal*.

Estos hallazgos sugieren que intervenciones que contribuyan a empoderar a la persona para que tenga una mayor capacidad de manejar los cambios en su situación de salud, tomar las medidas pertinentes para mantener su salud y fortalecer su red de apoyo para que este disponible cuando lo necesite el paciente, pueden contribuir a mejorar la limitación social.

Después de haber realizado el análisis gráfico de los datos, se continúa con el análisis numérico de éstos a través del coeficiente de correlación de Spearman, para determinar

que variables poseen correlación y se justifica, en parte, la asociación que se pudo observar en las gráficas anteriores. En las tablas 4-9 y 4-10 se puede observar las correlaciones que se estimaron, junto con el p-valor de cada una. Así, donde se manejó un nivel de significancia del 5%, se resalta con negrilla aquellas correlaciones que resultaron significativas.

En la tabla 4-9 se identifica la correlación que existe entre cada dimensión de la capacidad de agencia de autocuidado con las 7 dimensiones de la CVRS.

Tabla 4-9: Correlación de las dimensiones de capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida relacionada con la salud

Variable	Tipo valor	Limitación física	Estabilidad de los síntomas	Frecuencia de los síntomas	Carga de los síntomas	Autoeficacia	Calidad de vida	Limitación social
Equilibrio entre la soledad e interacción social	Correlación	0,0446	0,1216	-0,0110	0,1055	0,0411	0,0322	0,0021
	P-valor	0,6480	0,2120	0,9103	0,2794	0,6742	0,7417	0,9832
Mantenimiento de un consumo de alimento suficiente	Correlación	0,2708	0,0916	0,2880	0,1832	0,2117	0,3148	0,1807
	P-valor	0,0048	0,3481	0,0026	0,0589	0,0286	0,0010	0,0638
Preservación de equilibrio entre actividad y reposo	Correlación	0,0705	0,1180	0,0967	0,1041	0,2683	0,1848	0,1171
	P-valor	0,4703	0,2262	0,3218	0,2862	0,0052	0,0568	0,2319
Prevención de riesgos para la vida humana, funcionamiento del cuerpo y bienestar personal	Correlación	0,1918	0,0727	0,1443	0,0923	0,2490	0,2917	0,1381
	P-valor	0,0500	0,4614	0,1420	0,3491	0,0104	0,0025	0,1599
Promoción del funcionamiento y desarrollo personal	Correlación	0,1499	0,0514	0,1959	0,1135	0,1646	0,3249	0,2272
	P-valor	0,1233	0,5992	0,0432	0,2446	0,0902	0,0006	0,0192
Total Capacidad de agencia de autocuidado	Correlación	0,2280	0,1539	0,1895	0,1952	0,2949	0,3245	0,2016
	P-valor	0,0193	0,1170	0,0529	0,0460	0,0023	0,0007	0,0391

Fuente: MOLANO BARRERA, Diana Yiseth. Investigación: Relación agencia de autocuidado y calidad de vida en personas con insuficiencia cardíaca. Bogotá. 2019.

Los resultados del análisis muestran gran similitud a los encontrados en el análisis gráfico. La dimensión *limitación física* muestra una relación significativa con la dimensión *Mantenimiento de un consumo de alimento suficiente*. La dimensión *Estabilidad de los síntomas* no mostro relación con ninguna de las dimensiones de la capacidad de agencia de autocuidado. La dimensión *frecuencia de los síntomas* con la dimensión *Mantenimiento de un consumo de alimento suficiente* y con *Promoción del funcionamiento y desarrollo personal*. La dimensión *Carga de los síntomas* con la dimensión *Mantenimiento de un consumo de alimento suficiente*. La dimensión autoeficacia con la dimensión *Preservación de equilibrio entre actividad y reposo* y la dimensión *Prevención de riesgos para la vida humana, funcionamiento del cuerpo y bienestar personal*. La dimensión *Calidad de vida* mostro una relación significativa con todas las dimensiones de la capacidad de agencia de autocuidado excepto *Equilibrio entre la soledad e interacción social*, resultado que difiere del hallazgo en el análisis gráfico, donde tenía una asociación lineal con *Preservación de equilibrio entre actividad y reposo* y *Promoción del funcionamiento y desarrollo personal*. Y finalmente la dimensión *Limitación social* mostró una relación significativa con la dimensión *Promoción del funcionamiento y desarrollo personal*, al igual que en el análisis gráfico.

Se puede identificar que la dimensión *Equilibrio entre la soledad e interacción social* no presenta ninguna correlación significativa con las dimensiones de la CVRS. Es un resultado que contradice lo descrito en la literatura, pues la IC puede incapacitar al paciente en el desarrollo de actividades que le permiten socializarse con sus familiares, amigos e incluso el hecho de retornar a su actividad laboral o la realización de las actividades domésticas, lo que secundariamente lo lleva al aislamiento social deteriorando la CVRS.

Estos resultados ratifican la importancia de diseñar e implementar intervenciones educativas orientadas a fortalecer en el paciente la apropiación de hábitos nutricionales saludables que permitan conservar su peso y cumplir con la restricción hidrosalina, la realización de actividad física y el mantenimiento de un buen patrón de sueño y descanso, el conocimiento de su cuerpo y el empoderamiento en la toma de decisiones efectivas frente a su salud.

En la tabla 4-10 se describe la correlación existente entre las 7 dimensiones de la CVRS y algunas variables sociodemográficas y clínicas. Por cuestiones de metodología, sólo se realizó análisis de las variables que son de tipo cuantitativo y cualitativo ordinal, aquellas que son de tipo cualitativo nominal carecen de análisis de correlación con una variable cuantitativa que es el tipo de variables de las dimensiones que componen la CVRS. Por tal motivo, las variables de tipo nominal se dejan reservadas para integrarlas al análisis de regresión múltiple que se mostrará al final para ver si tienen un efecto significativo o no con la variable de interés CVRS.

Tabla 4-10: Correlación de las variables sociodemográficas y clínicas y la calidad de vida relacionada con la salud

Variable	Tipo valor	Limitación física	Estabilidad de los síntomas	Frecuencia de los síntomas	Carga de los síntomas	Autoeficacia	Calidad de vida	Limitación social
EDAD	Correlación	-0,1618	0,1239	-0,1180	-0,1636	-0,2326	-0,0325	-0,1342
	P-valor	0,0959	0,2035	0,2262	0,0922	0,0159	0,7399	0,1703
FEVI	Correlación	-0,1275	0,0257	-0,0632	-0,0417	0,0904	0,0906	0,0265
	P-valor	0,1908	0,7931	0,5180	0,6694	0,3542	0,3534	0,7878
NYHA	Correlación	-0,4576	-0,0796	-0,4363	-0,4070	0,0545	-	-0,4235
	P-valor	0,0000	0,4149	0,0000	0,0000	0,5773	0,0010	0,0000
Permanencia en el programa	Correlación	-0,1375	-0,0288	-0,2034	-0,1809	-0,2037	-0,0469	0,0275
	P-valor	0,1577	0,7681	0,0356	0,0622	0,0353	0,6317	0,7799

Fuente: MOLANO BARRERA, Diana Yiseth. Investigación: Relación agencia de autocuidado y calidad de vida en personas con insuficiencia cardiaca. Bogotá. 2019.

Se puede identificar que la variable edad solo presenta una correlación significativa con la dimensión *autoeficacia*. En la literatura se ha identificado que la edad es una variable que influye en la CVRS. Algunos estudios (2,84) concluyen que los pacientes jóvenes presentan una mejor CVRS, posiblemente asociado a un mayor funcionamiento físico. Por

el contrario, hay estudios (72,79,85,97,98) cuyos resultados identifican que los pacientes con mayor edad tienen mejor CVRS, Sousa et al (88) sugieren que esta situación puede estar asociada a que los pacientes mayores tienen una mejor percepción y enfrentamiento de la enfermedad.

La FEVI no mostró ninguna correlación con las 7 dimensiones de la CVRS. Este hallazgo es contradictorio a lo que reporta la evidencia, pues la FEVI es una variable que ha demostrado impacto en la CVRS y así lo demuestran AbuRuz et al(84) en su estudio, al encontrar que una FEVI deprimida influye negativamente en la CVRS del paciente. Posiblemente este resultado pueda estar asociado a que los pacientes, en el momento de la inclusión en el estudio, contaban con estabilidad de su enfermedad manteniendo una clase funcional entre I y II según la NYHA, sumado a un proceso de adaptación a su nueva condición de salud que ha sido facilitado por la intervención multidisciplinaria.

La clase funcional, de acuerdo con la clasificación de la NYHA, mostró una correlación significativa con las dimensiones *limitación física, frecuencia de los síntomas, carga de los síntomas, calidad de vida y limitación social*. Baert et al, en su revisión sistemática, identificaron que la capacidad funcional medida a través de la clasificación de la NYHA influye en la CVRS. Este resultado se asemeja al de los otros estudios (2,28,79), en los cuales se determinó que a mayor clase funcional según NYHA peor es la CVRS.

La variable de tiempo de permanencia en el programa mostró una correlación significativa con las dimensiones *frecuencia de los síntomas, carga de los síntomas y la autoeficacia*. Esto puede estar asociado a que la intervención multidisciplinaria que recibe el paciente durante su permanencia en el programa le brinda elementos que le permiten un mejor control de los síntomas y mejora la autoeficacia.

4.4.2 Análisis de modelación

Por último, se presenta a continuación 7 modelos de regresión múltiple, cuyas variables de interés o respuesta son las 7 dimensiones de la CVRS. Para la metodología de este análisis se tuvo en cuenta todo el conjunto de variables sociodemográficas y clínicas, para buscar que efectos pueden tener para cada una de las dimensiones de la CVRS. Se definió el nivel de significancia del 5% al igual que en el análisis de correlación que ya se presentó. Se aplicó la metodología deductiva, que consiste en saturar el modelo con todas las variables de los tres conjuntos de variables, y por el alto grado de dimensionalidad se hizo una división de selección en donde se busca por AIC. Este criterio lo que busca es obtener el modelo que cumpla con el principio de la parsimonia, y de encontrar conjuntamente aquel que mejor describa los datos, así, los resultados presentados a continuación son el modelo obtenido finalmente.

