



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE MAGÍSTER EN ENFERMERÍA

FACTORES RELACIONADOS CON LA AUTOEFICACIA DE LAS PERSONAS
DEL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR DE UN CENTRO DE
SALUD FAMILIAR DE CHIGUAYANTE

POR BARBARA YARELY ARAYA MOLINA

Tesis presentada a la Dirección de Postgrado de la Universidad de Concepción
para optar al grado académico de Magister en Enfermería

Profesor Guía: Patricia Cid Henríquez

Junio 2018

CONCEPCIÓN, CHILE

© 2018 Bárbara Yarely Araya Molina



© 2018 Bárbara Yarely Araya Molina

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.

UNIVERSIDAD DE CONCEPCION
DIRECCION DE POSTGRADO

Esta tesis ha sido realizada en el Programa de Magíster en Enfermería del de la Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción.

Profesor Guía: _____

Patricia Cid H.

Profesor Titular Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción
Doctora en Enfermería

Ha sido aprobada por la siguiente Comisión Evaluadora:

Olga Mora M.

Profesor Facultad Ciencias Sociales, Universidad de Concepción
Magister en Comunicación Social

Pamela Caro M.

Académico Carrera Enfermería-Universidad San Sebastián
Magister en Psicología de la Salud

Directora Programa Magíster: _____

Sandra Valenzuela S.

Doctora en Enfermería

AGRADECIMIENTOS

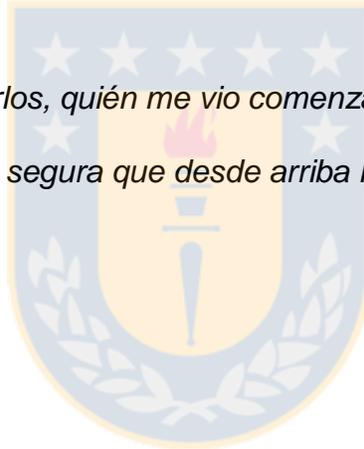
En primer lugar a Dios, pilar fundamental, por su gracia que sostiene mi vida.

*A mi familia, novio y amigos/as por darme la fortaleza para continuar día a día
e incentivarme a cumplir mis sueños de desarrollo profesional*

*Se agradece de manera muy especial a la docente guía Dra. Patricia Cid por su
apoyo incondicional en este proceso de formación y su compromiso para sacar
adelante este proyecto pese a todas las dificultades que se presentaron.*

DEDICATORIA

A mi papá, Juan Carlos, quién me vio comenzar este proceso y siempre creyó en mí. Estoy segura que desde arriba me miras con orgullo y felicidad.



INDICE

INDICE DE FIGURA	ix
INDICE DE GRÁFICOS	x
INDICE DE TABLAS	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xv
1. FUNDAMENTACIÓN	1
1.1 Problema de investigación	8
2. MARCO REFERENCIAL.....	9
2.1 Marco Teórico	9
Modelo de Promoción de la Salud.....	9
Teoría de la autoeficacia de Albert Bandura	23
2.2 Marco Empírico	32
3. OBJETIVOS.....	58
3.1 Objetivo general	58
3.2 Objetivos específicos	58
3.3 Hipótesis	59
3.4 Variables	60
4. METODOLOGIA	62
4.1 Tipo de estudio y diseño.....	62
4.2 Selección de la muestra	62
Población.....	62

Unidad de análisis	62
Criterios de inclusión y exclusión	63
Tamaño de la muestra.....	64
4.3 Procedimiento y/o Técnicas de recolección de información.....	66
Parte I. Parte I. Escala de autoeficacia generalizada.....	66
Parte II. Cuestionario “Patient Assessment of Care for Chronic Conditions.....	69
Parte III. Características biosociodemográficas	74
Parte IV. Ficha de riesgo cardiovascular y adherencia objetiva	74
Procedimiento de recolección de datos.....	75
4.4 Procesamiento y de análisis de los datos.	76
4.5 Prueba Piloto	78
4.6 Aspectos éticos involucrados.....	78
5. RESULTADOS.....	82
5.1 Análisis descriptivo.....	82
5.1.1 Descripción variables independientes.	82
I. Variables biológicas: Sexo, edad, riesgo cardiovascular global, factores de riesgo cardiovascular, adherencia objetiva.....	82
II. Variables socioculturales: Nivel educacional, nivel socioeconómico, evaluación de los cuidados crónicos.	85
5.1.2 Descripción variable dependiente: Autoeficacia generalizada.....	91
5.2 Análisis inferencial.	95

I. Relación entre autoeficacia generalizada y variables biológicas.....	95
II. Relación entre autoeficacia generalizada y variables socioculturales	99
6. DISCUSIÓN	102
6.1 Limitaciones del estudio.....	110
7. CONCLUSIONES	112
8. RECOMENDACIONES	113
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	116
10. ANEXOS	129
ANEXO 1: DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES	129
ANEXO 2: INSTRUMENTOS DEL ESTUDIO	142
ANEXO 3: DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	149



INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: Modelo de promoción de la Salud de Nola Pender.....18

FIGURA 2: Interacción trídica en la Teoría Social Cognitiva de Bandura.....24



INDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO 1: Histograma de la variable dependiente con curva de normalidad.....95



INDICE DE TABLAS

TABLA 1: Causas de no participación en la investigación.....	65
TABLA 2: Confiabilidad de la escala EAG.....	68
TABLA 3: Confiabilidad de la escala PACIC.....	72
TABLA 4 Análisis estadístico de las variables del estudio.....	77
TABLA 5 Análisis descriptivo de las variables biológicas.....	82
TABLA 6: Análisis descriptivo para las variables socioculturales nivel educacional y socioeconómico.....	85
TABLA 7: Análisis descriptivo para la variable evaluación de los cuidados crónicos (global y por dimensiones).....	86
TABLA 8: Análisis descriptivo por ítems de la escala PACIC.....	88
TABLA 9: Estadísticos descriptivos para la variable autoeficacia generalizada.....	91
TABLA 10: Análisis descriptivo por ítems de la EAG.....	93
TABLA 11: Prueba de normalidad para la variable dependiente.....	94
TABLA 12: Comparación de medias variable dependiente y factores biológicos.....	96

TABLA 13: Correlación variable dependiente y factores biológicos.....98

TABLA 14: Comparación de medias variable dependiente y factores socioculturales.....99

TABLA 15 Correlación variable dependiente y factores socioculturales.....101

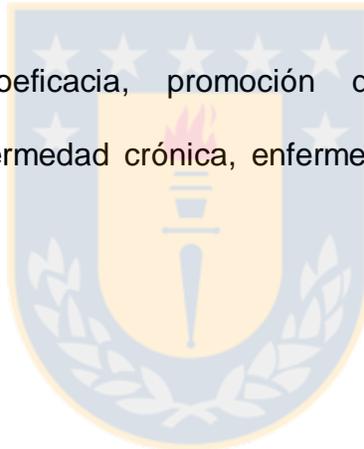


RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores biológicos y socioculturales relacionados con la percepción de autoeficacia general de las personas pertenecientes a un Programa de Salud cardiovascular (PSCV). **Material y método:** Diseño descriptivo y correlacional. Durante el 2017 se estudió la percepción de autoeficacia generalizada y su relación con factores biológicos (sexo, edad, factores de riesgo cardiovascular, riesgo cardiovascular global, adherencia objetiva) y factores socioculturales (nivel educacional, ingreso promedio mensual, evaluación de los cuidados crónicos) en 70 personas inscritas en PSCV en un Centro de salud en Chiguayante, seleccionadas aleatoriamente. **Resultados:** El perfil de la muestra fue mayoritariamente de sexo femenino, con una edad promedio de 52 años, de escolaridad media completa o inferior y de nivel socioeconómico de tercer quintil o inferior. El riesgo cardiovascular global fue principalmente moderado y alto, con la presencia de 1 a 2 factores de riesgo cardiovascular y la mayoría de los participantes “No compensados”. La media en el puntaje de la escala de autoeficacia generalizada fue de 37 puntos y de 87 puntos para la Evaluación de la atención de enfermedades crónicas para pacientes. Las dimensiones más altas de la evaluación de los cuidados crónicos fueron “Diseño del sistema de atención/apoyo en las decisiones y “Establecimiento de metas”. No se encontraron valores estadísticamente significativos al aplicar el coeficiente de correlación de Spearman entre la

variable dependiente (autoeficacia generalizada) y las variables independientes (factores biológicos y socioculturales). **Conclusiones:** Se concluye que es conveniente estudiar la autoeficacia de manera específica para conductas relacionadas con el manejo de factores de riesgo cardiovascular. Es necesario continuar realizando investigaciones que indaguen en el rol de los profesionales de enfermería en base al Modelo de cuidados crónicos y en el apoyo al automanejo de los usuarios.

Palabras clave: Autoeficacia, promoción de la salud, enfermedades cardiovasculares, enfermedad crónica, enfermería cardiovascular, factores de riesgo.



ABSTRACT

Aim: To identify the biological and sociocultural factors related to the perception of general self-efficacy of people belonging to a Cardiovascular Health Program (PSCV). **Material and Methods:** Descriptive and correlational design. During 2017, the perception of generalized self-efficacy and its relationship with biological factors (sex, age, cardiovascular risk factors, global cardiovascular risk, objective adherence) and sociocultural factors (educational level, average monthly income, evaluation of chronic care) was studied. in 70 people enrolled in PSCV in a health center in Chiguayante, randomly selected. **Results:** The profile of the sample was of female prevalence, with an average age of 52 years, of complete or lower average schooling and of socioeconomic level of third or lower quintile. The overall cardiovascular risk was mainly moderate and high, with the presence of 1 to 2 cardiovascular risk factors and the majority of the participants "Not compensated". The average score on the generalized self-efficacy scale was 37 points and 87 points for the Assessment of chronic disease care for patients. The highest dimensions of the evaluation of chronic care were "Design of the care system / decision support and" Goal setting ". **Conclusions:** No statistically significant values were found when applying the Spearman correlation coefficient between the dependent variable (generalized

self-efficacy) and the independent variables (biological and sociocultural factors).

Key words: Self-efficacy, health promotion, cardiovascular diseases, chronic disease, cardiovascular nursing, risk factors.



1. FUNDAMENTACIÓN

En los últimos años ha aumentado considerablemente el número de personas con enfermedades no transmisibles (ENT), constituyendo la principal demanda de atención de salud en la mayoría de los países del mundo, esto “debido al envejecimiento poblacional, la urbanización no planificada, globalización del comercio y del marketing y un incremento progresivo de un patrón de estilo de vida no saludable”¹. Según lo publicado en la web de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2015 destacan como principales causas de muerte la cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular, con una cifra que alcanza las 15 millones de defunciones al año; la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con 3.2 millones de muertes al año; el cáncer de pulmón tráquea y bronquios con 1.7 millones de personas fallecidas por esta causa y la diabetes, la cual mostró un aumento considerable desde el año 2000 al 2015, pasando desde 1 millón a 1.6 millones en 2015.^{2,3}

Las estadísticas globales son preocupantes, estadísticas de la OMS en 2017, señalan que las ENT son responsables del 70% de todas las muertes en el mundo, con una cifra que alcanza las 40 millones de personas al año, siendo las enfermedades cardiovasculares (ECV) la principal causa con 17.7 millones de personas fallecidas anualmente.⁴

Para Chile, la situación es similar. Los resultados preliminares de la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 muestran que se mantiene la tendencia de los últimos años, con un elevado nivel de morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo.^{3,5}

La encuesta nacional de salud revela un elevado nivel de morbilidad por. Las enfermedades cardiovasculares (ECV), ya sea isquémicas del corazón o coronarias, cerebrovasculares o arteriales periféricas son la principal causa de muerte en Chile, con un 27,1% del total de las defunciones el 2011^{4,5}. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el 80% de los ataques cerebrovasculares, enfermedades isquémicas del corazón y diabetes podrían prevenirse a través del control de sus principales factores de riesgo².

En nuestro país los factores de riesgo cardiovasculares (CV) tienen una alta prevalencia, así también lo demuestra las últimas encuestas nacionales de salud (ENS). Las dislipidemias tienen una prevalencia de 38,5%, la sospecha de diabetes mellitus un 12,3%, la sospecha de hipertensión el 27,6%, el tabaquismo un 33,3%, la obesidad abdominal tiene una prevalencia de 31,1%, el sedentarismo 86,7%, la obesidad y el sobrepeso tienen 34,3% y 39,8% de prevalencia respectivamente, y el consumo de alcohol de riesgo se presenta en un 11,7% de la población^{3, 5, 6}. Además esta encuesta de salud revela que “la mayor parte de los problemas de salud crónicos evaluados muestran una gradiente educacional evidente”, con mayor prevalencia en las personas con

menor escolaridad³. Otra de las conclusiones de este estudio fue la proporción considerable de personas expuestas a determinantes psicológicos adversos, los cuales las ponen en riesgo de adquirir o de una evolución no satisfactoria frente al tratamiento de enfermedades crónicas. Entre estos factores se encuentran: hostilidad de la personalidad, síntomas depresivos, bajo nivel de capital social de barrio, estrés personal o financiero permanente, bajos niveles de apoyo social emocional y material, entre otros⁶.

Es importante señalar que muchos de estos factores de riesgo son susceptibles de modificar. Este punto constituye el “flanco lógico donde intervenir”, para de este modo prevenir o detener el progreso de la enfermedad en las personas^{8,10}.

Atendiendo a la gravedad de la situación planteada anteriormente, en el año 2002, se creó el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV), como una de las principales estrategias del Ministerio de Salud para contribuir a reducir la morbimortalidad asociada a las ECV, a través de un manejo global de los factores de riesgo cardiovascular. A través de este enfoque de riesgo, se “establecen estrategias y actividades que permitan actuar anticipándose al daño, diagnosticando oportunamente a las personas con daños iniciales, aplicando tratamientos oportunos y eficaces y rehabilitando a quienes se enfermen”^{11,14}. De esta forma, las decisiones terapéuticas se basan en la probabilidad de una persona de tener un evento cardiovascular en el futuro. Es

decir, la evaluación del riesgo cardiovascular debe ser entendida como un tamizaje para identificar a aquellas personas que tienen una mayor probabilidad de tener una enfermedad cardiovascular, ya sea Infarto agudo del miocardio (IAM) o un Accidente cerebrovascular (ACV)¹⁵. Las personas con factores de riesgo pesquisadas a través del examen de medicina preventiva (EMPA), en la consulta de morbilidad o en otra actividad médica pueden acceder al PSCV en el nivel primario de atención para su manejo integral, con controles periódicos, exámenes y tratamiento farmacológico, si es necesario¹⁵. Los controles son realizados por un equipo multidisciplinario, que incluye médicos, enfermeras, nutricionistas y asistentes sociales. En los controles se evalúan los hábitos y estilos de vida y se entrega orientación para modificarlos, cuando estos son desfavorables. Además los pacientes son referidos a la atención secundaria cuando se sospecha de otras patologías o complicaciones.¹⁶

Uno de los principales desafíos en el manejo de las patologías de salud cardiovascular y el control de sus factores de riesgo, además del cambio de hábitos y comportamientos, es la adherencia terapéutica, tema que ha sido ampliamente estudiado y se ha asociado a diversos factores. Entre ellos podemos mencionar: actitudes, creencias y expectativas sobre los tratamientos, frecuencia de dosificación, conocimientos sobre la enfermedad, el acceso y costo de la atención y tratamiento, factores demográficos como edad, género, estado civil y nivel socioeconómico, la autoeficacia y la percepción de apoyo social, entre otras.^{10, 14}

El nuevo Modelo de atención para personas con Enfermedades Crónicas, publicado en 2015, establece que las necesidades de los usuarios son diversas y complejas y que estos requieren atención de salud permanente para “prevenir su progresión, controlar la sintomatología y apoyar el automanejo”. Se propone un modelo de atención centrado en las personas, adaptado a las necesidades de cada una, proactivo y con continuidad de cuidados, donde uno de sus principales componentes es el “apoyo al automanejo”¹⁵. A raíz de esto, resulta interesante analizar la influencia de factores psicosociales positivos en el manejo de la enfermedad crónica, los cuales contribuyen a alcanzar un bienestar integral, tanto en la dimensión emocional, como psicológica y social¹⁶. Recursos como la autoeficacia favorecen la adhesión al tratamiento, el control de la enfermedad y el bienestar de las personas¹⁴, debido a que incrementan la habilidad del paciente para guiar su tratamiento¹⁷. Los profesionales de la salud deberían fomentar “el desarrollo de estos recursos positivos para prevenir conductas y factores de riesgo y promover hábitos saludables que eviten enfermedades y/o faciliten su tratamiento.”¹⁶

Este último punto, la promoción de salud, constituye una estrategia básica para la adquisición y desarrollo de aptitudes y habilidades que permitan realizar cambios de comportamientos relacionados con la salud y al fomento de estilos de vida saludables¹⁵. Es por esto, que se está dando una reorientación a

los modelos de salud con acciones que incluyen la promoción de la salud y la prevención primaria de los factores de riesgo¹⁶.