Tabla 4-11: Relación de las variables sociodemográficas y clínicas con la dimensión Limitación física

<i>Limitación Física</i>	Coefficiente	Error Estándar	Estadístico	P-Valor
Intercepto	-1.50766	20.70009	-0.073	0.94209
Edad 25 - 50	70.77381	24.11787	2.934	0.00417
Edad 50 - 75	67.41951	23.71358	2.843	0.00545
Edad > 75	49.25573	24.16081	2.039	0.04420
Masculino	8.78534	4.39843	1.997	0.04859
Permanencia en el Programa	-0.16925	0.08109	-2.087	0.03948
Intervención por nutrición	19.41340	12.11461	1.602	0.11230
NYHA II	-5.01427	4.63690	-1.081	0.28221
NYHA III	-38.48142	7.73018	-4.978	2.79e-06
NYHA IV	-49.61590	14.75005	-3.364	0.00110
Error Estándar residual: 19.93 con 97 grados de libertad				
Múltiple R-Cuadrado: 0.4265, R-Cuadrado Ajustado: 0.3733				
Estadístico F: 8.016 con 9 y 97 GL, P-Valor: 8.661e-09				

Fuente: MOLANO BARRERA, Diana Yiseth. Investigación: Relación agencia de autocuidado y calidad de vida en personas con insuficiencia cardiaca. Bogotá. 2019.

Se presenta en la tabla 4-11 los resultados del modelo para la dimensión *limitación física*, para la cual las variables edad, sexo, tiempo de permanencia en el programa, intervención por nutrición y la clasificación de la NYHA, son las variables que mejor la explican. En edad obtenemos 3 de los 4 rangos que la componen, pues se tiene que el intercepto absorbe esta media; para el sexo se tiene sólo masculino, pues el femenino también esta absorbido por el intercepto. Cuando la variable tiempo de permanencia en el programa aumenta un mes disminuye -0.16925 la media de limitación física, lo que indica que ha mayor tiempo de permanencia en el programa menor limitación física. Y, por último, se tienen dos variables intervención por nutrición y la clasificación de la clase funcional según NYHA que presentan el mismo comportamiento de la edad.

Tabla 4-12: Relación de las variables sociodemográficas y clínicas con la dimensión Estabilidad de los síntomas

<i>Estabilidad de los síntomas</i>	Coeficiente	Error Estándar	Estadístico	P-Valor
Intercepto	55.769	4.233	13.175	<2e-16
Cuidador	8.937	5.310	1.683	0.0953
Error Estándar Residual: 26.43 con 105 grados de libertad				
Múltiple R-Cuadrado: 0.02627, R-Cuadrado Ajustado: 0.017				
Estadístico F: 2.833 con 1 y 105 GL, P-Valor: 0.09533				

Fuente: MOLANO BARRERA, Diana Yiseth. Investigación: Relación agencia de autocuidado y calidad de vida en personas con insuficiencia cardiaca. Bogotá. 2019.

Para la dimensión *estabilidad de los síntomas* se encontró que la variable cuidador es la única que busca describir el modelo, disponer de éste aumenta en 8.937 la calificación de la estabilidad de los síntomas.

Tabla 4-13: Relación de las variables sociodemográficas y clínicas con la dimensión Frecuencia de los síntomas

<i>Frecuencia de los síntomas</i>	Coefficiente	Error Estándar	Estadístico	P-Valor
Intercepto	85.708	18.962	4.520	1.73e-05
Edad 25 - 50	-8.568	22.555	-0.380	0.70487
Edad 50 - 75	-13.500	22.194	-0.608	0.54442
Edad > 75	-23.805	22.647	-1.051	0.29577
Permanencia en el Programa	-0.249	0.076	-3.276	0.00145
Intervención por nutrición	23.985	11.185	2.144	0.03447
NYHA II	-6.696	4.270	-1.568	0.12004
NYHA III	-58.755	7.158	-8.208	9.12e-13
NYHA IV	-26.286	13.813	-1.903	0.05997
Error Estándar Residual: 18.68 con 98 grados de libertad				
Múltiple R-Cuadrado: 0.4772, R-Cuadrado Ajustado: 0.4346				
Estadístico F: 11.18 con 8 y 98 GL, P-Valor: 4.036e-11				

Fuente: MOLANO BARRERA, Diana Yiseth. Investigación: Relación agencia de autocuidado y calidad de vida en personas con insuficiencia cardiaca. Bogotá. 2019.

Para la dimensión *frecuencia de los síntomas* se tiene que las variables que mejor la describen son la edad y la clase funcional según la NYHA, teniendo un comportamiento similar. En cuanto al tiempo de permanencia en el programa, por cada mes que aumenta se espera que disminuya la frecuencia de los síntomas en -0.249. La intervención por nutrición también la explica esta dimensión.

Tabla 4-14: Relación de las variables sociodemográficas y clínicas con la dimensión Carga de los síntomas

Carga de Síntomas	Coefficiente	Error Estándar	Estadístico	P-Valor
Intercepto	109.81185	17.06748	6.434	4.58e-09
Edad 25 - 50	-34.07076	20.30068	-1.678	0.0965
Edad 50 - 75	-37.97387	19.97618	-1.901	0.0602
Edad > 75	-51.91042	20.38366	-2.547	0.0124
Permanencia en el Programa	-0.22818	0.06841	-3.336	0.0012
Intervención por nutrición	25.31593	10.06728	2.515	0.0135
NYHA II	-4.56014	3.84292	-1.187	0.2382
NYHA III	-56.15222	6.44304	-8.715	7.39e-14
NYHA IV	-31.98244	12.43260	-2.572	0.0116
Error Estándar Residual: 16.81 con 98 grados de libertad				
Múltiple R-Cuadrado: 0.5227, R-Cuadrado Ajustado: 0.4837				
Estadístico F: 13.41 con 8 y 98 GL, P-Valor: 6.105e-13				

Fuente: MOLANO BARRERA, Diana Yiseth. Investigación: Relación agencia de autocuidado y calidad de vida en personas con insuficiencia cardiaca. Bogotá. 2019.

Para la dimensión *carga de los síntomas*, se tiene que las variables edad, tiempo de permanencia en el programa, la intervención por nutrición y la clasificación de la NYHA son las que mejor la describen.

Tabla 4-15: Relación de las variables sociodemográficas y clínicas con la dimensión Autoeficacia

Autoeficacia	Coefficiente	Error Estándar	Estadístico	P-Valor
Intercepto	86.76869	16.40982	5.288	7.53e-07
Edad 25 - 50	-15.22273	13.67505	-1.113	0.26836
Edad 50 - 75	-18.18713	13.49595	-1.348	0.18089
Edad > 75	-29.48450	14.02367	-2.102	0.03807
Permanencia en el programa	-0.14268	0.05365	-2.660	0.00914
Intervención por enfermería	19.36668	9.73093	1.990	0.04935
NYHA II	8.02863	3.00599	2.671	0.00886
NYHA III	-6.40761	5.16649	-1.240	0.21785
NYHA IV	10.85492	9.76188	1.112	0.26887
Error Estándar Residual: 13.2 con 98 grados de libertad				
Múltiple R-Cuadrado 0.2497, R-Cuadrado Ajustado:0.1885				
Estadístico F: 4.077 con 8 y 98 GL, P-Valor: 0.0003186				

Fuente: MOLANO BARRERA, Diana Yiseth. Investigación: Relación agencia de autocuidado y calidad de vida en personas con insuficiencia cardiaca. Bogotá. 2019.

Para la dimensión de *autoeficacia* las variables que mejor la describen son la edad, el tiempo de permanencia en el programa, la intervención de enfermería y la clase funcional según la NYHA. Se observa que hay dos efectos positivos que aumentan la media de autoeficacia que son la clase funcional II y IV.

Tabla 4-16: Relación de las variables sociodemográficas y clínicas con la dimensión Calidad de vida

<i>Calidad de Vida</i>	Coefficiente	Error Estándar	Estadístico	P-Valor
Intercepto	69.530	14.923	4.659	9.81e-06
Intervención por nutrición	33.740	16.067	2.100	0.0382
Intervención por psicología	-28.557	14.026	-2.036	0.0444
NYHA II	-7.233	5.098	-1.419	0.1590
NYHA III	-39.527	8.635	-4.578	1.35e-05
NYHA IV	-20.546	16.544	-1.242	0.2172
NYHA No Valorable	-7.639	28.070	-0.272	0.7861
Error Estándar Residual: 22.63 con 100 grados de libertad				
Múltiple R-Cuadrado: 0.2276, R-Cuadrado Ajustado: 0.1813				
Estadístico F: 4.912 con 6 y 100 GL, P-Valor: 0.0001932				

Fuente: MOLANO BARRERA, Diana Yiseth. Investigación: Relación agencia de autocuidado y calidad de vida en personas con insuficiencia cardiaca. Bogotá. 2019.

En la dimensión *calidad de vida* se observa que las variables que mejor la explican son la intervención por nutrición, la intervención por psicología y la clase funcional según NYHA. Se identifica que en la relación de esta dimensión se rompe el esquema de las anteriores dimensiones en donde se observaba que la variable edad y tiempo de permanencia en el programa resultaban incluyéndose.

Tabla 4-17: Relación de las variables sociodemográficas y clínicas con la dimensión limitación social.

<i>Limitación Social</i>	Coeficiente	Error Estándar	Estadístico	P-Valor
Intercepto	31.374	20.144	1.557	0.12265
Empleado	27.012	9.731	2.776	0.00662
Estudiante	-36.044	25.443	-1.417	0.15983
Hogar	13.580	9.286	1.462	0.14687
Independiente	21.911	8.919	2.457	0.01582
Pensionado	7.375	9.330	0.790	0.43121
Intervención por enfermería	35.920	17.586	2.043	0.04384
NYHA II	-13.484	5.401	-2.497	0.01424
NYHA III	-43.087	9.556	-4.509	1.84e-05
NYHA IV	-46.425	17.944	-2.587	0.01117
Error Estándar Residual: 23.86 con 96 grados de libertad				
Múltiple R-Cuadrado: 0.373, R-Cuadrado Ajustado: 0.3142				
Estadístico F: 6.344 con 9 y 96 GL, P-Valor: 5.16e-07				

Fuente: MOLANO BARRERA, Diana Yiseth. Investigación: Relación agencia de autocuidado y calidad de vida en personas con insuficiencia cardiaca. Bogotá. 2019.

Por último, vemos el resultado de modelación de la dimensión *limitación social*, en donde la ocupación, la intervención por enfermería y la clasificación de la NYHA son las variables que mejor explican esta dimensión.

Para juzgar cada modelo, se puede ver estadísticas adicionales que están debajo de cada tabla de variables:

- Error estándar residual: es la varianza que tiene el modelo, es decir, es la medida de incertidumbre que posee el modelo, el cual se puede utilizar para estimar los intervalos de confianza al estimar una media definida.

- Múltiple R-cuadrado y R-cuadrado ajustado: son variables que sirven para medir el grado de asociación del modelo con respecto a los datos. Este indicador, mientras más cercano a uno sea el modelo mejor explica los datos, y viceversa, cuando este más cercano a cero, el modelo no logra el objetivo de explicar los datos.
- Estadístico F y p-valor: el estadístico f es un estadístico que se estima para ver si el modelo realmente sirve para explicar la variabilidad de los datos, en donde se puede resolver en el p-valor de este resultado la hipótesis que es definida para sacar este estadístico es:

H₀: El modelo no absorbe la variabilidad de los datos

vs

H₁: El modelo absorbe la variabilidad de los datos

Así, se logra ver con un nivel de significancia del 5% que los modelos presentados de orden 1, 3, 4, 5, 6, 7 y 8, se rechazó H_0 a favor de H_1 , en donde el modelo es apto para explicar el conjunto de datos o variable de interés, pero el modelo presentado de orden 2, en el que se relacionan las variables sociodemográficas y clínicas con la dimensión Estabilidad de los síntomas, no rechazó la hipótesis nula.

Los resultados obtenidos en los análisis descriptivo, bivariado y multivariado permiten identificar hallazgos relevantes que orientan al profesional de enfermería para el desarrollo de intervenciones que permitan mejorar la capacidad de agencia de autocuidado y la CVRS en las personas con IC. Estos hallazgos incluyen:

- En la caracterización sociodemográfica y clínica de la muestra se identificó un porcentaje importante de participantes en rango de edad de 26 a 50 años, población con necesidades y intereses particulares. La mayoría de los participantes se

encuentran laboralmente activos. Tienen un nivel de educación media y superior que facilitan los procesos de atención y educación. La clase funcional se mantuvo en la clasificación I y II según la NYHA. El 42% de los participantes no tenían comorbilidades asociadas. Más del 90% han recibido intervención por parte de enfermería, nutrición y psicología. El tiempo de permanencia en el programa tuvo una media de 12 meses. Variables que adquieren importancia dentro del análisis multivariado.

- La capacidad de agencia de autocuidado se encuentre en las categorías muy alto y alto, resultados que pueden estar asociados a la intervención multidisciplinaria del programa de IC y al nivel educativo.
- La mayoría de los participantes tuvieron su CVRS preservada con un puntaje de 73,3. La dimensión con mayor puntaje fue la de *autoeficacia* y la de menor puntaje fue la *estabilidad de los síntomas*, seguida de la *calidad de vida*. En el grupo con CVRS afectada, la *limitación social* fue la dimensión más afectada seguida por la *calidad de vida*.
- La relación existente entre la capacidad de agencia de autocuidado y la CVRS, según el coeficiente de correlación de Spearman, fue 0,316 con un valor $p=0.002$, intervalos de confianza de 0.129 a 0.481 con un 95% de confianza, demostrando una correlación entre estas dos variables débil pero significativa
- Los resultados del análisis bivariado, tanto gráfico como numérico, muestran que las dimensiones de capacidad de agencia de autocuidado que tienen mayor relación con las dimensiones de CVRS son *Promoción del funcionamiento y desarrollo personal* y el *Mantenimiento del consumo de alimento suficiente*. Las relaciones identificadas sugieren que intervenciones que contribuyan a manejar correctamente la alimentación para mantener un peso correcto, empoderar a la persona para que tenga una mayor capacidad de manejar los cambios en su situación de salud, tomar las medidas pertinentes para mantener su salud, fortalecer su red de apoyo, realizar regularmente ejercicio, mantener un buen patrón de sueño y descanso, tener la capacidad de realizar los ajustes necesarios que le

permitan cumplir con su autocuidado cuando no pueda movilizarse, así como la capacidad de revisar su cuerpo en búsqueda de cambios, buscar mejores formas de cuidar su salud, más aún cuando identifican que esta se encuentra amenazada, cuestionar la efectividad de las acciones que realiza para mantener su salud, verificar las acciones de autocuidado, hacer los ajustes necesarios estableciendo prioridades, buscar información que le permita mejorar su autocuidado y ante inquietudes buscar explicaciones, cambiar hábitos y buscar ayuda, pueden contribuir a mantener una CVRS preservada. Estos resultados ratifican la importancia de diseñar e implementar intervenciones educativas orientadas a fortalecer en el paciente la apropiación de hábitos nutricionales saludables que permitan conservar su peso y cumplir con la restricción hidrosalina, la realización de actividad física y el mantenimiento de un buen patrón de sueño y descanso, el conocimiento de su cuerpo y el empoderamiento en la toma de decisiones efectivas frente a su salud.

- En el análisis bivariado de la relación entre CVRS y las variables sociodemográficas y clínicas se identificó que las únicas variables que mostraron correlación fueron clase funcional según NYHA, la edad y el tiempo de permanencia en el programa.
- En el análisis de modelación se identificó que las variables sociodemográficas que mejor explicaron las dimensiones de CVRS fueron la edad, la ocupación, la disponibilidad de cuidador, el tiempo de permanencia en el programa y el tipo de intervención en el programa, y única variable clínica fue la clase funcional según NYHA.

5. Conclusiones, recomendaciones y limitaciones

5.1 Conclusiones

El presente estudio confirmó la hipótesis de investigación al determinar, según el coeficiente de correlación de Spearman de 0,316, que la capacidad de agencia de autocuidado y la CVRS en la persona con IC que es atendida en programas multidisciplinarios de IC se relacionan débil pero significativamente. Lo que se reafirma con los resultados de los análisis de correlación de las dimensiones que conforman estas dos variables. Se requiere el desarrollo de un número mayor de estudios en esta población que evalúen el mismo fenómeno y permitan determinar si la correlación identificada en este estudio también se mantiene en otros escenarios de atención.

La caracterización de la muestra del estudio presenta, a nivel general, similitudes con lo reportado en la evidencia científica. Sin embargo se considera importante resaltar el hallazgo de un porcentaje significativo de personas jóvenes, que por sus características, requieren de intervenciones ajustadas a sus necesidades e intereses. Es necesario que enfermería fortalezca las estrategias actuales para lograr que los pacientes jóvenes adopten estilos de vida saludable que favorezcan la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, partiendo por el control de los factores de riesgo cardiovascular.

Adicionalmente, la caracterización de la muestra del presente estudio refuerza la importancia de una valoración integral de la persona con IC que involucre su condición física, emocional, social y cognitiva para determinar los factores que puedan afectar negativamente la capacidad de agencia de autocuidado y la CVRS y que son susceptibles

de ser intervenidos a través de diferentes estrategias desarrolladas por el profesional de enfermería.

La capacidad de agencia de autocuidado se mantuvo en las categorías alto y muy alto en el 98% de los participantes. La CVRS estuvo preservada en el 84.11%. Estos resultados pueden estar asociados a la intervención multidisciplinaria que el paciente recibe en el programa de IC, lo que justifica la replicación de las intervenciones con abordaje integral y modelos de atención multidisciplinaria en otros niveles de atención y en diferentes contextos, donde el profesional de enfermería tiene un papel protagónico al liderar este tipo de procesos.

Los hallazgos en el análisis bivariado y multivariado permiten deducir la pertinencia de abordar temáticas específicas como la alimentación saludable, la realización de actividad física, sueño y descanso, el conocimiento de su cuerpo, el empoderamiento de la persona para el afrontamiento de los cambios en su situación de salud y la toma de decisiones. Contemplarlas en el diseño e implementación de las estrategias de intervención que enfermería ha desarrollado, tales como las sesiones educativas presenciales, el seguimiento telefónico, el uso de las TICs, intervenciones intrahospitalarias, entre otras, puede mejorar su impacto positivo en la capacidad de agencia de autocuidado y la CVRS de la persona con IC. En el diseño de dichas intervenciones, el soporte teórico de la disciplina ofrece una base sólida y un direccionamiento claro que permite que cada acción de cuidado de enfermería que se desarrolle logre los objetivos esperados, cualificando la práctica profesional.

5.2 Recomendaciones

Es necesario fortalecer la formación académica en pregrado y postgrado que le permita al profesional de enfermería brindar un cuidado de calidad a la persona con IC en diferentes niveles de atención en salud y que lo empodere para lograr una participación activa en la construcción de modelos de atención y políticas de salud dirigidas a mejorar la prestación

de servicios de salud a esta población en Colombia. También, se debe contemplar la educación continuada, al ser una herramienta clave que contribuye a la cualificación del profesional de enfermería cuando no cuenta con la posibilidad de acceder a la formación de postgrado y que le permite la actualización permanente, independiente de su ubicación geográfica.

Teniendo en cuenta la situación actual de acceso a los servicios de atención especializada en IC, es necesario que el profesional de enfermería se capacite y que, a partir del conocimiento disciplinar, brinde una atención integral a las personas con esta patología en diferentes escenarios, lo que contribuiría a lograr una mejor cobertura de atención en salud.

Es necesario aumentar el cuerpo de conocimientos de la disciplina a través del desarrollo de diferentes estudios de investigación en este tipo de población. Se plantean como propuesta la determinación de la correlación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la CVRS en pacientes que no estén vinculados a programas multidisciplinarios de IC, con condiciones diferentes de atención e incluso en zonas geográficas distintas, y poder establecer si el comportamiento de estas dos variables varía y si su relación se mantiene; el desarrollo de estudios longitudinales que permitan evaluar el comportamiento de estas dos variables en el tiempo y estudios cuasi-experimentales que puedan evaluar el efecto de intervenciones de enfermería sobre estas dos variables.

Teniendo en cuenta que el presente estudio tomó un rango amplio de edad, sería interesante el desarrollo de estudios con rangos de edad reducidos, en los que se pueda evaluar el comportamiento y la relación entre las dos variables de interés. Igualmente, realizar estudios que evalúen la influencia del periodo de tiempo de permanencia del paciente en un programa de seguimiento de IC, pues en la actualidad los estudios desarrollados evalúan periodos cortos de intervención y el hallazgo del presente estudio pone en evidencia el beneficio que genera mantener un seguimiento superior a los 3 meses.