En nuestro país, en el año 1998 se creó el Consejo Nacional para la Promoción de la Salud Vida Chile, con la consiguiente elaboración del Plan Nacional de Promoción de la Salud, con prioridades según los lineamientos de la OMS: enfermedades cardiovasculares, problemas de salud mental, accidentes y cáncer. Las políticas de promoción se enfocaron en 5 condicionantes principales: alimentación, actividad física, tabaco, factores protectores psicosociales y factores ambientales. Desde entonces, se establecieron metas, documentos técnicos, guías de vida sana, formación de recursos humanos y se llevaron a cabo reuniones y congresos.²⁰

Actualmente, potenciar acciones de Promoción de la Salud, forma parte de la Estrategia Nacional de Salud para la década 2011-2020. Estos desafíos sanitarios buscan “reducir los factores de riesgo asociados al consumo de tabaco, consumo de alcohol, sobrepeso y obesidad, sedentarismo, conducta sexual y consumo de drogas ilícitas”. Los objetivos mencionados implican incrementar los estilos de vida saludables y crear entornos saludables, además de aumentar los factores protectores para la salud de las personas.²¹

A nivel global, en 2013, tras la 8ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud se publica “La declaración de Helsinki sobre Salud en Todas las Políticas”. Esta declaración presenta un enfoque encaminado a mejorar la salud

y promover el bienestar, con énfasis en políticas públicas en todos los sectores que sistemáticamente tengan en cuenta las implicaciones de las decisiones sobre la salud, busquen sinergias y eviten efectos sanitarios nocivos para mejorar la salud de la población y la equidad en materia de salud.²²

El rol de enfermería en la promoción de la salud, es clave. La enfermería es una profesión comprometida con la salud y la calidad de vida del individuo, familia y comunidad²³; sus actividades incluyen la promoción, mantención y restauración de la salud, además de la prevención de enfermedades o lesiones. El modelo de promoción de salud de Nola Pender es uno de los modelos más predominantes en enfermería, plantea diversos determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, donde la autoeficacia representa uno de sus principales ejes¹⁸. La identificación de los factores relacionados con la autoeficacia, podría ser un gran aporte a la gestión de enfermería en el cuidado de las personas con patologías de salud cardiovascular.

A partir de todo lo anteriormente planteado surgen algunas interrogantes preliminares: *¿Estará asociada la autoeficacia con factores de riesgo cardiovascular? ¿Influyen los factores biológicos y socioculturales en la autoeficacia de las personas? ¿La autoeficacia estará relacionada con mejores indicadores de compensación de los pacientes del PSCV? ¿El apoyo al automanejo entregado por el equipo de salud mejorará la autoeficacia de las*

personas con ECV? ¿Pueden las intervenciones de enfermería mejorar la autoeficacia de las personas?

1.1 Problema de investigación

La interrogante guía durante este proceso de investigación es la siguiente:

¿Cuáles son los factores relacionados con la percepción de autoeficacia de las personas ingresadas al PSCV?

Interrogantes específicas

- 1. ¿Cómo será la percepción de autoeficacia de las personas con enfermedades cardiovasculares que se atienden en un programa de salud?*
- 2. ¿Estarán los factores biológicos relacionados con la percepción de autoeficacia de las personas?*
- 3. ¿Estarán los factores socioculturales relacionados con la percepción de autoeficacia de las personas?*

A continuación se expone el marco teórico y empírico que da sustento a esta investigación.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 Marco Teórico

Esta investigación se sustenta en los siguientes modelos y teorías: Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender y teoría de la Autoeficacia de Albert Bandura.

Modelo de Promoción de la Salud

Nola J. Pender, enfermera estadounidense, expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano, creó un modelo de enfermería que da respuestas a la forma en cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud²⁴. Propuso el Modelo de promoción de la Salud (MPS) con el propósito de ayudar a las enfermeras en la comprensión de los principales factores determinantes de las conductas de salud como una base en el asesoramiento conductual para promover estilos de vida saludables²⁵.

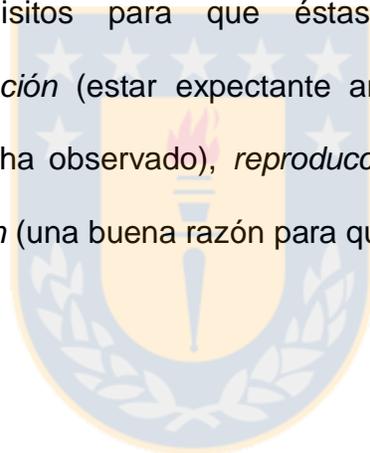
El MPS pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr²⁴.

El modelo apareció por primera vez en la literatura de enfermería en 1982, en la primera edición de su texto *Health Promotion in Nursing Practice*²⁵,²⁶. Fue revisado en 1996 debido a cambios de perspectivas teóricas y descubrimientos empíricos. Se han realizado investigaciones basadas en este modelo por más de 27 años y más de 40 estudios han mostrado la capacidad predictiva del modelo para la promoción de la salud^{25, 26}.

Sus raíces filosóficas se encuentran en el paradigma de la Interacción Recíproca, en el cual los seres humanos son vistos holísticamente, pero las partes pueden ser estudiadas en el contexto de la totalidad; los seres humanos interactúan con su entorno y le dan forma para satisfacer sus necesidades y objetivos.

Por otro lado, sus raíces teóricas se encuentran en primer lugar, en el Modelo de Valoración de las Expectativas de Feather²⁵, el cual propone que los individuos se comprometen en acciones para alcanzar metas que se perciben como alcanzables y que se traducen en resultados valiosos²⁵. Este modelo afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad. De acuerdo con esto, cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo²⁴.

En segundo lugar el modelo se basa en la Teoría Social Cognitiva de Albert Bandura que trata acerca de la interacción de pensamientos, comportamientos y medio ambiente; plantea que para que las personas cambien la forma en que se comportan, deben cambiar la forma en que ellos piensan²⁵. Postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. Señala cuatro requisitos para que éstas aprendan y modelen su comportamiento: *atención* (estar expectante ante lo que sucede), *retención* (recordar lo que uno ha observado), *reproducción* (habilidad de reproducir la conducta) y *motivación* (una buena razón para querer adoptar esa conducta)²⁴.



Aspectos generales del modelo^{24, 25, 27.}

El MPS expone cómo las características y experiencias individuales así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud²⁴. Según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados²⁷. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud, la cual es definida, por Pender, como la “realización del potencial humano inherente y adquirido a través de la conducta dirigida a la meta, el autocuidado competente y las relaciones satisfactorias con otros, mientras se hacen ajustes necesarios para mantener la integridad estructural y la armonía con los ambientes relevantes a la optimización de la vida”²⁵, teniendo en cuenta que para la transformación de estas conductas debe haber una relación entre los determinantes interpersonales de la salud y los efectos del medio ambiente. Los factores personales y del entorno deben favorecer una conducta saludable dentro de cada comunidad. La concepción de la salud en la perspectiva de Pender, parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la

resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida²⁷.



Principales componentes del modelo^{25, 26, 28}

El modelo identifica los factores de fondo que influyen en el comportamiento de salud. Sin embargo, el foco central del modelo está en ocho creencias que pueden ser evaluadas por la enfermera. Estas ocho creencias son puntos críticos en la intervención de enfermería. Usando el modelo y trabajando colaborativamente con el paciente/cliente, la enfermera puede ayudar a la persona en el cambio de conductas para lograr un estilo de vida saludable. A continuación se exponen y explican los principales componentes del modelo^{25,}

²⁶.

El primer componente son las ***Características y las experiencias individuales***, las cuales afectan a las acciones de la salud, entre ellas tenemos:

- *La Conducta previa relacionada*, se refiere a experiencias anteriores que pudieran tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud.
- *Los Factores personales*, categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales. Estos factores son características generales del individuo que influyen la conducta de salud. Los *Factores personales biológicos* incluyen variables como la edad, el sexo, el índice de masa corporal, el estado de pubertad, el estado de menopausia, la capacidad aeróbica, la fuerza, la agilidad y el equilibrio. Los *Factores personales psicológicos*

incluyen variables como la autoestima, la automotivación, la competencia personal, el estado de salud percibido y la definición de la salud. Finalmente, los *Factores personales socioculturales* incluyen factores como la etnia, la aculturación, la formación y el estado socioeconómico.

El segundo componente son los **Conocimientos específicos de la conducta y del afecto**, éstos son considerados como los de mayor importancia motivacional; estas variables son modificables mediante las acciones de enfermería. Son los siguientes:

- Los *Beneficios percibidos para la acción*, entendidos como la percepción de consecuencias positivas al comprometerse con un comportamiento de salud.
- Las *Barreras percibidas para la acción*, es decir la percepción de posibles bloqueos (imaginados o reales), obstáculos y costes personales de la adopción de una conducta determinada.
- La *Autoeficacia percibida*, que se define como el juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud, la autoconfianza en realizar un comportamiento de salud exitosamente. La autoeficacia percibida influye sobre las barreras percibidas para la acción, de manera que la mayor eficacia lleva a una menor percepción de barreras para el desempeño de la conducta deseada.

– El *Afecto relacionado con la actividad*, entendido como los sentimientos subjetivos positivos y negativos que se dan antes, durante y después de la conducta. El afecto relacionado con la actividad influye en la autoeficacia percibida, lo que significa que cuanto más positivo es el sentimiento subjetivo mayor es el sentimiento de eficacia. Poco a poco, el aumento de sentimientos de eficacia puede generar un mayor afecto positivo.

– Las *Influencias interpersonales* o los conocimientos acerca de las conductas, creencias o actitudes de los demás. Las influencias interpersonales incluyen: normas (expectativas de las personas más importantes), apoyo social (instrumental y emocional) y modelos de rol (aprendizaje indirecto mediante la observación de los demás, comprometidos con una conducta en particular). Las fuentes primarias de las influencias interpersonales son las familias, las parejas y los cuidadores de salud.

– Finalmente, tenemos las *Influencias situacionales*, dadas por las percepciones y cogniciones personales de situación o contexto determinado que puede facilitar o impedir la conducta. Incluyen las percepciones de las opciones disponibles, características de la demanda y rasgos estéticos del entorno en que se propone que se desarrollen ciertas conductas promotoras de la salud. Las influencias situacionales pueden tener influencias directas o indirectas en la conducta de salud.

El último componente del modelo son los ***Antecedentes inmediatos de la conducta o de los resultados conductuales***. Un suceso conductual se inicia con el compromiso de actuar, a menos que haya una demanda contrapuesta que no se pueda evitar o una preferencia contrapuesta que no se pueda resistir. A continuación se explican sus determinantes:

- El *Compromiso con un plan de acción* es la intención de llevar a cabo un comportamiento de salud en particular incluyendo la identificación de una estrategia planificada para hacerlo exitosamente
- Por otro lado existen *Demandas y preferencias contrapuestas inmediatas*, que son comportamientos alternativos que influyen en la conciencia de posibles cursos de acción justo antes de la aparición prevista de una conducta de salud planificada. En primer lugar las *Demandas contrapuestas* son aquellas conductas alternativas sobre las cuales los individuos presentan un bajo control debido a que existen contingentes del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia. En contraparte se presentan las *Preferencias contrapuestas*, que son conductas alternativas que permiten a los individuos un control relativamente alto dirigidas a elegir algo, por ejemplo pueden seleccionar entre diferentes opciones de colaciones saludables.

Finalmente, a partir de la interacción de los componentes previamente mencionados se producirá la *Conducta promotora de salud*, esto es el

comportamiento deseado o el resultado de la acción dirigido a los resultados de salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva. Los ejemplos de la conducta de promoción de la salud son mantener una dieta sana, realizar ejercicio físico de forma regular, controlar el estrés, conseguir un descanso adecuado y un crecimiento espiritual y construir unas relaciones positivas^{25, 26, 28}.

La interacción de estos conceptos está graficada en el Diagrama del Modelo de Promoción de la Salud.

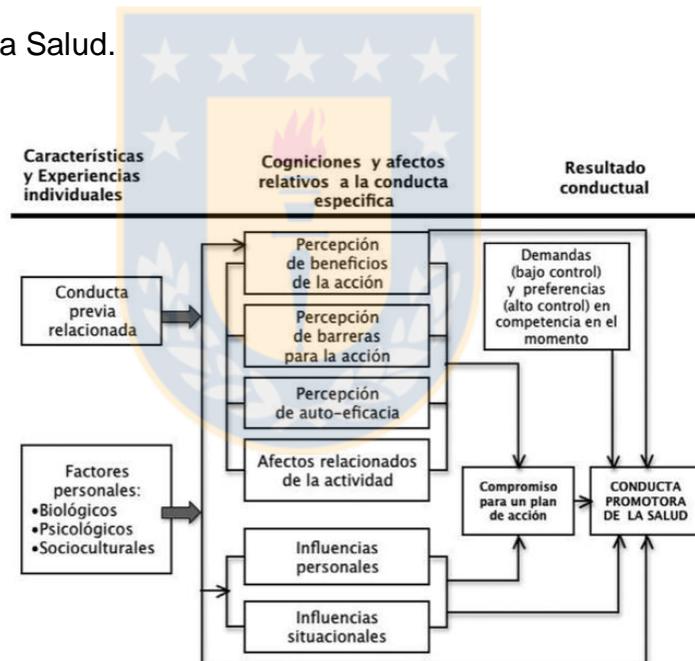


Figura 1: MPS de Nola Pender

Fuente: Modelo de promoción de la Salud de Pender 1996. En Cid P, Merino J, Stiepovich J. Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. Rev. méd. Chile. 2006 Dic [citado 2018 Abr 05]; 134(12):

1491-1499

Principales Supuestos del MPS^{26, 29}.

Estas premisas reflejan tanto la enfermería como las perspectivas de las ciencias del comportamiento, destacan el papel activo del paciente en gestionar las conductas de salud modificando el contexto del entorno. El MPS se basa en los siguientes supuestos.

1. Las personas buscan crear condiciones de vida a través de las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana
2. Las personas tienen la capacidad de auto-conciencia reflexiva, incluida la valoración de sus propias competencias.
3. Las personas valoran el crecimiento en las direcciones observadas como positivas e intentan conseguir un equilibrio personalmente aceptable entre el cambio y la estabilidad
4. Los individuos buscan regular de forma activa su propio comportamiento
5. Las personas en toda su complejidad biopsicosocial interactúan con el medio ambiente, transformando progresivamente su entorno y siendo transformados a lo largo del tiempo.
6. Los profesionales de la salud constituyen una parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida.
7. La reconfiguración Auto-iniciada (iniciada por uno mismo) de patrones interactivos persona-medio ambiente es esencial para el cambio de comportamiento^{26, 29}.