También es necesario el desarrollo de estudios que evalúen las propiedades psicométricas del Cuestionario de Cardiomiopatía de Kansas City (KCCQ) en la población colombiana, lo que permitirá ampliar su uso en estudios de investigación de enfermería con pacientes con IC.

Evaluar el autocuidado en pacientes con IC amerita el desarrollo de estudios de investigación más robustos que involucren la evaluación de otras variables adicionales a la capacidad de agencia de autocuidado y cuyos resultados permitan comprender mejor este fenómeno y tener una visión más amplia de los factores que pueden influir en el nivel de autocuidado. Esto permitirá el desarrollo de planes de cuidado de enfermería ajustados a las características del individuo y que tendrán mayor acogida por parte del paciente.

La CVRS, al ser un indicador de resultado de los procesos de atención en los pacientes con diagnóstico de IC, amerita que enfermería lidere la generación de conocimiento sobre este fenómeno, a través del desarrollo de diferentes investigaciones que permitan conocer a fondo sus características y los factores que influyen en su deterioro en la población colombiana y determinar las estrategias y acciones que se pueden implementar para disminuir su deterioro.

5.3 Limitaciones


A pesar de cumplir con el rigor estadístico para el cálculo de la muestra, se considera que su tamaño fue reducido. Por lo tanto, se sugiere contemplar una muestra más representativa en el desarrollo de otras investigaciones que quieran determinar la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la CVRS.

El estudio se desarrollo con pacientes que se encuentran vinculados a un programa multidisciplinario de IC, escenario ideal, lo que no permitió conocer la relación que puede

existir entre las dos variables de interés en pacientes que son atendidos de la manera convencional.

A. Anexo: Consentimiento informado para la participación en el estudio

Departamento de Enfermería
Facultad de Enfermería
Sede Bogotá

 UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

A. Consentimiento informado para la participación en el estudio.

Institución: Clínica Universitaria Colombia

Título del estudio: RELACIÓN ENTRE CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PERSONAS CON INSUFICIENCIA CARDIACA.

Esta investigación va dirigida a las personas con insuficiencia cardiaca que son atendidos en el programa multidisciplinario de insuficiencia cardiaca de la Clínica Universitaria Colombia en la ciudad de Bogotá, Colombia.


El presente documento es una invitación a participar en la investigación realizada por la enfermera Diana Yiseth Molano Barrera, estudiante de Maestría en enfermería con énfasis en salud cardiovascular de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Esta investigación tiene una duración de 2 meses y tiene como objetivo describir la relación existente entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida relacionada con la salud en las personas con insuficiencia cardiaca.

Los instrumentos que serán utilizados en la investigación son la escala **ASA (Appraisal of Self-Care Agency scale)** la cual permite determinar la capacidad de agencia de autocuidado, escala que fue modificada por un grupo de docentes de la facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y validada en diferentes tesis de grado de la misma institución; y el **KCCQ (Cuestionario de Cardiomiopatía de Kansas City)** el cual permite determinar la calidad de vida relacionada con la salud, fue elaborado por un grupo de investigadores norteamericanos, validado al español.

Le será entregada una cartilla que consta de un cuestionario que incluye preguntas relacionadas con sus datos sociodemográficos y su condición de salud y los dos instrumentos de valoración **ASA (Appraisal of Self-Care Agency scale)** y **KCCQ (Cuestionario de Cardiomiopatía de Kansas City)**. Antes de decidir participar en el estudio e iniciar con el diligenciamiento del cuestionario y los instrumentos de valoración, asegúrese de haber entendido la totalidad de la información proporcionada por la investigadora, y ante cualquier inquietud que se genere, no dude en preguntarla. El diligenciamiento del cuestionario e instrumentos le tomará aproximadamente de 30 minutos. Estos se diligenciarán solo una vez durante la duración de la investigación, cuando la investigadora constatare que usted ha sido diagnosticado con insuficiencia cardiaca por parte del médico cardiólogo.

Patrimonio
de todos
los colombianos

SESQUICENTENARIO
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA



Departamento de Enfermería
Facultad de Enfermería
Sede Bogotá



Es importante informarle que su participación es voluntaria y podrá retirarse del proyecto en el momento que usted lo considere necesario. Los datos que usted entregue cuando diligencie el cuestionario y los instrumentos, serán manejados dando cumplimiento al principio de confidencialidad. La investigadora garantiza la privacidad y la protección de su identidad en el manejo de los datos en las diferentes fases del estudio, desde la recolección hasta la publicación de los resultados. La información recolectada será codificada y se utilizará con fines exclusivamente académicos. La investigadora recopilará la información en una base de datos protegida a la cual solo tendrá acceso ella o el director de tesis y se preservarán los datos por un periodo de 2 años.

Los resultados obtenidos serán compartidos con los participantes, podrán ser divulgados en eventos académicos y publicaciones de artículos científicos. Lo cual puede generar beneficios, en relación con el diseño y aplicación de nuevas intervenciones que permitan mejorar la calidad de vida de las personas que tienen insuficiencia cardiaca.

La participación en el estudio no generará ningún tipo de compensación ni retribución, así también ningún costo, es absolutamente voluntaria por lo que usted podrá retirarse de la investigación en el momento que desee, sin que esto afecte su atención ni prestación de servicios dentro de la institución.

Podemos definir este estudio como una investigación sin riesgo para los participantes, ni alteraciones a nivel físico ni emocional, por tratarse de un estudio correlacional y en base a lo descrito en la resolución 8430 del 93 la cual rige la investigación en salud en Colombia.

La presente investigación fue avalada por el comité de ética de la facultad de enfermería, de la Universidad Nacional de Colombia y comité de ética institucional donde se desarrolla esta investigación. Para más información sobre el aval ético de la presente investigación puede contactarse con el COMITÉ DE ÉTICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA: correo electrónico: ugi_febog@unal.edu.co. Teléfono de contacto: 316 5000 Ext: 17020 y el COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DE LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SANITAS. Presidente del Comité de Ética Doctor Eduardo Low. Correo electrónico: comiteetica@unisanitas.edu.co. Teléfono de contacto: 5895377 Ext: 5179901.

En consideración a lo anterior, si comprendió, creé que recibí suficiente información y decide voluntariamente participar, diligencie los siguientes espacios:

Yo _____ he leído y entendido el contenido de la hoja guía para la información de los participantes. He recibido suficiente información sobre el estudio, comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera y sin tener que dar explicaciones y voluntariamente acepto participar en este estudio.

SESQUICENTENARIO
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA



Patrimonio
de todos
los colombianos

Departamento de Enfermería
Facultad de Enfermería
Sede Bogotá



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Nombres y Apellidos

Firma _____ Fecha _____

Firma de la investigadora

Investigadora: Enfermera Diana Yiseth Molano Barrera
Correo electrónico: dymolanob@unal.edu.co Celular: 3195569329

Directora de tesis: Doctora Renata Virginia González Consuegra
Teléfono de contacto 316 5000 Ext 17001 Correo electrónico: rvgonzalezc@unal.edu.co

Patrimonio
de todos
los colombianos

B. Anexo: Autorización de uso de los instrumentos de medición.

Diana Yiseth Molano Barrera <dymolanob@unal.edu.co>

11 sept. ☆ ↶

para Virginia, Posgrados ▾

Buenas tardes a todos

Reciba un cordial saludo.

Actualmente estoy estudiando la maestría en enfermería II matrícula y el fenómeno de investigación de la tesis de grado que voy a realizar es determinar la relación entre capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con insuficiencia cardíaca que son atendidos en la institución donde actualmente laboro.

Como instrumento para la medición de la capacidad de agencia de autocuidado escogí el ASA (appraisal of self-care agency scale) el cual fue desarrollado por Isemberg y Evers, traducida al español por Gallego y modificado por la profesora Edilma Gutierrez y un grupo de docentes de la facultad. Establecí comunicación por e-mail y telefónica con la profesora Edilma quien me informa que hace aproximadamente 2 años emitió una carta dirigida a la facultad donde autorizaba el uso de dicho instrumento en los trabajos de investigación de los estudiantes de la facultad.

Por tal motivo me dirijo a ustedes para solicitar su autorización y poder utilizar este instrumento en su versión modificada para el desarrollo de mi tesis de grado.

De antemano le agradezco su atención y la valiosa colaboración que me pueda brindar.

Cordialmente

Diana Molano



Posgrados del Área Curricular de Enfermería

Apreciada Diana

Atento saludo, de acuerdo a su comunicación, adjunto me permito enviar la autorización emitida por la profesora Edilma de Reales.

Cordialmente,

VIRGINIA INÉS SOTO LESMES

Coordinadora Posgrados Área Curricular de Enfermería


Facultad de Enfermería


Sede Bogotá

Universidad Nacional de Colombia


Carrera 30 No. 45-03, Edificio 228, Oficina 4-04.


Conmutador: (57-1) 316 5000 Ext. 17044 - 17047 - 17051


 **Spertus, John** <spertusj@umkc.edu> 28 ago. ☆ ↶
para Stan, mi ▾

 inglés ▾ > español ▾ [Ver mensaje original](#) [No traducir automáticamente los mensajes escritos en](#)

Querida Diana,
Yo soy el programador original de KCCQ. Por favor, vaya a www.cvoutcomes.org para registrarse y solicitar los idiomas que necesita. Se cobrará una tarifa muy nominal para los estudiantes como usted, pero por favor, háganos saber si esto es un problema. Gracias por contactarnos.
John
-

Outcomes Instruments, LLC: Your License Request Has Been Approved (Resultados Instruments, LLC: Su solicitud de licencia ha sido aprobado)
 Recibidos x

 **License Manager** <licenses@cvoutcomes.org> 30 sept. ☆ ↶
para mí ▾

 inglés ▾ > español ▾ [Ver mensaje original](#) [No traducir automáticamente los mensajes escritos en](#)

Hemos revisado y aprobado su solicitud para utilizar nuestros instrumentos y herramientas en su proyecto:

RELACIÓN ENTRE CAPACIDAD de Agencia de autocuidado y CALIDAD DE VIDA Relacionada CON LA SALUD Y EN LAS PERSONAS CON INSUFICIENCIA CARDIACA


Por favor, haga lo siguiente:

- Revisar el acuerdo, imprimir, firmar y enviar por correo postal, fax o correo electrónico de barrido.
- Envíenos pago de la factura a través de uno de los mecanismos que figuran en la factura.

C. Anexo: Instrumentos de medición

Appraisal of Self-Care Agency scale (ASA) y el cuestionario de Cardiomiopatía de Kansas City (KCCQ)

Posgrados Disciplinarios
Facultad de Enfermería
Sede Bogotá



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

INSTRUMENTO

ESCALA PARA ESTIMAR LAS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO

Nota: Esta es una versión del año 2006 adaptada para al lenguaje de Colombia de la versión en español que la Dra. Esther Gallegos de la Universidad Nuevo León de México nos permitió utilizar en Colombia en ese mismo año. Se recomendaría para posteriores usos que los investigadores se remitieran a las autoras originales en razón a que han transcurrido más de diez años de su traducción y uso y es posible que ellas tengan una versión modificada y actualizada para evaluar el concepto de Agencia de Autocuidado (ASA) por la sigla en inglés de Assessment of Self Care Agency.

Esta versión fue ajustada al español utilizado en Colombia por la profesora Edilma Gutiérrez de Reales de la Facultad de Enfermería de esta Universidad.

INSTRUCCIONES:

Los enunciados que se listan a continuación son utilizados por algunas personas para describirse a sí mismas en su forma habitual de ser. Por favor lea cada uno de ellos, circule el número que corresponda al grado que mejor lo describe a usted. No hay respuestas correctas o incorrectas sólo asegúrese de que selecciona lo que mejor corresponda a sus capacidades o habilidades.

	Total desacuerdo	Desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Total acuerdo
1. Según cambien circunstancias puedo hacer ajustes para mantenerme con salud.	1	2	3	4	5
2. Rara vez verifico si las formas habituales de mantenerme con salud son buenas.	1	2	3	4	5
3. Puedo hacer cambios o ajustes si tengo problemas para moverme.	1	2	3	4	5
4. Puedo hacer lo necesario para	1	2	3	4	5

Calle 44 N° 45-67

Sede Bogotá | Facultad de Enfermería | Posgrados Disciplinarios

	Total desacuerdo	Desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Total acuerdo
mantener limpio mi alrededor.					
5. Si es necesario puedo poner en primer lugar lo que necesito hacer para mantenerme con salud.	1	2	3	4	5
6. Con frecuencia no tengo la energía para cuidarme como debo.	1	2	3	4	5
7. Puedo buscar mejores formas de cuidar mi salud.	1	2	3	4	5
8. Con tal de mantenerme limpio, puedo cambiar la frecuencia con que me baño.	1	2	3	4	5
9. Puedo alimentarme de manera que mi peso se mantenga en lo correcto.	1	2	3	4	5
10. Si es necesario, puedo manejar la situación para mantenerme tal como soy.	1	2	3	4	5
11. A veces pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero nunca lo hago.	1	2	3	4	5
12. Tengo amigos de mucho tiempo a quienes puedo recurrir cuando necesito ayuda.	1	2	3	4	5

Universidad
Nacional
de Colombia

Sede Bogotá | Facultad de Enfermería | Posgrados Disciplinarios

	Total desacuerdo	Desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Total acuerdo	Universidad Nacional de Colombia
13. Pocas veces puedo dormir lo suficiente para sentirme descansado.	1	2	3	4	5	
14. Cuando obtengo información sobre mi salud, rara vez pido explicación sobre lo que no entiendo.	1	2	3	4	5	
15. Pocas veces pienso en revisar mi cuerpo para saber si hay algún cambio.	1	2	3	4	5	
16. En otros tiempos he sido capaz de cambiar hábitos arraigados, si con ello mejoraba mi salud.	1	2	3	4	5	
17. Si tengo que tomar un nuevo medicamento, puedo obtener información sobre los efectos indeseables.	1	2	3	4	5	
18. Soy capaz de tomar medidas para asegurar que mi familia y yo estemos seguros.	1	2	3	4	5	
19. Soy capaz de valorar que tan efectivo es lo que hago para mantenerme con salud.	1	2	3	4	5	
20. Con la actividad diaria raras veces puedo tomar tiempo para cuidarme.	1	2	3	4	5	

Sede Bogotá | Facultad de Enfermería | Posgrados Disciplinarios

	Total desacuerdo	Desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Total acuerdo	Universidad Nacional de Colombia
21. Puedo conseguir información necesaria si mi salud se ve amenazada.	1	2	3	4	5	
22. Puedo buscar ayuda si puedo cuidarme yo mismo (a).	1	2	3	4	5	
23. Pocas veces puedo tomar tiempo para mí.	1	2	3	4	5	
24. Aún con limitaciones para moverme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.	1	2	3	4	5	


EDILMA GUTIÉRREZ DE REALES
Adaptación Español Colombia

Cuestionario sobre insuficiencia cardíaca (Kansas City)

Las siguientes preguntas se refieren a su **insuficiencia cardíaca** y cómo esta puede afectar su vida. Por favor, lea las siguientes preguntas y respóndalas. No hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor, elija la respuesta que mejor describa su situación.

1. La **insuficiencia cardíaca** afecta de forma distinta a diferentes personas. Algunas sienten falta de aire mientras que otras sienten fatiga. Por favor, indique en qué medida su **insuficiencia cardíaca** (por ejemplo, falta de aire o fatiga) limitó su capacidad para realizar las siguientes actividades durante las últimas 2 semanas.

Por favor, marque con una **X** una casilla en cada línea.

Actividad	Muy limitado/a	Bastante limitado/a	Moderadamente limitado/a	Un poco limitado/a	Sin limitaciones	Limitado por otras razones o no realizó la actividad
Vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ducharse/Bañarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar una cuadra en terreno plano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajar en el jardín, hacer las tareas domésticas o llevar las bolsas de las compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subir un piso por las escalas sin detenerse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trotar o caminar rápido (como para tomar el bus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. En comparación con su situación de hace 2 semanas, ¿han cambiado sus molestias de **insuficiencia cardíaca** (por ejemplo, falta de aire, fatiga o hinchazón de tobillos)?

Mis molestias de **insuficiencia cardíaca** están ahora:

Mucho peores	Un poco peores	No hubo cambio	Un poco mejores	Mucho mejores	No tuve molestias durante las últimas 2 semanas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Durante las últimas 2 semanas, ¿cuántas veces tuvo **hinchazón** en los pies, tobillos o la parte de abajo de las piernas al despertarse a la mañana?

- | | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| Todas las mañanas | 3 o más veces por semana, pero no diariamente | 1 o 2 veces por semana | Menos de una vez por semana | Nunca en las últimas 2 semanas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Durante las últimas 2 semanas, ¿cuánto le ha molestado la **hinchazón** en los pies, tobillos o la parte de abajo de las piernas?

La hinchazón ha sido:

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Muy molesta | Bastante molesta | Moderadamente molesta | Un poco molesta | Para nada molesta | No he tenido hinchazón |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Durante las últimas 2 semanas, en promedio, ¿cuántas veces la **fatiga** ha limitado su capacidad para hacer lo que deseaba?

- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| Todo el tiempo | Varias veces al día | Al menos una vez al día | 3 o más veces por semana, pero no diariamente | 1 o 2 veces por semana | Menos de una vez por semana | Nunca en las últimas 2 semanas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Durante las últimas 2 semanas, ¿cuánto le ha molestado la **fatiga**?

La fatiga ha sido:

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Muy molesta | Bastante molesta | Moderadamente molesta | Un poco molesta | Para nada molesta | No he tenido fatiga |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Durante las últimas 2 semanas, en promedio, ¿cuántas veces la **falta de aire** ha limitado su capacidad para hacer lo que deseaba?

- | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| Todo el tiempo | Varias veces al día | Al menos una vez al día | 3 o más veces por semana, pero no diariamente | 1 o 2 veces por semana | Menos de una vez por semana | Nunca en las últimas 2 semanas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Durante las últimas 2 semanas, ¿cuánto le ha molestado la **falta de aire**?

La falta de aire ha sido:

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| Muy molesta | Bastante molesta | Moderadamente molesta | Un poco molesta | Para nada molesta | No me ha faltado el aire |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. Durante las últimas 2 semanas, en promedio, ¿cuántas veces se ha visto obligado/a a dormir sentado/a o apoyado/a en por lo menos 3 almohadas por la **falta de aire**?

- | | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| Todas las noches | 3 o más veces por semana, pero no todas las noches | 1 o 2 veces por semana | Menos de una vez por semana | Nunca en las últimas 2 semanas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10. Las molestias de **insuficiencia cardíaca** pueden empeorar por varias razones. ¿Qué tan seguro/a está usted de que sabe qué hacer o a quién llamar, si su **insuficiencia cardíaca** empeora?

- | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Para nada seguro/a | No muy seguro/a | Más o menos seguro/a | Bastante seguro/a | Completamente seguro/a |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. ¿Qué tan bien comprende usted qué cosas puede hacer para evitar que sus molestias de **insuficiencia cardíaca** empeoren (por ejemplo, pesarse regularmente, seguir una dieta con poca sal, etc.)?

- | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| No lo comprendo para nada | No lo comprendo muy bien | Lo comprendo más o menos | Lo comprendo bastante | Lo comprendo perfectamente |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. Durante las últimas 2 semanas, ¿en qué medida su **insuficiencia cardíaca** le ha impedido disfrutar de la vida?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Muchísimo | Bastante | Moderadamente | Ligeramente | Para nada |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

13. Si tuviera que vivir el resto de su vida con su **insuficiencia cardíaca** tal como está ahora mismo, ¿cómo se sentiría al respecto?

- | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Completamente insatisfecho/a | Bastante insatisfecho/a | Más o menos satisfecho/a | Bastante satisfecho/a | Completamente satisfecho/a |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

14. Durante las últimas 2 semanas, ¿cuántas veces se ha sentido desanimado/a o deprimido/a debido a su **insuficiencia cardíaca**?

Me sentí así Me sentí así **casi todo el tiempo** Me sentí así **ocasionalmente** **Casi nunca** me sentí así **Nunca** me sentí así

15. ¿En qué medida la **insuficiencia cardíaca** afecta su estilo de vida? Por favor, indique en qué medida su **insuficiencia cardíaca** puede haber limitado su participación en las siguientes actividades durante las últimas 2 semanas.