Proposiciones teóricas del MPS^{26, 29}.

Las declaraciones teóricas derivadas del modelo proporcionan una base para el trabajo de investigación sobre conductas de salud. El MPS se basa en las siguientes proposiciones teóricas:

1. La conducta previa y las características heredadas y adquiridas influyen en las creencias, el afecto y en la adopción de las conductas de promoción de la salud.
2. Las personas se comprometen a adoptar conductas de las cuales anticipan beneficios valorados personalmente
3. Las barreras percibidas pueden obligar a adquirir el compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real.
4. La competencia percibida de autoeficacia para ejecutar una cierta conducta aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta.
5. La mayor autoeficacia percibida tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica.
6. El afecto positivo hacia una conducta lleva a una autoeficacia más percibida, que puede, poco a poco, llevar a un aumento del afecto positivo.
7. Cuando las emociones positivas o el afecto se asocian con una conducta, aumenta la probabilidad de compromiso y acción.
8. Es más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de

promoción de la salud cuando los individuos importantes para él/ella modelan su conducta, esperan que se produzca la conducta y ofrecen ayuda y apoyo para permitirla.

9. Las familias, las parejas y los cuidadores de la salud son fuentes importantes de influencias interpersonales que pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso para adoptar una conducta promotora de salud.
10. Las influencias situacionales en el entorno externo pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud
11. Cuanto mayor es el compromiso de un plan específico de acción, más probable es que se mantengan las conductas promotoras de salud a lo largo del tiempo.
12. Es menos probable que el compromiso de un plan de acción acabe en una conducta deseada cuando las exigencias contrapuestas en las que las personas tienen menos control requieren una atención inmediata.
13. Es menos probable que el compromiso de un plan de acción llegue a ser la conducta deseada cuando unas acciones son más atractivas que otras y, por lo tanto, son preferidas en la meta de la conducta.
14. Las personas pueden modificar los conocimientos, el afecto y los entornos interpersonales y físicos para crear incentivos para las acciones de salud²⁶.

La importancia de la Autoeficacia en el MPS^{25, 26, 29.}

Uno de los dos temas principales en el programa de investigación de Nola Pender es la comprensión de cómo la autoeficacia afecta el esfuerzo y las respuestas afectivas. La autoeficacia es una construcción central para el MPS²⁶.

Una de las principales proposiciones teóricas del modelo plantea que la competencia percibida de la autoeficacia para ejecutar una determinada conducta aumenta la probabilidad de lograr un compromiso de acción y así conseguir la realización real de la conducta. Así mismo, otra de las proposiciones afirma que la mayor percepción de autoeficacia tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica. Además el modelo se basa en que los afectos positivos hacia un comportamiento producen una mayor autoeficacia percibida. Finalmente, se propone que cuando existen emociones positivas asociadas a una conducta, la probabilidad de un compromiso para la acción es mayor^{25, 26, 29.}

Teoría de la autoeficacia de Albert Bandura

En la década de los 70' surge un nuevo paradigma en contraposición al conductismo, el cual plantea y destaca el estudio de los procesos internos del sujeto como aspectos dinámicos y constitutivos del ser humano; esto se conoce como Segunda Revolución Cognitiva³⁰. Albert Bandura, psicólogo canadiense analizó las influencias entre las personas, su comportamiento y el medio ambiente con un modelo trídico de interacción y determinismo recíproco, el cual se explica a continuación.

Determinismo recíproco

Plantea que el ambiente causa el comportamiento y que el comportamiento causa el ambiente también; el mundo y el comportamiento de una persona se causan mutuamente. Destaca la interacción dinámica entre el desarrollo del individuo y el contexto cambiante que genera una conducta observable³¹.

Interacción trídica

Considera la personalidad como una interacción entre tres entes: el ambiente, el comportamiento o conducta y los factores personales; los que a su vez se clasifican en factores biológicos, afectivos y cognitivos (pensamientos,

creencias y expectativas). Se establece que la conducta humana debe ser descrita en términos de la interacción entre estos determinantes³¹.

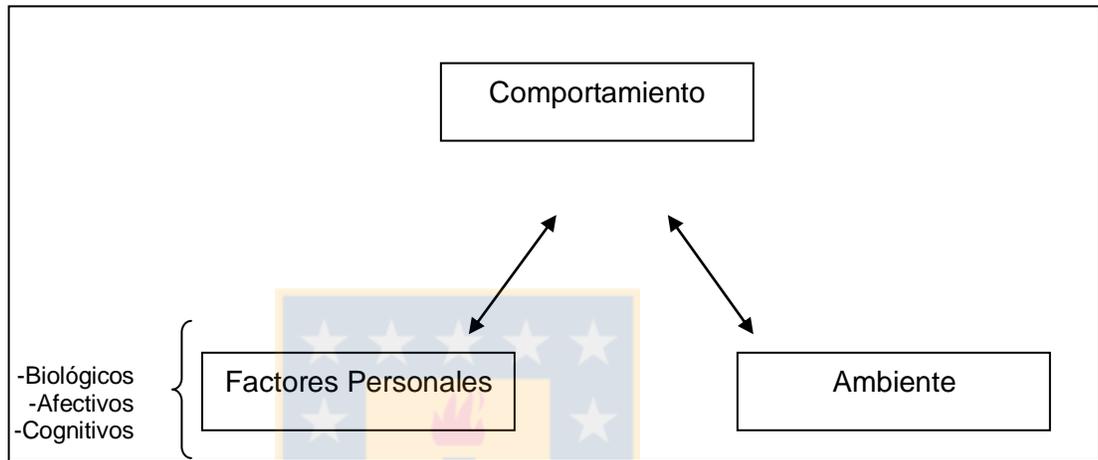


Figura 2: Interacción trídica en la Teoría Social Cognitiva de Bandura

Fuente: Elaboración de la autora, basada en Bandura (1989)

La teoría social cognitiva plantea que la motivación humana y la conducta están reguladas por el pensamiento a través tres mecanismos sociocognitivos: las expectativas de situación, las expectativas de los resultados y la autoeficacia²⁸.

Sobre las **Expectativas de situación resultado**, se cree que las consecuencias son producidas por eventos ambientales independientes de la acción personal^{31, 32}.

Acerca de la **Expectativas de acción resultado** se cree es la creencia que una conducta producirá determinados resultados ^{31, 32}.

Finalmente la motivación y conducta estarían reguladas por las **Expectativas de Autoeficacia** o también llamada Autoeficacia percibida, la cual se refiere a la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados ^{31, 32}.



El concepto de Autoeficacia

Bandura definió la percepción de autoeficacia o autoeficacia percibida como los juicios de cada persona sobre sus capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado³³. Se refiere a la evaluación que efectúa una persona en su capacidad o competencia para llevar a cabo una tarea, alcanzar una meta o vencer un obstáculo³⁴.

Se origina principalmente de dos ideas de Bandura, la primera es que las intervenciones que modifican el ambiente son eficaces para modificar la conducta y la segunda que la intervención cognitiva del sujeto es imprescindible. Se avanza entonces a identificar a la autoeficacia como un estado psicológico en el cual la persona evalúa su capacidad y habilidad de ejecutar determinada tarea, actividad, conducta, entre otros, en una situación específica con un nivel de dificultad previsto³⁵.

El concepto no hace referencia a los recursos de que se disponga, sino a la opinión que uno tenga sobre lo que puede hacer con ellos. Podríamos definir la autoeficacia como la confianza que tenemos en nosotros mismos, pero, para Bandura, es mucho más que eso, la autoeficacia no es un simple mecanismo predictivo de la conducta futura, sino que, influye sobre la misma, es decir, la autoeficacia hace a la persona productora de su propio comportamiento. La percepción de autoeficacia determinará el tipo de conductas elegidas, la

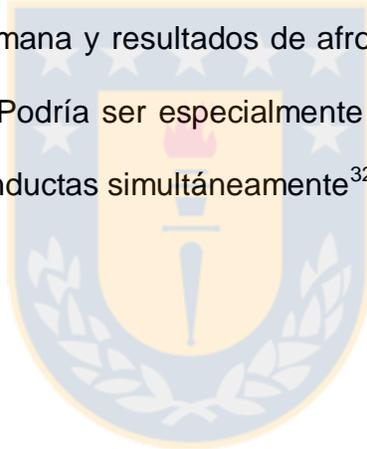
cantidad del esfuerzo dedicado a enfrentar situaciones difíciles y el tiempo que se persistirá en el intento de solucionarlas³⁴.

Dicho de otra forma, el constructo principal para realizar una conducta es la autoeficacia, tal que la relación entre el conocimiento y la acción estarán significativamente mediados por el pensamiento de autoeficacia. Las creencias que tiene la persona sobre la capacidad y autorregulación para poner en marcha dicha conducta serán decisivas. De esta manera, las personas estarán más motivadas si perciben que sus acciones pueden ser eficaces, esto es si hay la convicción de que tienen capacidades personales que les permitan regular sus acciones. Bandura concede una gran importancia a este concepto, tal que, considera que influye a nivel cognitivo, afectivo y motivacional. Así, una alta autoeficacia percibida se relaciona con pensamientos y aspiraciones positivas acerca de realizar la conducta con éxito, menor estrés, ansiedad y percepción de amenaza, junto con una adecuada planificación del curso de acción y anticipación de buenos resultados³³.

La autoeficacia ha sido estudiada desde dos perspectivas, específica y general, las cuales se explicaran en seguida. Por un lado, la **Autoeficacia Específica** es definida como la creencia sobre el nivel de competencia en situaciones particulares y la **Autoeficacia General** es definida como la sensación de competencia total de la persona que la habilita para enfrentar nuevas tareas y hacer frente a una gran variedad de situaciones difíciles. Se

refiere a un sentido amplio y estable de competencia personal sobre cuán efectiva puede ser la persona al afrontar una variedad de situaciones estresantes^{32, 33}.

La autoeficacia es tradicionalmente entendida como referida a un dominio o una tarea específica. Es más, para la mayoría de las aplicaciones, Bandura plantea que la autoeficacia percibida debe ser conceptualizada de manera específica, no obstante la autoeficacia general puede explicar un amplio rango de conducta humana y resultados de afrontamientos cuando el contexto es menos específico. Podría ser especialmente útil cuando la investigación se centra en múltiples conductas simultáneamente³².



Fuentes de Autoeficacia

Las creencias que la persona tiene sobre su propia autoeficacia proceden de cuatro fuentes:

- 1. Los logros alcanzados en la ejecución:** Los éxitos contribuyen a construir un fuerte sentimiento de autoconfianza, los fracasos van socavando dicho sentimiento, especialmente, si se experimentan antes que la autoeficacia se haya formado.
- 2. La experiencia vicaria:** Es proporcionada por modelos sociales; el hecho de que personas similares han tenido éxito en la tarea, fortalecerá la creencia en la autoeficacia, la que se verá disminuida, sin embargo, si las personas que actúan como modelos, fracasan.
- 3. La persuasión verbal:** Aquellas personas que son persuadidas de que pueden lograr determinados éxitos harán mayores esfuerzos para ejecutar las tareas, siendo la persuasión más eficaz para disminuir la autoeficacia que para aumentarla.
- 4. Conocimiento que la persona tiene de su estado fisiológico:** Es la información que percibimos como positiva o negativa de la capacidad fisiológica para realizar determinadas tareas³⁴.

Procesos de Autoeficacia

Bandura (1995), refiere que la autoeficacia influye en el comportamiento y en el funcionamiento de la persona a través de cuatro tipos de procesos:

- 1. Cognitivos:** La influencia que las creencias de autoeficacia ejercen en el comportamiento humano se deriva de la posibilidad de anticipación de los resultados de la ejecución, que influyen directamente en el tipo de objetivo que la persona se plantea alcanzar. La acción se organiza inicialmente en el pensamiento, se modela escenarios anticipadamente, se construye y se ensaya.
- 2. Emocionales:** La autoeficacia se convierte en un importante factor que influye en la autorregulación de la conducta. Bandura destaca que la motivación humana se genera cognitivamente, mediante la anticipación de metas alcanzadas. El tipo de expectativas que se tenga sobre determinado objetivo o meta, va a determinar la cantidad de esfuerzo que se invierta en el logro de la misma, el tiempo que se persevera ante las dificultades y la resistencia ante los fracasos.
- 3. Afectivos:** La autoeficacia influye en la cantidad de estrés y depresión que experimentamos en situaciones amenazadoras. La falta de confianza en uno mismo puede generar ansiedad cuando se trata de resolver tareas que encierran un grado de dificultad, lo cual a su vez influye en la ejecución.

4. Selectivos: La autoeficacia por último determina el tipo de comportamiento que seleccionamos, la persona con bajas expectativas de autoeficacia en determinados ámbitos de su vida, evitará las tareas difíciles, y tendrá menor nivel de aspiración y de compromiso con las metas que adoptan. De este modo, la autoeficacia se ha utilizado bastante en ciencias de la educación y salud³⁴.



2.2 Marco Empírico

Con el propósito de contextualizar la investigación propuesta, se expondrán a continuación algunos estudios que indagaron en la relación entre la autoeficacia y algunos factores claves de la salud cardiovascular.

Promoción de Salud en personas que viven en el área de Concepción

En 2011 Vidal y colaboradores realizaron una investigación de modelo descriptivo y correlacional con el objetivo de determinar la relación entre estilo de vida promotor de salud y variables psicosociales, demográficas y de salud, en las comunas de Coronel y Concepción. Los resultados del estudio, aplicado a 441 adultos entre 20 y 65 años que asistían a establecimientos de atención primaria de salud, arrojaron una asociación significativa entre estilo de vida promotor de salud y determinantes como lugar de residencia, edad, sexo, educación e ingresos. También se encontraron asociaciones significativas con variables psicosociales como: percepción de problemas del entorno, satisfacción con aspectos de la vida, apoyo afectivo, apoyo y confianza, autoestima y autoeficacia³⁶.

Otro estudio realizado en Concepción, llevado a cabo en 2006 por Cid et. al, indagó en los factores personales que pueden ser predictores del estilo de vida promotor de salud, encontrando en primer lugar que sólo el 52,2% de la muestra tenía un estilo de vida saludable. En segundo lugar los resultados

evidenciaron que variables como sexo, edad y ocupación, acceso a la salud, la autoestima, el estado de salud percibido y la autoeficacia percibida tenían un efecto significativo en el estilo de vida promotor de salud; no así variables como escolaridad, religión, estado civil e ingresos³⁷.



Rol de la autoeficacia en la salud de las personas

La autoeficacia ha sido estudiada desde la psicología y la enfermería como un importante predictor de conductas de salud. De hecho, frente a lo difícil que puede ser el motivar a la adopción de conductas que promuevan la salud o el detener conductas nocivas para ésta, la autoeficacia ha mostrado consistentemente ser un factor de gran importancia^{32, 38}.

Un estudio que indagó en la relación de factores psicosociales y criterios de salud como bienestar, satisfacción y conductas preventivas, encontró una asociación entre la autoeficacia general y la competencia percibida en salud con las conductas preventivas y percepción de bienestar³⁹.

Otra investigación de tipo cualitativa en adultos mayores sugirió el rol mediador de la autoeficacia en la mantención de conductas promotoras de salud⁴⁰. En este mismo sentido, en 2015, se estudiaron 853 participantes, estableciendo un rol preponderante de la autoeficacia en los cambios de planificación para conseguir cambios en el comportamiento⁴¹.

Una investigación del año 2013, realizada en la ciudad de Concepción, asoció positivamente la autoeficacia y el apoyo social con la satisfacción vital en adolescentes⁴². Otra investigación del mismo año en Concepción, relacionó la autoeficacia y el apoyo social con la satisfacción vital en 358 adolescentes, encontrando altos niveles en las 3 variables. Además se observaron relaciones

significativas entre la satisfacción vital y el apoyo social y la autoeficacia, siendo algo mayor la relación con ésta última⁴³.

En 2014 Albuquerque et.al estudiaron el rol la autoeficacia como mediadora de la relación entre el bienestar subjetivo y salud general en 228 cadetes militares de Brasil ⁴⁴. Otro estudio de interés es el de Álvarez y Barra del año 2010, quienes estudiaron la autoeficacia general, el estrés percibido y la adherencia terapéutica en paciente hemodializados, encontrando relaciones directas entre la autoeficacia general con un autoinforme de adherencia global y a medicamentos, no así con los indicadores objetivos de adherencia⁴⁷.

Resulta importante considerar entonces indicadores objetivos del estado de salud al momento de evaluar el impacto de la autoeficacia. Finalmente un análisis realizado en 2012 sobre la investigación empírica en países latinoamericanos sobre autoeficacia y su impacto en la salud mostró una producción muy baja latinoamericana en comparación a la producción mundial. Además estableció que las condiciones de salud estudiadas en los artículos encontrados eran principalmente: salud general, enfermedades crónicas, fibromialgia, enfermedades sexuales, salud psicológica, malestar físico, conductas saludables y conductas alimentarias anómalas⁴⁶. Esto viene a reforzar la importancia de investigar la autoeficacia en nuestro contexto de salud.

Rol de la autoeficacia en personas con enfermedades cardiovasculares

Como se ha planteado, los cambios en el estilo de vida son difíciles para la mayoría de la población, sin embargo son necesarios para las personas con una enfermedad crónica. La facilidad con la que se producen tales cambios depende de las creencias de autoeficacia de la persona y de las expectativas de resultados⁴⁷. Considerando la condición de crónicas que tienen las enfermedades cardiovasculares a continuación se exponen algunas experiencias que ponen de manifiesto la importancia de la autoeficacia en el manejo de éstas.

Un estudio realizado en 2008 por Avendaño y Barra indagó en el rol de la autoeficacia y el apoyo social en la calidad de vida de adolescentes con enfermedad crónicas que se atendían en el Hospital Regional de Concepción. Encontraron que la autoeficacia tenía una influencia muy significativa en el nivel de calidad de vida, mientras que el apoyo social mostró tener muy poca influencia sobre la calidad de vida informada por los participantes⁴⁸.

En cuanto a la autoeficacia en la enfermedad cardiovascular, Carpi et.al estudiaron a 359 sujetos, demostrando que la autoeficacia influye positiva y significativamente sobre la intención y sobre la conducta, pero no sobre la conducta preventiva. Por lo anterior, los investigadores sugieren distinguir entre autoeficacia y percepción de control en la prevención de conductas de salud cardiovascular⁴⁹. En 2012, con el objetivo de investigar la contribución de la

percepción de enfermedad y las creencias de autoeficacia sobre el impacto que ejerce la gravedad de la enfermedad en la salud y la satisfacción con la vida en los pacientes con ECV al participar en un programa de rehabilitación, Steca y colaboradores realizaron un estudio transversal, con 116 pacientes involucrados. Después de analizar los resultados, los autores recomendaron implementar intervenciones orientadas a mejorar la calidad de vida de los pacientes, resaltando la importancia de trabajar con la percepción de su enfermedad y la autoeficacia, para mejorar los niveles de salud y satisfacción vital⁵⁰.

Continuando con el rol de la autoeficacia en las ECV, es interesante analizar la investigación realizada por Sol y colaboradores en 2006, en la cual se estudió la relación de esta variable con factores como edad, sexo, enfermedad, peso, diabetes mellitus, sobrepeso y hábito tabáquico. De todos los factores mencionados anteriormente los que se relación mayormente con altos niveles de autoeficacia fueron el correcto uso de la medicación, el ejercicio y control del peso; en contraste se encontraron menores niveles de autoeficacia en pacientes con diabetes y fumadores. Los autores recomiendan considerar intervenciones basadas en autoeficacia en el cuidado de enfermería e investigación⁵¹.

Una revisión de 1129 artículos, realizada por Barlow et.al encontró que existen diferencias en la literatura que sugieren que se necesita más atención

respecto a intervenciones de automanejo para niños, adultos jóvenes y cuidadores. Además existe la necesidad de entrenar a los profesionales de salud para que promuevan habilidades de automanejo en los pacientes, además de apoyar a las personas que no puedan aceptar el concepto de automanejo para hacer una buena transición⁵².

Considerar este último punto, en la gestión de los profesionales de atención primaria de nuestro país es de suma importancia a la luz del nuevo modelo de atención para personas con enfermedades crónicas, el cual enfatiza el apoyo al automanejo. En relación a intervenciones efectivas en el automanejo, en 2008 se realizó un estudio randomizado – controlado, en el cual participaron 153 pacientes recientemente referidos con enfermedades vasculares sintomáticas, a los cuales se les realizó una intervención de enfermería consistente en la promoción de autoeficacia y del tratamiento médico de los factores de riesgo vascular. Se midió la autoeficacia y los factores de riesgo (tabaquismo, circunferencia de cintura, presión arterial y niveles de glucosa y lípidos, luego de un año de la intervención. Los resultados arrojaron que la autoeficacia total no cambió en ninguno de los dos grupos (intervención/control), pero sí lo hizo la autoeficacia en tareas específicas, tales como la elección de comida saludable y hacer ejercicio extra⁵³.

Otra investigación a considerar sobre programas de intervenciones, es una revisión sistemática realizada en 2010 en Estados Unidos, la cual pretendía

realizar una revisión comprensiva sobre programas de automanejo en pacientes con enfermedad cardiovascular, buscando específicamente aquellas en las cuales la autoeficacia fuera el componente clave de la efectividad de tales programas. Se identificaron 5 programas enfocados en autoeficacia que fueron rigurosamente evaluados por múltiples estudios en distintas poblaciones, cada uno de estos programas mostró ser efectivo en aumentar el compromiso y el involucramiento en el manejo de la enfermedad, demostrando un incremento de la autoeficacia mientras los pacientes desarrollaban habilidades de automanejo. Estos programas también demostraron incrementar resultados clínicos en estos pacientes, tales como menores niveles de presión arterial y reducción de las hospitalizaciones⁵⁴.

Otra revisión sistemática publicada en 2014 indagó en la efectividad de intervenciones basadas en el empoderamiento y el automanejo en pacientes con enfermedades metabólicas crónicas. Se revisaron 19 artículos que trataban sobre intervenciones de empoderamiento, encontrando que la mayoría de ellos tenía un impacto significativo en la mejora de los niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1c), circunferencia de cintura, autoeficacia y empoderamiento. Menos significativo fue el impacto de estas intervenciones en la reducción del peso corporal y el índice de masa corporal⁵⁵.

Como se planteó en la fundamentación, el Ministerio de Salud de Chile, ha propuesto un nuevo modelo de atención a personas con enfermedades

crónicas (MAC), en el cual el apoyo al automanejo es una piedra angular. Para evaluar la atención de enfermedades crónicas se propone la utilización del Assessment of Chronic Illness Care el cual es mundialmente conocido como ACIC, por sus siglas en inglés. Este instrumento fue validado en Chile por Arteaga et al., quien lo tradujo como “Evaluación de la Atención de Enfermedades Crónicas” (EVAEC). Este instrumento es una herramienta práctica para el mejoramiento continuo del MAC, basado en la percepción del equipo de salud, el cual evalúa las fortalezas y debilidades del cuidado que están otorgando a personas con una enfermedad en particular, según la presencia de cada uno de los seis componentes del MAC.

Una forma de complementar los resultados del EVAEC con la perspectiva de los usuarios es la utilización de la escala PACIC (Patient Assessment of Care for Chronic Conditions), la cual mide acciones específicas relacionadas con la calidad de los cuidados según la percepción de las personas con enfermedad crónica^{15, 56}.

Las conclusiones de los estudios anteriormente mencionados entregan una referencia sobre algunos factores a considerar en el estudio de la autoeficacia y el automanejo en enfermedades cardiovasculares. A continuación, se exponen estudios que tratan la autoeficacia y su relación con factores de riesgo cardiovascular específicos tales como hipertensión, diabetes,

dislipidemias, sedentarismo, exceso de peso, tabaquismo y consumo de alcohol.



Rol de la autoeficacia en personas con hipertensión arterial

Se destacan dos estudios recientes, realizados en 2010 y 2013. El primero, realizado en Estados Unidos analizó 2 estudios randomizados-controlados en los cuáles se estudió a 585 personas en control por hipertensión primaria, se realizó una intervención colaborativa entre médicos y farmacéuticos, la cual consistió en consejería, por 6 y 9 meses, sobre el manejo de la hipertensión y la adherencia al tratamiento farmacológico. Los resultados arrojaron un leve aumento pero estadísticamente significativo en los puntajes de autoeficacia y apoyo social en el grupo de intervención⁵⁷.

El segundo estudio, del mismo país, realizado en 190 personas afroamericanas, indagó en la asociación entre la autoeficacia y comportamiento de autocuidado para la hipertensión. Se correlacionó positivamente un buen nivel de autoeficacia con 5 de las 6 conductas de autocuidado evaluadas: adherencia a la medicación, dieta baja en sal, compromiso con la actividad física, no fumar y practicar técnicas de control de peso. La única conducta que no tuvo asociación significativa con la autoeficacia fue la abstinencia al alcohol⁵⁸.

Rol de la autoeficacia en personas con diabetes mellitus

La diabetes mellitus ha tenido un crecimiento epidémico en los últimos años, contribuyendo a la discapacidad, morbilidad y mortalidad. Muchos factores contribuyen a controlar exitosamente la diabetes, incluyendo conocimientos relacionados con la enfermedad, habilidades para adherencia a las indicaciones y la autoeficacia⁵⁹. Las creencias de autoeficacia involucran frecuentemente competencias técnicas necesarias para la ejecución de un comportamiento. Por ejemplo una competencia elevada se puede requerir para controlar la glicemia sanguínea, administrar insulina, practicar ejercicio físico, control de impulsos y para lograr una interacción exitosa con el entorno, tal como es requerido en los pacientes con diabetes.⁶⁰

En 2012. Liu et.al realizaron un análisis de concepto de la autoeficacia de ancianos chinos con diabetes mellitus, a través de una revisión de literatura, con las palabras clave autoeficacia, diabetes tipo II, anciano, autocuidado y China. Se identificaron cuatro atributos que definen la autoeficacia: el reconocimiento cognitivo de técnicas específicas y habilidades requeridas para el manejo de la diabetes, la percepción de expectativas de los resultados de la autogestión, la confianza en la capacidad de llevar a cabo esfuerzos de autogestión y la autogestión sostenida de la diabetes. Concluyeron que la autoeficacia ha sido un factor determinante en la autogestión de los ancianos con diabetes y que el fomento de la autoeficacia debe ser incorporado en la

toma de decisiones y los procedimientos de resolución de problemas en el autocuidado de los adultos mayores con diabetes.⁶¹

Según Wang y colaboradores, quienes realizaron la validación de una escala de autoeficacia para latinos con diabetes, la prevalencia en este grupo es mayor en comparación a blancos no latinos, presentando éstos además un pobre control glicémico, con el consiguiente aumento de las complicaciones y la mortalidad. Señalan también que la efectividad del manejo de la diabetes incluye el acceso constante y la recepción de servicios preventivos, así como también la adherencia del paciente a comportamientos de auto-manejo de la diabetes. Por otro lado, justifican su estudio en la guías de la Asociación Americana de la Diabetes, las cuales recomiendan el automanejo como parte importante del cuidado de esta patología. Algunas de las conductas de automanejo, incluyen: la auto-monitorización de la glucosa en sangre, la actividad física regular y el consumo de una dieta equilibrada⁵⁹. En este sentido, un estudio de 2013 concluyó que tener una mejor comunicación proveedor-paciente, tener apoyo social y tener una autoeficacia más alta está asociado a conductas de autocuidado de la diabetes, y que estas conductas están directamente relacionadas con un mejor control glicémico⁶².

Un punto importante a considerar en relación al papel de la autoeficacia en el manejo de la diabetes, fue el estudio en 2011 por Pérez-Pedrogo y Martínez-Taboas, quienes indagaron en la sintomatología depresiva de

pacientes diabéticos, su autoeficacia y sus prácticas de autocuidado. Estos investigadores encontraron una asociación negativa entre los síntomas de depresión y la autoeficacia percibida por los pacientes para tratar su condición, es decir la autoeficacia se vio afectada por la presencia de sintomatología depresiva. Por otro lado, se evidenció que percibirse autoeficaz para tratar la diabetes estuvo positivamente asociado al autocuidado, en todas las subcategorías estudiadas: dieta general y específica, ejercicio y control en los niveles de glucosa. En síntesis, tratar la depresión tiene un impacto positivo en la autoeficacia y ésta, a su vez, traería beneficios adicionales en las prácticas de autoeficacia⁶³.

Un antecedente importante para este proyecto fue la investigación realizada por Canales y Barra en 2014 en la comuna de Tomé (Octava región), quienes estudiaron las relaciones de la autoeficacia y el apoyo social percibido con la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos tipo II. La muestra estuvo constituida por 118 personas de ambos sexos, entre 35 y 64 años. La adherencia fue medida a través de un autorreporte de ingestión de medicamentos y con los niveles de compensación metabólica, en tanto que la autoeficacia fue evaluada a través de la escala de autoeficacia generalizada y el apoyo social con el cuestionario de apoyo social percibido. Se encontró una correlación muy destacada entre compensación y adherencia al tratamiento farmacológico, con una consistencia entre el índice objetivo de adherencia y el autoinforme de los participantes; a menor nivel de HbA1c (mayor

compensación), mayor adherencia farmacológica en el informe. Por otro lado tanto el nivel de compensación como la adherencia farmacológica mostraron relaciones significativas con el apoyo social y la autoeficacia⁶⁴.



Rol de la autoeficacia en personas con dislipidemia

Uno de los pilares del tratamiento de la hipercolesterolemia es la terapia dietética. Sin embargo, mantener la adherencia a la dieta terapéutica es difícil para los pacientes. Hay evidencia de que la autoeficacia es un predictor de cambio de comportamiento positivo, tanto para iniciar o mantener el tratamiento con la dieta recomendada para la reducción del colesterol⁶⁵.

Sobre la base de más de 15 años de estudio, hay evidencia de que los juicios de autoeficacia percibida predicen el rendimiento posterior a través de una variedad de dominios, incluyendo el abandono del tabaco, la adhesión a un programa de ejercicios, y un programa de control de peso. Más recientemente, los investigadores han examinado el papel de la autoeficacia en la adherencia a planes de alimentación para reducir el colesterol y ha demostrado su capacidad para predecir el comportamiento de la adherencia concurrente y posterior⁶⁵.

Burke y colaboradores realizaron en 2006 una evaluación de una escala abreviada de autoeficacia para una dieta de disminución del colesterol, en este estudio señalan que la autoeficacia se define como la percepción de la forma en uno capaz es llevar a cabo un comportamiento específico, por ejemplo, un plan de alimentación específico. Plantean que los individuos desarrollan expectativas o creencias específicas relacionadas con sus propias habilidades para comportamientos particulares, por ejemplo, saber cómo seleccionar alimentos que no aumenten el colesterol sérico⁶⁶.