Por favor, marque con una **X** una casilla en cada línea

Actividad	Muy limitado/a	Bastante limitado/a	Moderadamente limitado/a	Un poco limitado/a	Sin limitaciones	Limitado por otras razones o no realizó la actividad
Pasatiempos, actividades recreativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajar o realizar las tareas domésticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ir a visitar a familiares o amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relaciones íntimas o sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. Anexo: Declaración

DECLARACIÓN

Yo, Diana Yiseth Molano Barrera declaro respecto al proyecto de investigación titulado Relación entre capacidad de agencia autocuidado y calidad de vida relacionada con la salud en personas con insuficiencia cardíaca que no he iniciado el proceso de recolección de datos y no se hará hasta cuando esté siendo sometido a evaluación por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y haya recibido el respectivo aval ético.

Diana Yiseth Molano Barrera
Nombre estudiante

Firma 

Renata Virgini a González Conzuegra
Nombre Director de proyecto


Firma 

PROPIEDAD INTELECTUAL

Por otra parte, se sugiere que en los proyectos sea pertinente incluir la propiedad intelectual Acuerdo No.035 de 2003 del Consejo Académico por el cual se expide el Reglamento sobre Propiedad Intelectual, Capítulo II, Derechos de Autor, Artículo 18°. Derechos de los Autores. Carta de compromiso y el número de la respectiva Resolución.

E. Anexo: Aprobación del Comité de ética de la Facultad de Enfermería

Dirección de Extensión e Investigación
Facultad de Enfermería
Sede Bogotá

 UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Bogotá, 9 de Marzo de 2018

[AVAL-006 -18]

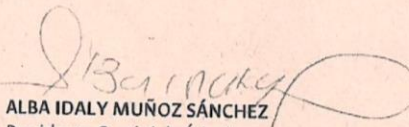
Profesora
VIRGINIA INES SOTO LESMES
Directora
Posgrados Área Curricular de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Respetada profesora, reciba un cordial saludo:

De manera atenta me permito informarle que el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería en sesión del 5 de marzo de 2018 - Acta 3, se permite **dar aval** desde los aspectos éticos al proyecto de investigación titulado "**Relación agencia de autocuidado y calidad de vida en personas con insuficiencia cardiaca.**" Estudiante: Diana Yiseth Molano Barrera.

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

Cordialmente,


ALBA IDALY MUÑOZ SÁNCHEZ
Presidenta Comité de Ética*
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia
*Delegada por la Decana


Copia: Diana Yiseth Molano Barrera - Estudiante
Renata Virginia González Consuegra - Docente

[Página 1 de 1]

Comité de Ética
Carrera 30 No. 45-03
Edificio 228 Oficina 402
3165000 Ext. 17089-17020-17021-17038
Bogotá D.C., Colombia
ugi_fcbog@unal.edu.co

**Patrimonio
de todos
los colombianos**

F. Anexo: Aprobación del Comité de ética del Centro de investigación de la Fundación Universitaria Sanitas


**Fundación
Universitaria Sanitas**

COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

CEIFUS 236-18
Bogotá D.C, 17 de abril de 2018

Doctora:
DIANA MOLANO BARRERA
Investigador Principal
Bogotá

Ref.: Concepto ético de la evaluación del protocolo UNIVERSIDAD titulado " Relación agencia de autocuidado y calidad de vida en personas con insuficiencia cardiaca"

Respetada Doctora

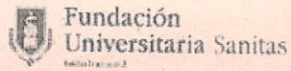
El día 17 de abril de 2018, en la sesión registrada en el acta No.013-18, se reunió el Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas, donde se deja constancia de la recepción del comunicado y evaluación del protocolo en referencia que se desarrollará bajo su dirección en la Clínica Universitaria Colombia Ubicado en la Calle 23 No. 66-46.

Concepto CEI: Se revisa en sesión y según los criterios institucionales establecidos y dado que el proyecto no compromete la seguridad, bienestar y respeta los derechos del sujeto de investigación, se decide **APROBAR** por consenso este protocolo.

El Comité de Ética en investigación está conformado por ocho (8) miembros, en la presente sesión se cumplió el Quórum con la asistencia de ocho (8) miembros del comité.

Nombre:	Cargo:
Eduardo Low Padilla	Presidente CEI - Profesional con formación en Farmacología Clínica
Ingrid Milena Rodríguez Bedoya	Miembro Deliberativo – Secretaria Ejecutiva del CEI - Representante de Investigación de la FUS
Miriam Consuelo Neira Corredor	Miembro Deliberativo - Profesional con formación de Postgrado en Bioética
Alberto Lineros Montañez	Miembro Deliberativo – Profesional del área de ciencias de la salud
Diana Cucaíta Muñoz	Miembro Deliberativo – Profesional con formación en Epidemiología
Héctor Ricardo Jiménez	Miembro Deliberativo – Profesional del área de las Ciencias Humanas y sociales
Abel Ernesto González Vélez	Miembro Deliberativo – Profesional con formación en metodología de la Investigación
Martha Sarraide Escobar	Miembro Deliberativo – Representante de la Comunidad

Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas
 Calle 23 # 66-46 Sede Salitre – Teléfono: 5895377 Ext: 5719901
 E-mail: comiteetica@unisanitas.edu.co
 Bogotá D. C, Colombia



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

El Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas declara que el desarrollo de sus actividades se rigen bajo la normatividad vigente en temas relacionados con investigación en salud, (Ley Colombiana Resolución No 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, resolución 2378 de 2008 del Ministerio de la Protección Social), las Normas de Buenas Practicas de Investigación Clínica (Good Clinical Practice-GCP), Declaración de Helsinki octubre 2013 y todo la normativa Internacional vigente.

Cordialmente,

EDUARDO LOW PADILLA
Presidente CEI
Comité de Ética en Investigación
Fundación Universitaria Sanitas

Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas
Calle 23 # 66-46 Sede Salitre – Teléfono: 5895377 Ext: 5719901
E-mail: comiteetica@unisanitas.edu.co
Bogotá D. C, Colombia

G. Anexo: Cronograma de la investigación y presupuesto

ETAPAS EN LA INVESTIGACIÓN	2017			2018												2019						
	oct	nov	dic	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ago	sept	oct	nov	dic	ene	feb	mar	abr	may	jun	
Asesoría estadística.																						
Aprobación del Comité de ética UNal - fus																						
Recolección de la muestra																						
Análisis estadístico																						
Interpretación de resultados																						
Elaboración y entrega informe final																						
Divulgación de resultados																						
Sustentación																						

Concepto	Descripción	Inversión	Gasto Total	
Recursos humanos	Apoyo estadístico	4.000.000	23.125.000	
	Asesoría académica	10.125.000		
	Honorarios del investigador	10.000.000		
Construcción Marco Referencial	Desplazamientos	360.000	860.000	
	Consulta material bibliográfico	500.000		
Equipos	Internet	650.000	650.000	
Fase Metodológica	Recolección de Datos	Gastos de movilización	600.000	600.000
	Adicionales	Imprevistos	2.000.000	2.000.000
	Materiales	Memoria USB	40.000	440.000
		Fotocopias	200.000	
		Impresión de material	200.000	
Divulgación	Elaboración y divulgación de artículo	1.000.000	1.000.000	
TOTAL DE GASTOS			29.675.000	

Bibliografía

1. Jaramillo C, Gómez L EA, Hernández E, Saldarriaga C, Florez N, Buitrago R. Consenso colombiano para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica. Soc Colomb Cardiol y cirugía Cardiovasc. 2014;
2. Comín-Colet J, Anguita M, Formiga F, Almenar L, Crespo-Leiro MG, Manzano L, et al. Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con insuficiencia cardiaca crónica sistólica en España: resultados del estudio VIDA-IC. Rev Española Cardiol [Internet]. 2016 Mar [cited 2017 May 26];69(3):256–71. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300893215005345>
3. Etxeberría-Lekuona D, Sánchez-Alvarez J, Alonso Gutiérrez A, Acha Arrieta V, Campos Rivas R, Jarne Betrán V. Estudio de la calidad de vida de pacientes con insuficiencia cardiaca en un Servicio de Medicina Interna. An Med Interna [Internet]. 2007 [cited 2017 May 26];24. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-17590089>
4. Achury Diana Marcela. Autocuidado y adherencia en pacientes con falla cardiaca. Aquichan [Internet]. 2007 Jul 7 [cited 2017 Nov 1];7(2):139–60. Available from: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/109/219>
5. SISPRO. Bodega de datos de SISPRO (RIPS). Colombia. Reporte: prestaciones de servicios de salud reportados por las entidades administradoras de planes de beneficio para los años 2009, 2010 y 2011, según resolución 3374/00. Actualización a 31-01-2013.
6. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure. Rev Española Cardiol (English Ed [Internet]. 2016 Dec [cited 2017 May 27];69(12):1167. Available from:

- <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1885585716303620>
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). ESTADÍSTICAS SANITARIAS una mina de información 2014. Organ Mund la Salud [Internet]. 2015;1(2):16. Available from: http://www.redalyc.org/pdf/434/43443303.pdf%5Cnhttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1992000300005&lng=en&nrm=iso&tlng=es%5Cnhttp://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0102-311X1992000300005&lng=en&nrm=iso&tlng=es%5Cnht
 8. DANE. www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fetales/defunciones-no-fetales-2017. 2018.
 9. Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. Insuficiencia cardiaca e instrumentos para medir la calidad de vida. *Rev Española Cardiol* [Internet]. 2008 Mar [cited 2017 May 27];61(3):233–5. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300893208733797>
 10. Parajón T, Lupón J, González B, Urrutia A, Altimir S, Coll R, et al. Aplicación en España del cuestionario sobre calidad de vida «Minnesota Living With Heart Failure» para la insuficiencia cardíaca. *Rev Española Cardiol* [Internet]. 2004 Feb 1 [cited 2017 Nov 2];57(2):155–60. Available from: http://www.revespcardiol.org/cgi-bin/wdbcgi.exe/cardio/mrevista_cardio.fulltext?pid=13057266
 11. Buck HG, Riegel B. The Impact of Frailty on Health Related Quality of Life in Heart Failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2011 Sep [cited 2017 May 21];10(3):159–66. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20587372>
 12. Arredondo Holguín E. Comportamientos y capacidad de agencia de autocuidado en adultos con insuficiencia cardiaca. *Av en Enfermería* [Internet]. 2010 Jan 1 [cited 2017 Sep 10];28(1):21–30. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/15624>
 13. Uchmanowicz I, Gobbens RJ. The relationship between frailty, anxiety and depression, and health-related quality of life in elderly patients with heart failure. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2015 Oct 5 [cited 2018 Jul 22];10:1595. Available from: <https://www.dovepress.com/the-relationship-between-frailty-anxiety-and-depression-and-health-rel-peer-reviewed-article-CIA>

14. Riegel B, Moser DK, Carlson B, Deaton C, Armola R, Sethares K, et al. Gender differences in quality of life are minimal in patients with heart failure. *J Card Fail* [Internet]. 2003 Feb 1 [cited 2018 Feb 18];9(1):42–8. Available from: <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.unal.edu.co/science/article/pii/S1071916402254019>
15. Riegel B, Moser DK, Rayens MK, Carlson B, Pressler SJ, Shively M, et al. Ethnic Differences in Quality of Life in Persons With Heart Failure. *J Card Fail* [Internet]. 2008 [cited 2017 May 21];14(1):41–7. Available from: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S1071916407010834.pdf?locale=es_ES
16. Quiñones Rozo L del P. Factores que influyen en la calidad de vida del paciente con insuficiencia cardiaca en la consulta externa del Hospital Federico Lleras Acosta de Ibagué. Universidad Nacional de Colombia; 2009.
17. Pulido Montes MA. Calidad de vida relacionada con la salud, la ansiedad y depresión en personas con cardiodesfibrilador [Internet]. Universidad Nacional de Colombia; 2016 [cited 2017 Nov 1]. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/55599/7/1090392840.2016.pdf>
18. Stamp KD, Prasun M, Lee CS, Jaarsma T, Piano MR, Albert NM. Nursing research in heart failure care: a position statement of the american association of heart failure nurses (AAHFN). *Hear Lung* [Internet]. 2018;47(2):169–75. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2018.01.003>
19. Ávila da Costa Pereira F. El autocuidado del paciente con insuficiencia cardiaca a la luz del modelo teórico de Dorothea Orem. *Rev Mex Enferm Cardiol*. 2014;22(2):70–7.
20. Rodríguez Gázquez M de los Á, Arredondo Holguín E, Salamanca Acevedo YA. Capacidad de agencia de autocuidado y factores relacionados con la agencia en personas con insuficiencia cardíaca de la ciudad de Medellín (Colombia). *Enfermería Glob* [Internet]. 2013 [cited 2017 Sep 10];30:183–95. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n30/docencia4.pdf>
21. Zuluaga Alzate LJ. Capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida de las personas que tienen dispositivos cardiacos implantables [Internet]. Universidad Nacional de Colombia; 2013 [cited 2017 Nov 2]. Available from:

- <http://www.bdigital.unal.edu.co/43053/1/535314.2013.pdf>
22. McMurray J, Adamopoulos S, Anker S, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K. Guía de práctica clínica de la ESC sobre diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65:938–59.
 23. McAlister FA, Stewart S, Ferrua S, McMurray JJV. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: A systematic review of randomized trials. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2004 Aug 18 [cited 2018 Nov 9];44(4):810–9. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109704011234?via%3Dihub>
 24. Bocchi EA, Arias A, Verdejo H, Diez M, Gómez E, Castro P, et al. The reality of heart failure in Latin America. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2013 Sep 10 [cited 2017 May 27];62(11):949–58. Available from:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0735109713025278>
 25. Hernández-Leiva E. Epidemiología del síndrome coronario agudo y la insuficiencia cardiaca en Latinoamérica. *Rev Española Cardiol* [Internet]. 2011 Jul [cited 2017 May 27];64(Supl.2):34–43. Available from:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300893211006142>
 26. DANE. Boletín técnico comunicación informativa DANE. Estadísticas vitales 2015 - 2016. 2017.
 27. www.minsalud.gov/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf.
 28. Aggelopoulpou Z, Fotos N V., Chatziefstratiou AA, Giakoumidakis K, Elefsiniotis I, Brokalaki H. The level of anxiety, depression and quality of life among patients with heart failure in Greece. *Appl Nurs Res*. 2017;34:52–6.
 29. Gathright EC, Fulcher MJ, Dolansky MA, Gunstad J, Redle JD, Josephson R, et al. Cognitive Function Does Not Impact Self-reported Health-Related Quality of Life in Heart Failure Patients. *J Cardiovasc Nurs*. 2016;31(5):405–11.
 30. Faxén UL, Hage C, Donal E, Daubert JC, Linde C, Lund LH. Patient reported outcome in HFpEF: Sex-specific differences in quality of life and association with outcome. *Int J Cardiol*. 2018;267:128–32.

31. Anchique C. La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en Colombia. *El Espectador*. 2009 Mar 17;
32. García-Guzmán C. Relación existente entre dolor precordial tipo cardiaco con la percepción y manejo de la salud en mujeres de 45 a 70 años de la localidad IV San Cristobal que asisten a la UBA RAMAJAL. Universidad Nacional de Colombia; 2001.
33. Medina LO. Estado del arte de estudios de investigación sobre enfermedad coronaria en la mujer durante el periodo de 1998 hasta el año 2008 [Internet]. Universidad Nacional de Colombia; 2011 [cited 2017 Nov 1]. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/4875/1/linaorisemedina.2011.pdf>
34. Anguita Sánchez M. Insuficiencia cardíaca: ¿diferencias según género? *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2010 May [cited 2017 Oct 4];134(15):686–7. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025775310002058>
35. van der Wal MHL, Jaarsma T. Adherence in heart failure in the elderly: problem and possible solutions. *Int J Cardiol* [Internet]. 2008 Apr 10 [cited 2017 Nov 1];125(2):203–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18031843>
36. Jaarsma T, Halfens R, Tan F, Abu-Saad HH, Dracup K, Diederiks J. Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: the effect of a supportive educational intervention. *Heart Lung* [Internet]. 2000 Sep 1 [cited 2017 Nov 1];29(5):319–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10986526>
37. Rivera Álvarez LN. Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá, Colombia. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2006 Dec [cited 2017 Nov 2];8(3):235–47. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642006000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
38. Fernández A, Manrique-Abril F. Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores. *Av enferm*. 2011;29(1):30–41.
39. Espitia Cruz LC. Asociación de los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial que asisten a consulta externa en el hospital universitario la

- samaritana [Internet]. Universidad Nacional de Colombia; 2011 [cited 2017 Nov 2]. Available from:
<http://www.bdigital.unal.edu.co/4828/1/luzcarineespitiacruz.2011.pdf>
40. Benavides Parra JA. Asociación de los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado de adultos con síndrome coronario agudo hospitalizados en el Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá 2012 [Internet]. Universidad Nacional de Colombia; 2013 [cited 2017 Nov 2]. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/11422/1/05539714.2013.pdf>
41. Velandia-Arias A, Rivera-Álvarez LN. Agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento en personas con factores de riesgo cardiovascular. 2009 [cited 2017 Sep 10];11(4). Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/36395/1/37091-158509-1-PB.pdf>
42. Riegel B, Dickson VV. A situation-specific theory of heart failure self-care. *J Cardiovasc Nurs* [Internet]. [cited 2017 Feb 27];23(3):190–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18437059>
43. Bredow T, Peterson S. Health – Related Quality of life. In: *Middle range theories : application to nursing research*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
44. Molano DY, Hernández C. Papel de la enfermera en las unidades de falla cardiaca y educación en falla cardiaca. *Rev Colomb Cardiol* [Internet]. 2016 Mar [cited 2017 Oct 24];23:31–3. Available from:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0120563316000139>
45. Kutzleb J, Reiner D. The impact of nurse-directed patient education on quality of life and functional capacity in people with heart failure. *J Am Acad Nurse Pract* [Internet]. 2006 Mar [cited 2017 May 27];18(3):116–23. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16499744>
46. Koelling TM, Johnson ML, Cody RJ, Aaronson KD. Discharge Education Improves Clinical Outcomes in Patients With Chronic Heart Failure. *Circulation* [Internet]. 2005 Jan 18 [cited 2017 Nov 2];111(2):179–85. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15642765>
47. Köberich S, Lohrmann C, Mittag O, Dassen T. Effects of a hospital-based

- education programme on self-care behaviour, care dependency and quality of life in patients with heart failure--a randomised controlled trial. *J Clin Nurs* [Internet]. 2015 Jun [cited 2017 Nov 2];24(11–12):1643–55. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jocn.12766>
48. Otsu H, Moriyama M. Effectiveness of an educational self-management program for outpatients with chronic heart failure. *Japan J Nurs Sci* [Internet]. 2011 Dec [cited 2017 Nov 2];8(2):140–52. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22117578>
49. Washburn SC, Hornberger CA. Nurse educator guidelines for the management of heart failure. *J Contin Educ Nurs* [Internet]. 2008 Jun [cited 2017 Nov 2];39(6):263–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18557284>
50. Orem D. *Nursing: Concepts of Practice*. 6a ed. St. Louis Missouri: Mosby; 2001.
51. Patrick Green C, Porter CB, Bresnahan DR, Spertus JA, City K. Development and Evaluation of the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire: A New Health Status Measure for Heart Failure. 2000 [cited 2017 Sep 20]; Available from: http://ac.els-cdn.com/S0735109700005313/1-s2.0-S0735109700005313-main.pdf?_tid=2ac38d0c-9e82-11e7-bb95-00000aab0f26&acdnat=1505966936_ef3800ac438a8e918c0d30f676a5c732
52. Reile M. *Modelos y teorías de enfermería*. Octava edi. Elsevier España; 2015.
53. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. *El pensamiento enfermero*. Edición P, editor. Barcelona, España: Elsevier Masson; 1996.
54. Guirao-Goris JA. *La agencia de autocuidados. Una perspectiva desde la complejidad* [Internet]. <http://enfermeria21.com/educare/educare02/aprendiendo/aprendiendo2.htm>. 2003 [cited 2017 Sep 30]. p. 41–56. Available from: <http://www.uv.es/joguigo/materiales-dominio-profesional/agencia.pdf>
55. Gast H., Denyes M., Campbell J., Hartweg D., Schott-Baer D, Isenberg M. Self-care agency: conceptualizations and operationalizations. *Adv Nurs Sci*. 1989;12(1):26–38.
56. González Pérez Ubaldo. El concepto de calidad de vida y la evolución de los