Rol de la autoeficacia en el sedentarismo de las personas

Es conocido que el sedentarismo contribuye a la morbimortalidad, mientras que la actividad física ayuda a prevenir enfermedades crónicas y a prolongar la vida en condiciones favorables. Es por esto que el sedentarismo es un objetivo de intervención para mejorar la salud de poblaciones con patrones de inactividad⁶⁷.

Se ha encontrado que las personas con mayores niveles de autoeficacia se comprometen con mayor frecuencia en un programa regular de actividad física que aquellas con niveles bajos. Los individuos con alta autoeficacia tienen sentimientos mucho más fuertes de efectividad para realizar el ejercicio y para comprometerse a realizar una mayor cantidad de actividad física. Por lo tanto, la autoeficacia es un predictor de la intención y de la conducta de hacer ejercicio en el presente y en el futuro⁶⁷. La autoeficacia para la práctica de actividad física puede ser definida como “la capacidad de mantener la práctica de ejercicio incluso ante los impedimentos que puedan surgir”.

Bajo esta premisa Barros e laochite, estudiaron la autoeficacia para la práctica de actividad física por individuos adultos. El objetivo fue medir la práctica regular de actividad física, sus fuentes de construcción y correlacionar el nivel de autoeficacia con cada fuente. Los resultados mostraron que la fuente más importante para la autoeficacia fue la persuasión social, lo cual concuerda con la literatura y muestra la importancia de alentar a las personas en el mantenimiento de práctica de actividad física, así como observar modelos

positivos, la vivencia de buenas experiencias y sentirse bien durante el ejercicio⁶⁸.

Un estudio español de 2014 indagó en la práctica física, la autoeficacia general y la satisfacción vital en la adolescencia. Se encontró que las personas activas tienen mayores niveles de autoeficacia general y satisfacción con la vida⁶⁹.

Con el propósito de determinar si los efectos del apoyo social en el ejercicio físico en adultos mayores depende de la percepción individual de autoeficacia, Warner y colaboradores evaluaron a 309 adultos mayores alemanes, encontrando que el apoyo recibido de amigos y la autoeficacia en el ejercicio eran predictores específicos de la frecuencia de ejercicio. Además se encontró una interacción entre apoyo social y autoeficacia: las personas con baja autoeficacia eran menos propensas a ser activos, a pesar del apoyo social y las personas con bajo apoyo social eran menos propensas a ser activas, a pesar de una alta autoeficacia. Lo anterior apunta a la importancia de ambas variables, como objetivos de intervención, para aumentar la práctica de actividad física⁷⁰.

Algunos estudios han querido indagar en cómo la autoeficacia media en la práctica de actividad física. En 2013, Parshau et.al investigó la experiencia positiva, la autoeficacia y el control acción como predictores de cambios en la actividad física, encontrando que la autoeficacia mediaba entre la experiencia

positiva inicial y la actividad física posterior, y que esta mediación era a través de la acción control⁷¹.

Considerando la creencia de que la planificación traslada las intenciones en conductas saludables, y que ésta puede fallar debido a la falta de autoeficacia percibida, se realizó un estudio en adolescentes chinos y polacos en el año 2010. Los resultados confirmaron que la autoeficacia actúa como mediadora entre la relación de la planificación y la ejecución conducta⁷².



Rol de la autoeficacia en personas con exceso de peso

Hallazgos empíricos señalan que la autoeficacia percibida es una variable que influye en el éxito de los tratamientos dirigidos a la reducción del peso y en posterior mantenimiento de las pérdidas de peso alcanzadas. También se ha señalado como predictora del éxito del tratamiento, la intención de comer alimentos bajos en calorías, incrementa dietas ricas en fibra y cómo variable que debe intervenir para lograr mayor pérdida de peso⁷³.

Según la teoría de la autoeficacia de Bandura, el control subjetivo o autoeficacia y las creencias de control o locus de control, podrían ser algunos de los elementos que influyen en el proceso de autorregulación del peso. Bajo esta premisa, Lugli estudió en 2011 la autoeficacia y el locus de control como variables predictoras de la autorregulación del peso en 243 personas obesas. Para este estudio la autoeficacia hacía mención a qué tan capaz se siente la persona de controlar su peso. Los resultados arrojaron niveles moderados en las habilidades de autorregulación del peso, las creencias de autoeficacia percibida para el control del peso también resultaron moderadas, así como valores moderados en el “locus de control en el peso”. Por otro lado, se evidenció una asociación positiva entre autorregulación del peso y autoeficacia⁷³.

Continuando en el estudio del rol de la autoeficacia en el control del peso, es de interés para este proyecto la experiencia de Campos y Pérez,

quiénes investigaron la autoeficacia y conflicto decisional frente a la disminución del peso corporal en mujeres chilenas, asistentes a centros de atención primaria. La mayoría de las mujeres presentó una baja autoeficacia, la autoeficacia fue mayor en mujeres con escolaridad superior a octavo básico y se comprobó una asociación inversa entre conflicto decisional y autoeficacia⁷⁴.



Rol de la autoeficacia en personas con hábito tabáquico

Las investigaciones en este ámbito podrían clasificarse en dos grandes categorías; por un lado, estudios con sujetos fumadores sometidos a tratamiento psicológico para dejar el hábito, en que se utilizan las medidas de auto-eficacia para predecir diferentes aspectos de la probable recaída, y por otro, estudios con adolescentes, en los que, desde un enfoque preventivo, se utilizan las medidas de auto-eficacia como posibles predictores de la conducta de fumar. La autoeficacia para resistir la tentación de fumar cigarrillo está relacionada con la intención de fumar, la actitud hacia el consumo, los obstáculos al consumo de éste y las normas sociales⁷⁵.

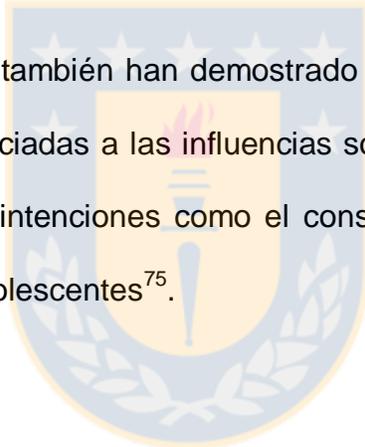
En una investigación con estudiantes universitarios, se observó que la autoeficacia para oponer resistencia tenía el mayor peso en la conducta de fumar respecto a los restantes factores analizados (creencias normativas sociales, depresión y tendencia a tomar riesgos), encontrándose también una relación inversa entre creencias normativas sociales y autoeficacia para resistirse a fumar⁷⁵.

Otro antecedente, es un meta-análisis realizado en 2009 revisó 54 estudios que exploraban la relación entre la autoeficacia y el éxito al dejar el hábito tabáquico, encontrando una asociación confiable entre autoeficacia y el mantenerse en abstinencia⁷⁶.

Rol de la autoeficacia en personas que consumen alcohol

Otro de los factores de riesgo, es el consumo de alcohol; para efectos de esta investigación es importante conocer su relación con la autoeficacia. En una investigación que seguía los postulados de Bandura, se encontró que los individuos que perciben baja autoeficacia, tienen un repertorio bajo de conductas incompatibles al consumo de drogas, beben en exceso y tienen la creencia que el consumo los ayuda a relajarse⁷⁵.

Investigaciones también han demostrado que las puntuaciones bajas de autoeficacia están asociadas a las influencias sociales a favor del consumo, lo que predice tanto las intenciones como el consumo real de alcohol, tabaco y otras drogas en los adolescentes⁷⁵.



Autoeficacia según el sexo de las personas

Un gran número de investigaciones en torno a la autoeficacia señalan que los hombres se perciben como más autoeficaces que las mujeres. Se considera que estas diferencias se derivan de factores socioculturales como la identidad de género y el proceso de socialización, no obstante, esta relación ha sido poco explorada⁷⁷.

Un estudio realizado en el año 2011 en México encontró patrones de relación diferenciales, bajo los cuales existen rasgos, roles, creencias y actitudes que se asocian directamente a una menor percepción de autoeficacia tanto en hombres como en mujeres. No se encontraron diferencias significativas según sexo tal como en otros estudios, según los autores debido a que previamente se ha estudiado la autoeficacia específica en alguna tarea, lo que puede estar influido por los procesos de socialización y los lineamientos culturales de género y rol⁷⁷.

Estos hallazgos son críticos a la hora de analizar diferencias en la autoeficacia según sexo, sin embargo debido a que el concepto de género multidimensional, se torna complejo realizar un análisis de este, sin profundizar en elementos socioculturales.

Finalmente, otro antecedente de suma relevancia para este proyecto es una investigación publicada en 2011 la cual quiso establecer el efecto de una

intervención innovadora de Consejería de Enfermería Personalizada (presencial y telefónica) dirigida al control de factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, dislipidemia y sobrepeso), mejoramiento de la calidad de vida relacionada con salud (CVRS), fortaleciendo la autoeficacia, el apoyo social y estructurando el fenómeno “vivir con expectativas de cambio” en personas usuarias de los Centros de Salud municipales de Concepción. La intervención realizada fue efectiva: hombres y mujeres disminuyeron la circunferencia abdominal, colesterol total, colesterol LDL, CT/HDL, mujeres disminuyeron significativamente de peso y aumentaron la CVRS; en tanto los hombres disminuyeron la presión arterial sistólica, LDL/HDL y riesgo coronario a 10 años⁷⁸. Esto sienta un importante precedente acerca de las intervenciones de enfermería en autoeficacia para el control de los factores de riesgo cardiovascular y soslaya la relevancia de conocer los factores relacionados a esta variable.

En síntesis, los principales aportes de este este marco teórico y empírico a este proyecto de investigación son, en primer lugar, el Modelo de Promoción de Salud, el cuál es un modelo de enfermería que nos permite la comprensión de factores que influyen en las conductas de salud, con el objeto de promover estilos de vida saludable. En este modelo interactúan características y experiencias individuales, cogniciones y afectos relativos a la conducta específica, determinando el resultado conductual; destaca la influencia de

factores biológicos, psicológicos y socioculturales y la influencia de la percepción de autoeficacia.

En relación a este último punto, la teoría de la Autoeficacia de Bandura nos plantea que este concepto está principalmente referido a una evaluación individual de la capacidad para realizar una determinada tarea, influyendo notablemente sobre la conducta de un individuo.

Finalmente al indagar en la investigación realizada sobre autoeficacia y salud, encontramos que tiene una gran influencia en las conductas de salud, conductas promotoras de salud, competencia percibida en salud, percepción de bienestar, satisfacción vital y adherencia terapéutica. En cuanto a salud cardiovascular se ha encontrado una asociación entre autoeficacia y calidad de vida de pacientes con enfermedades crónicas, uso correcto y adherencia a la medicación, realización de actividad física, control del peso, elección de comida saludable, dieta baja en sal, menores niveles de presión arterial, mejores niveles de hemoglobina glicosilada y circunferencia de cintura, mejor control glicémico, no fumar. Además se ha encontrado que mayores niveles de autoeficacia en el sexo masculino y mayores niveles educacionales y de ingreso.

Además destaca el apoyo de los profesionales de salud al automanejo de los pacientes con enfermedades cardiovasculares.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Identificar los factores biológicos y socioculturales relacionados con la percepción de autoeficacia general de las personas que ingresaron al Programa de Salud Cardiovascular de un Centro de Salud Familiar de Chiguayante, durante los años 2016 y 2017.

3.2 Objetivos específicos

1. Evaluar la percepción de autoeficacia general de las personas ingresadas al PSCV
2. Describir factores biológicos, tales como sexo, edad, factores de riesgo cardiovascular, riesgo cardiovascular global y adherencia objetiva de las personas ingresadas al PSCV
3. Describir factores socioculturales, tales como nivel educacional, ingreso promedio mensual y evaluación de los cuidados crónicos de las personas ingresadas al PSCV
4. Establecer si existe relación entre factores biológicos y la percepción de autoeficacia general
5. Establecer si existe relación entre factores socioculturales y la percepción de autoeficacia general

3.3 Hipótesis

De acuerdo a lo evidenciado en el marco teórico y empírico, las hipótesis de trabajo serán las siguientes:

1. Existe relación entre los factores biológicos, sexo y adherencia objetiva, y la percepción de autoeficacia general.
2. Existe relación entre los factores socioculturales, nivel educacional e ingreso promedio mensual, y la percepción de autoeficacia general.



3.4 Variables

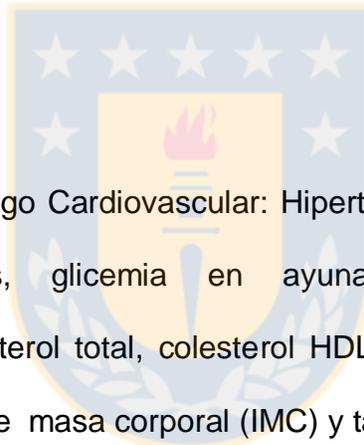
VARIABLE DEPENDIENTE

Percepción de Autoeficacia General

VARIABLES INDEPENDIENTES

Factores biológicos

- Sexo
- Edad
- Factores de Riesgo Cardiovascular: Hipertensión arterial, presión arterial, diabetes mellitus, glicemia en ayunas, hemoglobina glicosilada, dislipidemia, colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL, triglicéridos, obesidad, índice de masa corporal (IMC) y tabaquismo.
- Riesgo Cardiovascular Global
- Adherencia Objetiva



Factores socioculturales

- Nivel Educativo
- Ingreso Promedio Mensual
- Evaluación de los cuidados crónicos por la persona que se atiende en el establecimiento de salud

Definición conceptual y operacional de las variables se encuentra en Anexo 1.



4. METODOLOGIA

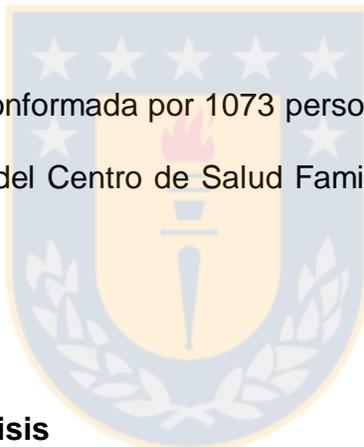
4.1 Tipo de estudio y diseño.

Metodología cuantitativa con un diseño descriptivo y correlacional, de corte transversal.

4.2 Selección de la muestra

Población

La población estuvo conformada por 1073 personas ingresadas al Programa de Salud Cardiovascular del Centro de Salud Familiar Chiguayante, entre abril de 2015 y abril de 2017.



Unidad de análisis

Persona, hombre o mujer, ingresada al Programa de Salud Cardiovascular del Centro de Salud Familiar Chiguayante, entre abril de 2015 y abril de 2017.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

1. Persona ingresada por primera vez al PSCV del CESFAM Chiguayante, entre abril de 2015 y abril de 2017.
2. Persona con una edad entre 15 y 65 años
3. Persona que cuente con un número telefónico de contacto operativo

Criterios de exclusión:

1. Persona menor de 15 años o mayor de 65 años
2. Persona que haya formado parte del PSCV (Reingreso)
3. Persona con diagnóstico asociado a deterioro cognitivo, que le impida contestar los cuestionarios

Tamaño de la muestra

Selección de la muestra: Se realizó un muestreo aleatorio simple utilizando el programa Epidat 3.1.

Tamaño de la muestra: Dado los objetivos la investigación y el tipo de selección (aleatoria) se calculó una muestra inicial de *67 personas*. Para el cálculo se consideró el objetivo de analizar la correlación entre autoeficacia y evaluación de los cuidados crónicos. Se consideró una correlación esperada de 0.3 (valor medio, debido a falta de antecedentes sobre esta correlación), con nivel de confianza del 95%. Debido a heterogeneidad de la población y necesidad de estratificar se duplicó este valor, esperando alcanzar a *134 personas*.

Debido a la alta tasa de rechazo e imposibilidad de contactar a los individuos seleccionados la muestra quedó constituida por **70 participantes**. En la tabla 1 se detallan las causas de no participación en el estudio.

Tabla 1: Causas de no participación en la investigación

Causa de no participación	Cantidad de individuos
No contesta, apagado fuera de servicio o no corresponde	125
No registra teléfono de contacto	40
Rechaza	66
<i>Total</i>	<i>231</i>

Fuente: Araya B. Factores relacionados con la autoeficacia de las personas del programa de salud cardiovascular de un centro de salud familiar de Chiguayante. Tesis de magister. Chile. 2018

A continuación se detalla el proceso de recolección de datos. En un primer muestreo se seleccionaron aleatoriamente 200 individuos que cumplían con los criterios de inclusión (ingresados entre abril de 2015 y abril de 2016) y luego en un segundo muestreo, debido principalmente a imposibilidad de contactarse telefónicamente con los individuos, se amplió el criterio incluyendo a las personas ingresadas hasta abril de 2017, excluyendo a los usuarios que no tenían teléfono de contacto, y trabajando con el total de individuos que quedaron luego de aplicar estos criterios.

4.3 Procedimiento y/o Técnicas de recolección de información.

Instrumento recolector de datos

El instrumento recolector de datos se conformó de la Escala de autoeficacia generalizada (EAG), del Cuestionario “Patient Assessment of Care for Chronic Conditions” (PACIC) y de una ficha de factores biosocioculturales, riesgo cardiovascular y adherencia objetiva.

El instrumento recolector de encuentra en el Anexo N°2.

Parte I. Escala de autoeficacia generalizada (EAG)

Instrumento desarrollado en 1979 por Schwarzer y Jerusalem en Alemania, mide la “percepción que tiene la persona respecto de sus capacidades para manejar en su vida diaria diferentes situaciones estresantes”.

La versión en español se tradujo por Bähler, Schawzwer y Jerusalem en 1993 y la validación para Chile fue realizada por Cid y colaboradores en el año 2010.

Está conformada por 10 reactivos con un puntaje mínimo de 10 puntos y un máximo de 40 puntos, las respuestas están escala tipo Likert donde la persona responde a cada reactivo de acuerdo a lo que ella percibe de su capacidad en el momento: Incorrecto (1 punto), apenas cierto (2 puntos), más

bien cierto (3 puntos) o cierto (4 puntos). En esta escala a mayor puntaje, mayor autoeficacia general percibida³³.

Según el estudio que validó el instrumento en nuestro país, la EAG tiene adecuadas características psicométricas en la población chilena para ambos sexos, entre 15 y 65 años. Con respecto a la confiabilidad por consistencia interna, en estudios realizados en Chile se han obtenidos coeficientes alfa de Cronbach entre 0.78 y 0.91. En relación a su validez en el estudio previamente mencionado se comprobó su validez de constructo y de criterio. Se han encontrado relaciones positivas con autoestima, estado de salud percibido, emociones favorables, optimismo disposicional y satisfacción con el trabajo; y relaciones negativas con ansiedad, depresión y síntomas físicos^{33, 48, 64}.

En la siguiente tabla se muestra el comportamiento de la escala en la presente investigación

Tabla 2: Confiabilidad de la escala EAG

Elemento	Media	Desviación	Alfa de Cronbach
<i>Global</i>	37.01	11.087	.791
Ítem 1	3.64	.660	.774
Ítem 2	3.86	.490	.774
Ítem 3	3.63	.569	.772
Ítem 4	3.61	.644	.760
Ítem 5	3.80	.403	.785
Ítem 6	3.47	.775	.769
Ítem 7	3.64	.591	.755
Ítem 8	3.90	.347	.781
Ítem 9	3.71	.542	.768
Ítem 10	3.74	.502	.788

Fuente: Araya B. Factores relacionados con la autoeficacia de las personas del programa de salud cardiovascular de un centro de salud familiar de Chiguayante. Tesis de magister. Chile. 2018

En la tabla 2 se observa el análisis de consistencia interna de la escala de autoeficacia generalizada para esta muestra. Al ser la escala que mide la variable dependiente se realizó, además del análisis global. Un análisis por ítems, con la media correspondiente, desviación estándar y la variación del alfa de Cronbach si el elemento fuera suprimido. En general se observan valores adecuados, cercanos a 0.8, tanto para la puntuación global, como en el análisis por ítem.

Parte II. Cuestionario “Patient Assessment of Care for Chronic Conditions” (PACIC)

Cuestionario PACIC (Patient Assessment of Care for Chronic Conditions) o Evaluación de cuidados crónicos para pacientes (traducción al español), es una evaluación que forma parte del Modelo de Atención a personas con enfermedades crónicas (MAC/CCM, Chronic Care Model) del Ministerio de Salud de Chile. Su propósito es complementar los resultados del EVAEC o Evaluación de la Atención de Enfermedades Crónicas (En inglés, ACIC, Assessment of Chronic Illness Care) con la perspectiva de los usuarios.

El cuestionario PACIC mide acciones específicas relacionadas con la calidad de los cuidados según la percepción de la personas con enfermedad crónica con el objetivo de guiar al equipo de salud a focalizar o priorizar sus esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y para contar con un seguimiento de los logros alcanzados a través del tiempo.

Las personas califican la atención recibida por el equipo de atención primaria de salud (no sólo el médico) para la enfermedad crónica que identifican como más impactante en sus vidas.

Para contestar el cuestionario, la persona calificó la frecuencia con la que experimentaron lo descrito en cada ítem durante los últimos 6 meses. Cada ítem se puntúa en una escala de 5 puntos que va desde 1 (no/nunca) a 5

(sí/siempre). Consta de 20 ítems, divididos en 5 escalas, basadas en los componentes claves del MAC:

1. Activación del Paciente (Ítems 1-3): Acciones que solicitan la contribución del paciente y su participación en la toma de decisiones
2. Diseño del sistema de atención/ Apoyo en las decisiones (Ítems 4-6): Acciones que organizan la atención y proporcionan información a los pacientes para mejorar su comprensión de la atención
3. Establecimiento de Metas (Ítems 7-11): Adquisición de información y el establecimiento de metas específicas de colaboración
4. Resolución de problemas / Consejería contextual (Ítems 12-15): Consideración de las barreras potenciales y del ambiente social y cultural del paciente al hacer planes de tratamiento
5. Seguimiento / Coordinación (Ítems 16-20): Organización de la atención que extiende y refuerza el tratamiento base, y la realización de contacto proactivo con los pacientes para evaluar los avances y coordinar la atención.

Cada escala es puntuada promediando los elementos completados dentro de esa escala, y el cuestionario PACIC total, se califica promediando las puntuaciones de los 20 ítems. Estas escalas hacen hincapié en la interacción

del equipo de asistencia sanitaria con las personas que recibe sus cuidados y, en particular, en los aspectos de apoyo a la autogestión (por ejemplo, el establecimiento de metas, resolución de problemas).

El cuestionario utilizado en este estudio fue la versión extendida (PACIC+), de 26 artículos, la que incluye los mismos 20 ítems mencionados pero añade otros seis elementos. Éstos elementos se derivan del modelo de la "5A's" (averiguar, aconsejar, apreciar, apoyar y acordar), el cual permite el desarrollo de un plan de cuidados personalizado y colaborativo, que incorpora objetivos conductuales concretos y un plan específico para superar las barreras y alcanzar los objetivos planteados. El puntaje de las 5A's se calculó promediando todos los ítems de 1 al 20, excepto el 5, lo cual da un puntaje resumen, y promediando ciertos ítems según el componente a evaluar.

La versión escrita del cuestionario tardó entre 2 y 5 minutos en ser respondida por las personas.

La aplicación de este cuestionario debe ser realizada por encuestadores que no estén vinculados directamente a la atención de los pacientes.

Fue adaptado y validado para Chile por Lagos, Salazar y Salas en el año 2016 y publicado el 2017.⁸⁷

El cuestionario PACIC consiste en cinco escalas y una puntuación global resumen, cada uno con una buena consistencia interna. La investigación que

desarrolló y validó el cuestionario en 2005 en Estados Unidos, lo correlacionó ligeramente con la edad y el género, y no encontró relación con la educación. Por otro lado, se correlacionó ligeramente ($r = 0,13$) con el número de condiciones crónicas. El PACIC demostró la fiabilidad test-retest moderada ($r = 0,58$ en el transcurso de 3 meses) y se correlacionó moderadamente, según lo predicho ($r = 0,32$ hasta $0,60$, mediana = $0,50$; $p < 0,001$) a las mediciones de la atención primaria y activación del paciente^{79, 80}.

A continuación se muestra el comportamiento de la escala para la presente investigación.

Tabla 3: Confiabilidad de la escala PACIC

Dimensión	Media	Alfa de Cronbach
<i>Global</i>	78.11	0.922
Activación del paciente	2.97	0.644
Diseño del sistema de atención/apoyo en las decisiones	3.95	0.783
Establecimiento de metas	3.22	0.677
Resolución de problemas/consejería contextual	3.21	0.848
Seguimiento/coordinación	2.55	0.685
Averiguar	2.93	0.706
Aconsejar	3.57	0.777
Apreciar	3.00	0.763
Apoyar	2.91	0.657
Acordar	2.45	0.705
Puntuación resumen 5A'S	3.17	0.911

Fuente: Araya B. Factores relacionados con la autoeficacia de las personas del programa de salud cardiovascular de un centro de salud familiar de Chiguayante. Tesis de magister. Chile. 2018

En la tabla 3 se observa el análisis de fiabilidad de la escala PACIC. Globalmente tuvo un alfa de Cronbach superior a 0.9, lo cual se considera óptimo. Al realizar el análisis por dimensiones se encuentran valores aceptables (superiores a 0.7) en 7 de las 11 dimensiones, en 4 dimensiones restantes el alfa baja de 0.6, lo cual es considerado suficiente al ser subescalas con pocos ítems cada una.



Parte III. Características biosociodemográficas

Se registraron en una encuesta de datos sociodemográficos desarrollada por la investigadora, la cual fue completada por respuesta directa de los participantes. Recogió las variables: sexo, edad, nivel educacional y nivel socioeconómico.

Parte IV. Ficha de riesgo cardiovascular y adherencia objetiva

Ficha desarrolla por la investigadora, se completó a través de la revisión de la ficha clínica del participante.

Contiene la información acerca de las siguientes variables: Hipertensión arterial, presión arterial, diabetes mellitus, glicemia en ayunas, hemoglobina glicosilada, dislipidemia, colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL, triglicéridos, obesidad, índice de masa corporal (IMC), tabaquismo, riesgo cardiovascular global y adherencia objetiva

Procedimiento de recolección de datos.

Una vez realizada la selección aleatoria de los participantes, con la base de datos del CESFAM Chiguayante, y aplicados los criterios de inclusión y exclusión, se contactó telefónicamente a los participantes para consultar la posibilidad de participar del estudio en forma voluntaria. Una vez confirmados, la recolección de los datos se realizó a través de las siguientes técnicas:

- Entrevista única en domicilio, dónde se recolectó datos sociodemográficos, se aplicaron los instrumentos (EAG y cuestionario PACIC) y se completaron algunos de los ítems de la ficha de factores de riesgo CV y adherencia objetiva
- Revisión de datos en ficha clínica, mediante la cual se recolectó datos de la ficha de riesgo CV y adherencia objetiva del participante

4.4 Procesamiento y de análisis de los datos.

Para comprobar las hipótesis planteadas, inicialmente se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, factores de riesgo y adherencia objetiva, a través de medidas de resumen (tendencia central, dispersión), tablas de frecuencias y gráficos pertinentes.

Para las escalas de autoeficacia y evaluación de los cuidados crónicos se realizó análisis de confiabilidad: de consistencia interna (alfa de Cronbach), análisis global y por dimensiones (medidas de resumen, gráficos pertinentes, intervalos de confianza).

Para analizar relación entre variables cuantitativas se utilizó Coeficiente de Correlación de Spearman, debido a que la distribución no era normal. Para los contrastes se consideró significativo el 5%.

En la tabla 4 de detalla el análisis estadístico de cada una de las variables del estudio.

Tabla 4: Análisis estadístico de las variables del estudio

Tipo de Análisis	Tipo de Variable	Variables	Instrumento
DESCRIPTIVO Medición de frecuencias, estadísticos de tendencia central y dispersión	Cuantitativa discreta	Percepción de autoeficacia	Escala de autoeficacia generalizada
	Cuantitativa discreta	Evaluación de los cuidados crónicos	Cuestionario PACIC
	Cualitativa ordinal	Nivel educacional	Encuesta datos sociodemográficos
	Cualitativa ordinal	Ingreso promedio mensual	
	Cualitativa ordinal	Riesgo cardiovascular global	Ficha de riesgo cardiovascular y adherencia
DESCRIPTIVO Medición de frecuencias	Cualitativa nominal	Sexo	Encuesta datos sociodemográficos
	Cuantitativa discreta	Edad	
	Cualitativa nominal	Hipertensión arterial	Ficha de riesgo cardiovascular y adherencia objetiva
	Cualitativa nominal	Diabetes Mellitus	
	Cualitativa nominal	Dislipidemia	
	Cualitativa nominal	Obesidad	
	Cualitativa nominal	Tabaquismo	
	Cuantitativa discreta	Presión sistólica	
	Cuantitativa discreta	Presión diastólica	
	Cuantitativa discreta	Glicemia en ayunas	
	Cuantitativa discreta	Hemoglobina glicosilada	
	Cuantitativa discreta	Colesterol total	
	Cuantitativa discreta	Colesterol LDL	
	Cuantitativa discreta	Colesterol HDL	
	Cuantitativa discreta	Triglicéridos	
	Cuantitativa discreta	IMC	
Cualitativa nominal	Adherencia objetiva		
INFERENCIAL CORRELACIÓN Pearson o Spearman	Cuantitativa discreta	Percepción de autoeficacia	Escala de autoeficacia generalizada
	Cuantitativa discreta	Evaluación de los cuidados crónicos	Cuestionario PACIC
	Cualitativa ordinal	Nivel educacional	Encuesta datos sociodemográficos
	Cualitativa ordinal	Ingreso promedio mensual	
	Cualitativa ordinal	Riesgo cardiovascular global	Ficha de riesgo cardiovascular y adherencia

Fuente: Araya B. Factores relacionados con la autoeficacia de las personas del programa de salud cardiovascular de un centro de salud familiar de Chiguayante. Tesis de magister. Chile. 2018.

4.5 Prueba Piloto

Se realizó un estudio piloto a 15 participantes, con el propósito de someter a prueba diferentes aspectos de la ejecución de la investigación, tales como el tiempo de respuesta, comprensión y claridad de los instrumentos aplicados, para finalmente hacer los cambios correspondientes.

Los resultados estuvieron de acuerdo a lo esperado, según lo descrito en otros estudios. Los participantes de la prueba piloto tuvieron características similares a las del resto de los participantes.

4.6 Aspectos éticos involucrados.

La investigación propuesta cumple con los 7 requisitos éticos de Ezekiel Emanuel⁸⁶. A continuación se presenta el análisis de cada uno de los requisitos.

Valor

Esta investigación posee valor científico y además social. Por un lado estudia la autoeficacia general y sus factores relacionados en personas con riesgo cardiovascular, en un contexto local, a la vez que es una de las primeras en el país en explorar la evaluación que realizan estas personas de los cuidados otorgados por su centro de salud, todo esto en un contexto de promoción de salud basado en un teoría de enfermería de alto desarrollo. Lo anterior permitirá

desarrollar estrategias de salud, especialmente en atención primaria, que fomenten la autoeficacia y el apoyo al automanejo en este tipo de usuarios.