- paradigmas de las ciencias de la salud. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. 2002 [cited 2017 Nov 2];28(2). Available from:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21428206>
57. Lugo A LH, García G HI, Gómez R C. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud sf-36 en Medellín, Colombia. Colomb Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2006 [cited 2017 Oct 16];24(2):37–50. Available from:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12024205>
58. Urzúa M A. Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales. Rev Med Chil [Internet]. 2010 Mar [cited 2017 Oct 16];138(3):358–65. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000300017&lng=en&nrm=iso&tlng=en
59. Botero De Mejía BE, Pico Merchán ME. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. Hacia la Promoción la salud [Internet]. 2007 [cited 2017 Nov 2];12:11–24. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>
60. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. Sexta edic. Mc Graw Hill; 2014.
61. Manterola C, Otzen T. Los sesgos en investigación clínica. Int J Morphol [Internet]. 2015 Sep [cited 2017 Nov 2];33(3):1156–64. Available from:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022015000300056&lng=en&nrm=iso&tlng=en
62. Velandia Arias A, Álvarez L. Confiabilidad de la escala “Apreciación de la agencia de autocuidado” (ASA), segunda versión en español, adaptada para la población colombiana. Av en Enfermería [Internet]. 2009 Jan 1 [cited 2017 Nov 2];27(1):38–47. Available from:
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12953>
63. Gallegos Cabriales E. Validez y confiabilidad de la versión en español de la escala: Valoración de las capacidades de autocuidado. Desarro científico en enfermería. 1998;6(9):260–6.
64. Eurich DT, Johnson JA, Reid KJ, Spertus JA. Assessing responsiveness of generic

- and specific health related quality of life measures in heart failure. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2006 Nov 24 [cited 2017 May 21];4:89. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17125512>
65. Ramos B, Figueroa C, AlCoCer L, RinCón S. Validación del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con insuficiencia cardiaca. 2011 [cited 2017 May 21];10:173–89. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/enclav/v5n10/v5n10a10.pdf>
 66. Comín-Colet J, Garin O, Lupón J, Manito N, Crespo-Leiro MG, Gómez-Bueno M, et al. Validación de la versión española del Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire. *Rev Española Cardiol* [Internet]. 2011 Jan [cited 2017 May 21];64(1):51–8. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300893210000047>
 67. Garin O, Ferrer M, Pont À, Rué M, Kotzeva A, Wiklund I, et al. Disease-specific health-related quality of life questionnaires for heart failure: a systematic review with meta-analyses. *Qual Life Res* [Internet]. 2009 Feb 4 [cited 2017 May 21];18(1):71–85. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19052916>
 68. Garin O, Herdman M, Vilagut G, Ferrer M, Ribera A, Rajmil L, et al. Assessing health-related quality of life in patients with heart failure: a systematic, standardized comparison of available measures. *Heart Fail Rev* [Internet]. 2014 May 17 [cited 2017 May 21];19(3):359–67. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23681849>
 69. Chandra A, Lewis EF, Claggett BL, Desai AS, Packer M, Zile MR, et al. Effects of Sacubitril/Valsartan on Physical and Social Activity Limitations in Patients With Heart Failure. *JAMA Cardiol*. 2018 Apr 4;3(6):498.
 70. DANE. www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018/cuantos-somos. 2018.
 71. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de situación de salud Colombia 2017. 2018.
 72. Hwang S-L, Liao W-C, Huang T-Y. Predictors of quality of life in patients with heart failure. *Japan J Nurs Sci* [Internet]. 2014 Oct 1 [cited 2018 Feb 24];11(4):290–8.

Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jjns.12034>

73. Lee CS, Mudd JO, Hiatt SO, Gelow JM, Chien C, Riegel B. Trajectories of heart failure self-care management and changes in quality of life. *Eur J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2015 Dec 30 [cited 2018 Feb 24];14(6):486–94. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1474515114541730>
74. Peters-Klimm F, Kunz CU, Laux G, Szecsenyi J, Müller-Tasch T. Patient- and provider-related determinants of generic and specific health-related quality of life of patients with chronic systolic heart failure in primary care: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2010 Sep 13 [cited 2018 Feb 24];8(1):98. Available from: <http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-8-98>
75. Loo DWY, Jiang Y, Koh KWL, Lim FP, Wang W. Self-efficacy and depression predicting the health-related quality of life of outpatients with chronic heart failure in Singapore. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2016;32:148–55. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2016.07.007>
76. Gomez E. Introducción, epidemiología de la falla cardiaca e historia de las clínicas de falla cardiaca en Colombia. *Rev Colomb Cardiol*. 2016;23(S1):6–12.
77. Buck HG, Dickson VV, Fida R, Riegel B, D'Agostino F, Alvaro R, et al. Predictors of hospitalization and quality of life in heart failure: A model of comorbidity, self-efficacy and self-care. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2015 Nov 1 [cited 2018 Feb 24];52(11):1714–22. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020748915002230>
78. Karakurt P, Kasimoğlu N, Bahçeli A, Atalikoğlu Başkan S, Ağdemir B. The effect of activities of daily living on the self-care agency of patients in a cardiovascular surgery clinic. *J Vasc Nurs*. 2017;35(2):78–85.
79. Chu SH, Lee WH, Yoo JS, Kim SS, Ko IS, Oh EG, et al. Factors affecting quality of life in Korean patients with chronic heart failure. *Japan J Nurs Sci*. 2014;11(1):54–64.
80. Feltner C, Jones C, Cené C, Zheng Z, Sueta C, Coker-Schwimmer E, et al. Transitional Care Interventions To Prevent Readmissions for People With Heart Failure [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality

- (US). Comparative Effectiveness Reviews, No. 133. 2014.
81. Vega OM, Suarez J, Acosta S. Agencia de autocuidado en pacientes hipertensos del Hospital Erasmo Meoz. *Rev colomb enferm*. 2015;10(10):45–56.
 82. Gutiérrez Barreiro R, Gómez Ochoa AM. Agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas con cardiopatías isquémicas. *Av Enferm*. 2018;36(2):161–9.
 83. Saeidzadeh S, Darvishpoor A, Abed Saeedi J. Factors associated with self-care agency in patients after percutaneous coronary intervention. *J Clin Nurs*. 2016;25(21–22):3311–6.
 84. AbuRuz ME, Alaloul F, Saifan A, Masa'deh R, Abusalem S. Quality of Life for Saudi Patients With Heart Failure: A Cross-Sectional Correlational Study. *Glob J Health Sci [Internet]*. 2016 Jun 25 [cited 2018 Feb 24];8(3):49–58. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26493415>
 85. Gallagher R, Sullivan A, Burke R, Hales S, Sharpe P, Tofler G. Quality of life, social support and cognitive impairment in heart failure patients without diagnosed dementia. *Int J Nurs Pract*. 2016;22(2):179–88.
 86. Rahnavard Z, Nodeh ZH, Hatamipour K. Congestive heart failure: Predictors of health-related quality of life in Iranian women. *Contemp Nurse [Internet]*. 2014 [cited 2018 Feb 24];47(1–2):159–67. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25267138>
 87. Wu J, Lennie TA, Frazier SK, Moser DK. Health-related Quality of Life, Functional Status, and Cardiac Event-free Survival in Patients With Heart Failure. *J Cardiovasc Nurs [Internet]*. 2016 May 1 [cited 2018 Feb 24];31(3):236–44. Available from: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=25774841>
 88. Sousa MM de, Oliveira J dos S, Soares MJGO, Bezerra SMM da S, Araújo AA de, Oliveira SH dos S, et al. Association of social and clinical conditions to the quality of life of patients with heart failure. *Rev Gaúcha Enferm [Internet]*. 2017 [cited 2018 Feb 20];38(2). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000200410&lng=pt&tlng=pt
 89. Heo S, Lennie TA, Pressler SJ, Dunbar SB, Chung ML, Moser DK. Factors

- Associated With Perceived Control and the Relationship to Quality of Life in Patients with Heart Failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2015;14(2):137–44.
90. Heo S, Moser DK, Lennie TA, Fischer M, Smith E, Walsh MN. Modifiable correlates of physical symptoms and health-related quality of life in patients with heart failure: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2014;
91. Suresh R, Wang W, Koh KWL, Shorey S, Lopez V. Self-Efficacy and Health-Related Quality of Life Among Heart Failure Patients in Singapore: A Descriptive Correlational Study. *J Transcult Nurs* [Internet]. 2017 Jul 27 [cited 2018 Feb 20];104365961772343. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1043659617723437>
92. Banerjee T, Lee KS, Browning SR, Hopenhayn C, Westneat S, Biddle MJ, et al. Limited association between perceived control and health-related quality of life in patients with heart failure. *J Cardiovasc Nurs*. 2014;29(3):227–31.
93. Bhatt KN, Kalogeropoulos AP, Dunbar SB, Butler J, Georgiopoulou V V. Depression in heart failure: Can PHQ-9 help? *Int J Cardiol* [Internet]. 2016 Oct 15 [cited 2018 Aug 12];221:246–50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27404684>
94. Alves da Silva V, Dantas Cavalcanti AC, Oliveira de Souza R, De Andrade Wolney M, Corrêa da Rosa JM. Estudio observacional de validación clínica del diagnóstico de enfermería de disfunción sexual en pacientes con insuficiencia cardíaca crónica. *av.enferm*. 2014;XXXII(2):252–60.
95. Westlake C, Dracup K, Walden J, Fonarow G. Sexuality of patients with advanced heart failure and their spouses or partners. *J Hear Lung Transplant*. 1999;18(11):1133–8.
96. Britz JA, Dunn KS. ORIGINAL RESEARCH: Self-care and quality of life among patients with heart failure. *J Am Acad Nurse Pract* [Internet]. 2010 Sep 3 [cited 2018 Feb 24];22(9):480–7. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1745-7599.2010.00538.x>
97. Baert A, De Smedt D, De Sutter J, De Bacquer D, Puddu PE, Clays E, et al. Factors associated with health-related quality of life in stable ambulatory

- congestive heart failure patients: Systematic review. *Eur J Prev Cardiol* [Internet]. 2018 Jan 31 [cited 2018 Feb 11];204748731875579. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29384392>
98. Heo S, Lennie TA, Moser DK, Kennedy RL. Types of social support and their relationships to physical and depressive symptoms and health-related quality of life in patients with heart failure. *Hear Lung J Acute Crit Care* [Internet]. 2014 [cited 2018 Feb 24];43:299–305. Available from: https://ac-els-cdn-com.ezproxy.unal.edu.co/S014795631400123X/1-s2.0-S014795631400123X-main.pdf?_tid=spdf-e617f15e-72c0-40b9-9305-cf46d931ae54&acdnat=1519515167_946bcfa78bebf1a0eb7a8e19635212d2