Validez Científica

Este estudio posee un sólido sustento teórico y empírico, conformado por dos teorías con alto respaldo científico y una considerable cantidad de referencias empíricas de calidad, tanto a nivel nacional como internacional. Además posee una metodología acorde a los objetivos, uso de instrumentos validados y una propuesta de análisis estadístico riguroso. Finalmente, será realizada por investigadores calificados y revisada por un estricto comité metodológico.

Selección Equitativa de los sujetos

La identificación y selección de los participantes será equitativa, los criterios de inclusión y exclusión están relacionados directamente con los objetivos del estudio y la evidencia científica presentada. Asimismo, se utilizó un muestreo aleatorio simple, dando la posibilidad de participar a todos los sujetos elegibles.

Proporción favorable del riesgo-beneficio

Al tratarse de una investigación no experimental, no se identificaron riesgos para los sujetos participantes. Por el contrario, se esperan beneficios en el mediano y corto plazo a través del desarrollo de estrategias que mejoren la atención entregada.

Evaluación independiente

La investigación fue evaluada por distintos comités ético-científicos, entre ellos: Comité Científico del Programa Magíster en Enfermería Universidad de Concepción, Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción y Comité de Ética de la Dirección de Atención de Salud de Chiguayante. Todo lo anterior permitió una valoración crítica, minimizando los conflictos de interés y maximizando los potenciales.

Consentimiento informado

Se contempló el uso de un consentimiento informado para cada uno de los participantes del estudio. Se informó el propósito de la investigación, los riesgos y beneficios que implica, la participación voluntaria, la confidencialidad de los datos y la posibilidad de retirarse cuando lo desee. El investigador se aseguró que el participante comprenda la información, aclaró sus dudas y finalmente se completará el consentimiento escrito. La elaboración de este documento sigue

las recomendaciones del comité de evaluación ética de la investigación (CEI) de la OMS y del FONDECYT. (Anexo 3).

Respeto a los sujetos inscritos

Se mantuvo el respeto a los participantes durante todo el desarrollo de la investigación. Se permitió a las personas retirarse del estudio en cualquier momento, se mantuvo absoluta confidencialidad de los datos entregados y éstos sólo serán usados con los propósitos de esta investigación, se avisó de cualquier cambio en los riesgos o beneficios, se les dio la opción de reportarles los resultados de la investigación y se veló por el bienestar del participante durante toda la investigación.

En cuanto a la difusión de los resultados de la investigación, se mantuvo el anonimato de los participantes y fueron presentados al CESFAM Chiguayante, Dirección de Atención de Salud (DAS) de Chiguayante, Universidad de Concepción y a una revista de divulgación científica.

5. RESULTADOS

5.1 Análisis descriptivo

5.1.1 Descripción variables independientes.

I. Variables biológicas: Sexo, edad, riesgo cardiovascular global, factores de riesgo cardiovascular, adherencia objetiva

Tabla 5: Análisis descriptivo de las variables biológicas (n=70)

Variable		Resultado
Sexo	Femenino	71.4%
	Masculino	28.6%
Edad	Media	52.06 (23-65)
Riesgo cardiovascular global	Bajo	28.6%
	Moderado	35.7%
	Alto	35.7%
Prevalencia de factores de riesgo CV	Hipertensión arterial	52.9%
	Diabetes mellitus	21.4%
	Dislipidemia	48.9%
	Obesidad	51.4%
	Tabaquismo	32.9%
Número de factores de riesgo	1-2	70%
	3 o más	30%
Indicadores de riesgo CV	Presión sistólica	131.8 (220-88)
	Presión diastólica	80.5 (153-60)
	Glicemia	119.1 (595-75)
	Hemoglobina glicosilada	9.0 (14.9-5.5)
	Colesterol total	200.1 (329-100)
	Colesterol LDL	123.3 (248.0-33)
	Colesterol HDL	48.9 (85-25)
	Triglicéridos	164.2 (401-53)
IMC	30.5 (44.5-19.5)	
Adherencia objetiva	No compensado	72.9%
	Compensado	27.1%

Fuente: Araya B. Factores relacionados con la autoeficacia de las personas del programa de salud cardiovascular de un centro de salud familiar de Chiguayante. Tesis de magister. Chile. 2018.

En la tabla anterior se consolidaron los estadísticos descriptivos más informativos para las variables biológicas mencionadas.

En cuanto al sexo se observa una mayor prevalencia para el género femenino, con un 71.4% del total de los participantes.

Para la variable edad la media fue de 52 años, con un mínimo de 23 años y un máximo de 65 años.

En cuanto al riesgo cardiovascular global la mayoría de las personas estudiadas presentaban un riesgo cardiovascular moderado o alto (71.4%), en tanto sólo el 28.6% se encontraba en la categoría de riesgo cardiovascular bajo.

Posteriormente se detalla la prevalencia de los principales factores de riesgo cardiovascular, lo cual arroja a la HTA (52.9%), obesidad (51.4%) y la dislipidemia (48.9%) como los factores más prevalentes en la población estudiada; le siguen el tabaquismo (32.9%) y la diabetes mellitus (21.4%)

Cabe señalar que cada participante puede presentar más de uno de estos factores de riesgo, lo cual también fue analizado, obteniendo que el 70% de los participantes presentaban hasta 2 factores de riesgo y el 30% restante presentaba 3 o más factores de riesgo.

En la siguiente fila se encuentran las medias, máximas y mínimas para cada uno de los indicadores cuantitativos de riesgo cardiovascular, registrados

en su último control, tales como: presión arterial, glicemia en ayunas, hemoglobina glicosilada, niveles de colesterol e índice de masa corporal.

Finalmente la adherencia objetiva arrojó que sólo un 27,1% de los usuarios se encuentra compensado según los criterios del Ministerio de salud.



II. Variables socioculturales: Nivel educacional, nivel socioeconómico, evaluación de los cuidados crónicos.

Tabla 6: Análisis descriptivo para las variables socioculturales nivel educacional y socioeconómico (N=70)

Variable		Resultado	
		F.R	F.A
Nivel educacional	Básica incompleta	11.4%	11.4%
	Básica completa	4.3%	15.7%
	Media incompleta	18.6%	34.3%
	Media completa	25.7%	60.0%
	Técnica incompleta	8.6%	68.6%
	Universitaria incompleta o técnica completa	22.9%	91.4%
	Universitaria completa o más	8.6%	100.0%
Nivel socioeconómico	Primer quintil	17.1%	17.1%
	Segundo quintil	18.6%	35.7%
	Tercer quintil	20.0%	55.7%
	Cuarto quintil	17.1%	72.9%
	Quinto quintil	27.1%	100.0%

Fuente: Araya B. Factores relacionados con la autoeficacia de las personas del programa de salud cardiovascular de un centro de salud familiar de Chiguayante. Tesis de magister. Chile. 2018.

Se destaca que el 60% de la población estudiada presenta escolaridad media completa o inferior y que las categorías más prevalentes fueron “media completa” (25.7%) y “universitaria incompleta o técnica completa” (22.9%), seguido de “media incompleta” (18.6%).

A continuación se detalla la distribución del nivel socioeconómico, en donde se observa que la mayoría de los participantes (55.7%) están en tercer

quintil o inferiores. La distribución por quintiles aparece uniforme, con valores fluctúan entre el 17.1% y el 27.1% cada uno.

Tabla 7: Análisis descriptivo para la variable evaluación de los cuidados crónicos (global y por dimensiones (n=70))

Evaluación de los cuidados crónicos.		Media
Global		78.11
Por dimensiones	Activación del paciente	2.97
	Diseño del sistema de atención/apoyo en las decisiones	3.95
	Establecimiento de metas	3.22
	Resolución de problemas/consejería contextual	3.21
	Seguimiento/coordinación	2.55
	Averiguar	2.93
	Aconsejar	3.57
	Apreciar	3.00
	Apoyar	2.91
	Acordar	2.45
Puntuación resumen 5A'S		3.17

Fuente: Araya B. Factores relacionados con la autoeficacia de las personas del programa de salud cardiovascular de un centro de salud familiar de Chiguayante. Tesis de magister. Chile. 2018.

En la tabla 6 se detallan las medias de la variable evaluación de los cuidados crónicos por la persona que se atiende en el establecimiento de salud, la cual fue medida con la escala PACIC. La media global del instrumento fue de 78,11 puntos, considerando que la escala tenía un mínimo de 26 puntos y un máximo de 130 puntos.

Destacan las dimensiones activación del paciente, seguimiento/coordiación, averiguar, apoyar y acordar con las medias más bajas (menores a 3 puntos).

Debido a que cada uno de los ítems de la escala (PACIC) que mide la variable mencionada se refiere a una acción que realiza el equipo de salud para fomentar el automanejo de los usuarios y cómo una forma de explicar las medias obtenidas en algunas dimensiones, se realizó un análisis por ítem.



Tabla 8: Análisis descriptivo por ítems de la escala PACIC

Í	Enunciado	CN (%)	MVN (%)	AV (%)	MVS (%)	CS (%)
1	Preguntaron por mi opinión cuando se me explicó el tratamiento a seguir	38.60	2.90	4.30	7.10	47.10
2	Se me dieron varias opciones de tratamiento para que pensara	57.10	1.40	4.30	7.10	30.00
3	Se me preguntó si tenía algún problema con los efectos de mis medicamentos	40.00	1.40	5.70	7.10	45.70
4	Se me dio una lista de cosas que podía hacer para mejorar mi salud	18.60	4.30	4.30	5.70	67.10
5	Estuve satisfecho por la organización de los cuidados que recibí	10.00	14.30	5.70	11.40	58.60
6	Me enseñaron cómo lo que yo hacía por cuidar mi salud tenía influencia en mi enfermedad	22.90	0	4.30	7.10	65.70
7	Me preguntaron cuáles eran mis objetivos respecto a mi enfermedad	37.10	7.10	7.10	11.40	37.10
8	Me ayudaron a tener metas específica para mejorar mi forma de comer o el nivel de ejercicio	20.00	12.90	2.90	10.00	54.30
9	Me dieron una copia de mi tratamiento	38.60	0	4.30	7.10	50.00
10	Me aconsejaron que acudiera a una clase o que contactara con un grupo que me ayudara a llevar mi enfermedad	65.70	1.40	4.30	1.40	27.10
11	Me preguntaron sobre mis hábitos de salud	24.30	1.40	2.90	4.30	67.10
12	Me daba cuenta que el médico o la enfermera tenían en cuenta mis valores y costumbres cuando me recomendaban algún tratamiento	31.40	1.40	5.70	20.00	41.40
13	Me ayudaron a hacer un tratamiento que pudiera seguir en mi vida diaria	20.00	4.30	1.40	8.60	65.60
14	Me ayudaron a planificar por anticipado como afrontar momentos difíciles o complicaciones en mi enfermedad	54.30	1.40	2.90	18.60	22.90
15	Me preguntaron sobre cómo mi enfermedad afectaba a mi vida	44.30	1.40	7.10	7.10	40.00
16	Me llamaron después de una visita para saber si había mejorado	77.10	0	5.70	5.70	11.40
17	Me aconsejaron que acudiera a programas en la comunidad (asociaciones, escuelas, etc) que pudieran ayudarme	71.40	1.40	4.30	2.90	20.00
18	Me enviaron a un(a) nutricionista, educador de la salud o consejería	20.00	0	0	4.30	75.70
19	Me explicaron cómo el consultar a otros médicos (ej. oftalmólogo o cirujano), me ayudaría en mi tratamiento	54.30	2.90	1.40	5.70	35.70
20	Me preguntaron cómo fueron mis visitas con otros médicos	64.30	1.40	5.70	8.60	20.00
21	Me preguntaron si quería saber algo sobre mi enfermedad en cada visita	57.14	4.29	7.14	5.71	25.71
22	Me preguntaron cómo afectaba mi trabajo, mi familia ó mi situación social al cuidado de mi enfermedad	62.86	0	2.86	7.14	27.14
23	Me animaron a conseguir apoyo de mis amigos, de mi familia y de la comunidad	68.57	5.71	1.43	8.57	15.71
24	Me explicaron la importancia de las cosas que hago (por ej. ejercicio) para mi salud	20.00	4.29	2.86	1.43	71.43
25	Nos pusimos una meta juntos respecto a lo que yo podía hacer para cuidar de mi enfermedad	54.29	2.86	5.71	2.86	34.29
26	Me dieron una libreta o cuaderno en el que yo pudiera escribir el progreso que iba haciendo	62.86	1.43	0	4.29	31.43

**CN (Casi nunca), MVN (Mayoría de veces no), AV (A veces), MVS (Mayoría de veces sí), CS (Casi siempre). Fuente: Araya B. Factores relacionados con la autoeficacia de las personas del programa de salud cardiovascular de un centro de salud familiar de Chiguayante. Tesis de magister. Chile. 2018.

En la tabla 8 se muestran los porcentajes de respuesta por cada ítem, destacan por un lado las acciones que se reportaron mayoritariamente (mayor al 50%) con la opción “casi nunca”, en otras palabras acciones por parte del equipo de salud que las personas reportaron percibir que se realizaban con menor frecuencia.

Estas corresponden a los ítems: 2 (Preguntaron por mi opinión cuando se me explicó el tratamiento a seguir), 10 (Me aconsejaron que acudiera a una clase o que contactara con un grupo que me ayudara a llevar mi enfermedad), 14 (Me ayudaron a planificar por anticipado como afrontar momentos difíciles o complicaciones en mi enfermedad), 14 (Me ayudaron a planificar por anticipado como afrontar momentos difíciles o complicaciones en mi enfermedad), 16 (Me llamaron después de una visita para saber si había mejorado), 17 (Me aconsejaron que acudiera a programas en la comunidad que pudieran ayudarme), 19 (Me explicaron cómo el consultar a otros médicos (ej. oftalmólogo o cirujano), me ayudaría en mi tratamiento), 20 (Me preguntaron cómo fueron mis visitas con otros médicos), 21 (Me preguntaron si quería saber algo sobre mi enfermedad en cada visita), 22 (Me preguntaron cómo afectaba mi trabajo, mi familia o mi situación social al cuidado de mi enfermedad), 23 (Me

animaron a conseguir apoyo de mis amigos, de mi familia y de la comunidad), 25 (Nos pusimos una meta juntos respecto a lo que yo podía hacer para cuidar de mi enfermedad) y 26 (Me dieron una libreta o cuaderno en el que yo pudiera escribir el progreso que iba haciendo).

Por otro lado se destacan los enunciados a los que los participantes respondieron mayoritariamente (mayor al 50%) “casi siempre”, en otras palabras acciones por parte del equipo de salud que las personas reportaron percibir que se realizaban con mayor frecuencia.

Éstos corresponden a los ítems: 4 (Se me dio una lista de cosas que podía hacer para mejorar mi salud), 5 (Estuve satisfecho por la organización de los cuidados que recibí), 6 (Me enseñaron cómo lo que yo hacía por cuidar mi salud tenía influencia en mi enfermedad), 8 (Me ayudaron a tener metas específica para mejorar mi forma de comer o el nivel de ejercicio), 9 (Me dieron una copia de mi tratamiento), 11 (Me preguntaron sobre mis hábitos de salud), 13 (Me ayudaron a hacer un tratamiento que pudiera seguir en mi vida diaria), 18 (Me enviaron a un(a) nutricionista, educador de la salud o consejería) y 24 (Me explicaron la importancia de las cosas que hago (por ej. ejercicio) para mi salud).

5.1.2 Descripción variable dependiente: Autoeficacia generalizada

El instrumento que mide la variable dependiente (percepción de autoeficacia general) es la Escala de autoeficacia generalizada, la cual tiene un mínimo de 10 y un máximo de 40 puntos. A continuación se muestran los estadísticos descriptivos de la escala, obtenidos en el presente estudio.

Tabla 9: Estadísticos descriptivos para la variable autoeficacia generalizada

Estadístico descriptivo	Resultado	
Media	37,01	
95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	36,22
	Límite superior	37,81
Media recortada al 5%	37,35	
Mediana	38,50	
Varianza	11,087	
Desviación estándar	3,330	
Mínimo	26	
Máximo	40	
Rango	14	
Rango intercuartil	3	
Asimetría	-1,429	
Curtosis	1,468	

Fuente: Araya B. Factores relacionados con la autoeficacia de las personas del programa de salud cardiovascular de un centro de salud familiar de Chiguayante. Tesis de magister. Chile. 2018.

Los puntajes obtenidos por los participantes oscilaron entre un mínimo de 26 y un máximo de 40 puntos, con un rango de 14 puntos. La media de puntaje fue de 37 puntos y la mediana de 38, 5 puntos, diferencia que se corresponde con la asimetría de -1,46. El grado en que los valores están agrupados al punto central (curtosis) es de 1,46, coeficiente positivo lo que indica una distribución leptocurtica con una mayor concentración de datos en torno a la media. La desviación estándar es de aproximadamente 3.3 puntos.

A continuación se muestra la media y desviación estándar por ítem de forma descendente.



Tabla 10: Análisis descriptivo por ítems de la EAG

Ítem	Enunciado	Media	Desviación estándar
EAG8	Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.	3,90	,347
EAG2	Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.	3,86	,490
EAG5	Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.	3,80	,403
EAG10	Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.	3,74	,502
EAG9	Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.	3,71	,542
EAG1	Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga.	3,64	,660
EAG7	Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.	3,64	,591
EAG3	Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas	3,63	,569
EAG4	Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados	3,61	,644
EAG6	Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles	3,47	,775

Fuente: Araya B. Factores relacionados con la autoeficacia de las personas del programa de salud cardiovascular de un centro de salud familiar de Chiguayante. Tesis de magister. Chile. 2018.

Para cada uno de los ítems que componen la escala se observan medias entre los 3.4 y los 3.9 puntos. Cabe señalar que la presente no es una escala que permita clasificar los puntajes o agrupar por dimensiones; todos los ítems apuntan a medir el mismo constructo, la autoeficacia generalizada,

En un apartado previo ya se ha comentado la buena consistencia interna que arrojó el instrumento.

Tabla 11: Prueba de normalidad para la variable dependiente

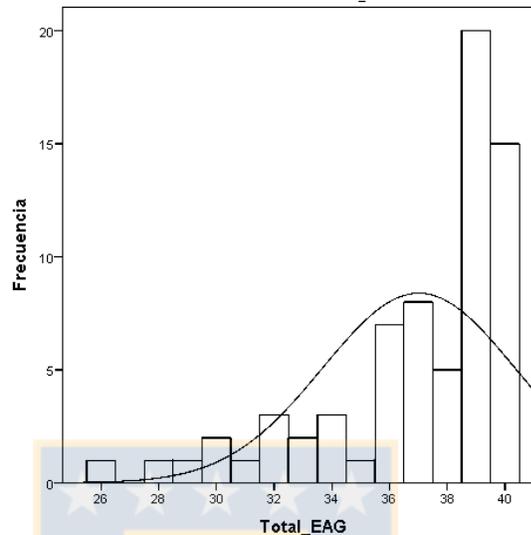
Kolmogorov-Smirnov^a		Shapiro-Wilk	
Estadístico	Sig.	Estadístico	Sig.
,225	,000	,816	,000

Fuente: Araya B. Factores relacionados con la autoeficacia de las personas del programa de salud cardiovascular de un centro de salud familiar de Chiguayante. Tesis de magister. Chile. 2018.

En la tabla 10 están contenidas las pruebas estadísticas realizadas para comprobar la distribución normal de la variable dependiente. Los valores obtenidos rechazan la normalidad en la distribución, lo cual está representado de mejor manera en el gráfico 1.



Gráfico 1: Histograma de la variable dependiente con curva de normalidad



Fuente: Araya B. Factores relacionados con la autoeficacia de las personas del programa de salud cardiovascular de un centro de salud familiar de Chiguayante. Tesis de magister. Chile. 2018.

5.2 Análisis inferencial.

I. Relación entre autoeficacia generalizada y variables biológicas

Para comenzar el análisis inferencial entre la variable dependiente (autoeficacia generalizada) y las variables biológicas, se presenta a continuación una tabla en donde se muestran las medias de las variables categóricas.

Tabla 12: Comparación de medias variable dependiente y factores biológicos

Variable		N	Media EAG	Desv. Tip
Sexo	Femenino	50	37,28	2,949
	Masculino	20	36,35	4,146
RCV Global	Alto	25	36,80	3,136
	Moderado	25	38,32	2,428
	Bajo	20	35,65	4,017
Número de factores de riesgo	1	19	36,89	3,680
	2	28	36,82	3,518
	3	15	38,36	1,447
	4	8	36,29	4,152
Adherencia objetiva	No compensado	51	37,14	3,335
	Compensado	19	36,68	3,384

Fuente: Araya B. Factores relacionados con la autoeficacia de las personas del programa de salud cardiovascular de un centro de salud familiar de Chiguayante. Tesis de magister. Chile. 2018.

Para el sexo la autoeficacia generalizada mostró una media mayor en mujeres (37.2). En el caso del riesgo cardiovascular global no se observa un gradiente según aumenta el riesgo cardiovascular, obteniendo la mayor media la categoría de riesgo moderado (38.3). Tampoco se observa un aumento en la puntuación obtenida en la escala de autoeficacia generalizada a medida que aumenta el número de factores de riesgo cardiovascular.

Para el caso de la adherencia objetiva la media de autoeficacia generalizada fue mayor para el grupo de personas pertenecientes a la categoría “No compensado” (37.1).

Con el fin de determinar si estas diferencias observadas eran estadísticamente significativas se realizó un análisis de correlación. Se aplicó el

coeficiente de correlación de Spearman, debido a que la distribución de la variable dependiente no era normal.



Tabla 13: Correlación variable dependiente y factores biológicos

Variable	Correlación Spearman con Variable dependiente (EAG)
Sexo	0.079
Edad	-.052
Número de factores de riesgo CV	0.101
Riesgo CV global	0.097
Presión sistólica	-.014
Presión diastólica	.083
Glicemia	-.182
Colesterol total	.088
Colesterol LDL	.116
Colesterol HDL	-.076
Triglicéridos	-.079
Índice de masa corporal	-.013
Hemoglobina glicosilada	-.107
Adherencia objetiva	-0.11

Fuente: Araya B. Factores relacionados con la autoeficacia de las personas del programa de salud cardiovascular de un centro de salud familiar de Chiguayante. Tesis de magister. Chile. 2018.

Tal como se observa, la correlación entre la variable dependiente con cada uno de los factores biológicos mencionados arrojó cercanos a 0, los cuáles no son suficientes para afirmar que exista una correlación entre las variables.

II. Relación entre autoeficacia generalizada y variables socioculturales

Para comenzar el análisis inferencial entre la variable dependiente (autoeficacia generalizada) y las variables socioculturales, se presenta a continuación una tabla en donde se muestran las medias de las variables categóricas.

Tabla 14: Comparación de medias variable dependiente y factores socioculturales

Variable		N	Media EAG	Desv. Tip
Nivel educacional	Básica incompleta	8	36,50	3,338
	Básica completa	3	39,33	,577
	Media incompleta	13	35,77	4,045
	Media completa	18	36,89	3,676
	Técnica incompleta	6	38,17	2,317
	Universitaria completa o técnica completa	16	36,94	3,255
	Universitaria completa o mas	6	38,67	1,506
Nivel socioeconómico	Primer quintil	12	36,25	3,334
	Segundo quintil	13	36,54	4,095
	Tercer quintil	14	36,43	4,256
	Cuarto quintil	12	38,08	1,311
	Quinto quintil	19	37,58	2,912

Fuente: Araya B. Factores relacionados con la autoeficacia de las personas del programa de salud cardiovascular de un centro de salud familiar de Chiguayante. Tesis de magister. Chile. 2018.

Al analizar la tabla no se observa un patrón a medida que aumenta el nivel educacional. En el caso de nivel socioeconómico se observan medias levemente mayores para las 2 categorías de ingresos más altos.

Con el fin de determinar si estas diferencias observadas eran estadísticamente significativas se realizó un análisis de correlación. Se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman, debido a que la distribución de la variable dependiente no era normal.



Tabla 15: Correlación variable dependiente y factores socioculturales

Variable	Correlación Spearman con Variable dependiente (EAG)
Nivel educacional	0.135
Nivel socioeconómico	0.157
Total PACIC	-.239*
Activación del paciente	-0.17
Diseño del sistema de atención/apoyo en las decisiones	-0.079
Establecimiento de metas	-0.211
Resolución de problemas/consejería contextual	-0.184
Seguimiento/coordinación	-0.197
Averiguar	-0.173
Aconsejar	-0.207
Apreciar	-0.188
Apoyar	-.333**
Acordar	-0.22
Puntuación resumen	-0.211

Fuente: Araya B. Factores relacionados con la autoeficacia de las personas del programa de salud cardiovascular de un centro de salud familiar de Chiguayante. Tesis de magister. Chile. 2018.

Para los factores socioculturales nivel educacional y nivel socioeconómico los coeficientes de correlación resultaron cercanos a 0, lo cual no es estadísticamente significativo.

La correlación entre la autoeficacia generalizada y la evaluación de los cuidados crónicos (medida con escala PACIC) arrojó valores cercanos en 10 de las 11 dimensiones. En tanto los valores aumentaron levemente para la puntuación total y en la dimensión “Apoyar”. Sin embargo el sentido de esta correlación fue negativo.

Estos resultados serán discutidos en la siguiente sección.

6. DISCUSIÓN

En este apartado se discutirán los resultados obtenidos de acuerdo a los objetivos planteados.

El primer objetivo tiene relación con describir la **percepción de autoeficacia** de los usuarios ingresados recientemente a un programa de salud cardiovascular. Esta percepción de autoeficacia se define como los juicios de cada persona sobre sus capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado. Como se comentó anteriormente la autoeficacia se ha asociado con múltiples beneficios, en especial en la salud cardiovascular. De ahí el interés en investigar esta variable, para poder posteriormente fomentarla, en usuarios que recién ingresan a recibir atención por alguna de estas patologías crónicas.

Los resultados de esta investigación muestran una media de 37 puntos, que si bien la escala no permite categorizar, se puede considerar alto ya que representa el 92,5% del máximo de 40 puntos. La confiabilidad interna y otros estadísticos descriptivos muestran un comportamiento aceptable, similar a lo encontrado por otros estudios. Algunas investigaciones obtuvieron medias levemente más bajas, como la realizada en la validación chilena del estudio (34.1 puntos) en el año 2010 y la de Lagos. et al (34.3 puntos) en el 2016.^{33, 87}

El segundo objetivo propuesto consistía en describir algunos **factores biológicos** de la población en estudio, tales como: sexo, edad, riesgo cardiovascular global, factores de riesgo cardiovascular y adherencia objetiva.

Para la variable **sexo**, la distribución de la muestra estudiada fue mayoritariamente femenina (71.4%). Esto es coincidente con lo encontrado en otros estudios en la región que estudiaron personas pertenecientes al PSCV, como el de Vílchez et al. cuya población femenina fue del 64,3% y el de Lagos et al. que tuvo un 66%. Según una investigación española, la cual evidencia diferencias por sexo en los factores de riesgo cardiovascular, existe un predominio femenino en la hipertensión arterial y la dislipidemia.^{87, 88}

Un estudio realizado en 2011 acerca de la situación de salud de los hombres en Chile puede entregar una explicación acerca de esta diferencia. En éste se plantea que “los hombres tienen dificultades para reconocer sus necesidades, haciendo crecer el pensamiento mágico que rechaza la posibilidad de enfermarse”. Lo anterior se refleja en la diferencia de cobertura en el Examen de Medicina Preventiva, principal puerta de entrada al PSCV, alcanzando sólo un 40% de cobertura.^{89, 90}

Para el **riesgo cardiovascular global** se observó una mayor prevalencia para las categorías moderado y alto (37.7% cada una). Estadísticas a nivel nacional reportan un RCV Alto de 46%, Moderado de 37% y Bajo 17%, lo cual

no está lejos de lo encontrado, coincidiendo en que los mayores porcentajes se encuentran en las categorías de moderado y alto.⁹¹

Esto puede explicarse considerando los criterios de clasificación usados, según la normativa del Ministerio de Salud (Tablas de Framingham), el cual considera los siguientes factores: presión arterial, colesterol total y tabaquismo. Además hay una serie de condiciones que determinan por si mismas un riesgo CV alto: ECV aterosclerótica documentada, Diabetes mellitus, Enfermedad renal crónica etapa 3b-5 o albuminuria $\geq 30\text{mg/g}$, Hipertensión arterial refractaria y Dislipidemia severa (Col-LDL $> 190\text{mg/dL}$). También existen condiciones como Antecedente de ECV prematura en familiares de 1º grado y el Síndrome metabólico (CC ≥ 90 cm en hombres y ≥ 80 cm en mujeres, PA $\geq 130/85\text{mmHg}$ o en tratamiento con antihipertensivos, TG $\geq 150\text{mg/dL}$ o en tratamiento con hipolipemiantes, HDL $< 40\text{mg/dL}$ hombres o $< 50\text{mg/dL}$ en mujeres, glicemia de ayuna $\geq 100\text{mg/dL}$ o en tratamiento) que elevan en una categoría el riesgo cardiovascular.⁹¹

Considerando que las personas que participaron en el estudio ya están en un programa para hacer control de factores de riesgo CV y que tienen una data de ingreso al programa de aproximadamente 2 años, no es de extrañar que muchos de sus factores de riesgo de ingreso no hayan sido disminuidos aún al momento de la evaluación.

También se examinó la presencia de algunos **factores de riesgo cardiovascular** tales como hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, obesidad y tabaquismo, diagnosticados y registrados en la ficha clínica del participante. Sus prevalencias anteriormente analizadas se condicen con la realidad local y nacional.

Además se observó que el 70% de los participantes presentaban 2 o menos de éstos factores de riesgo.

Además como una forma de enriquecer el análisis estadístico se agregaron algunos indicadores numéricos de riesgo cardiovascular los cuales se analizan a continuación. Todos los indicadores corresponden a los registrados para cada usuario en su último control, tanto la **presión arterial** (131/80 mmHg), como la **glicemia** en ayunas (119 mg/dl), la **hemoglobina glicosilada** (9%), los diferentes niveles de **colesterol** (Total 200, LDL 123, HDL 48.9 y TGC 164 mg/dl) y el **índice de masa corporal** (30, obesidad) están sobre los niveles deseados para los pacientes con patologías cardiovasculares en control.

Esto pudiera tener su explicación en que todos los participantes fueron ingresos recientes al programa, hace menos de 2 años, por lo que es posible que aún no haya pasado tiempo suficiente para que las personas se adapten a su condición crónica y se logren alcanzar niveles óptimos de control, apoyados por el equipo de salud. Esto se ve reflejado de mejor forma al observar la

variable **adherencia objetiva**, la cual se determinó en base a los criterios MINSAL, los cuáles conjugan los niveles de presión arterial, colesterol LDL y hemoglobina glicosilada en el caso de los diabéticos, en ésta sólo el 27,1% cumple con los criterios para considerarse “compensada”.

Como tercer objetivo se quiso describir **factores socioculturales**. El primero, **nivel educacional**, presentó una distribución prevalente en las categorías “media completa” y “Universitaria incompleta o técnica completa” con un 25.7% y un 22.9% respectivamente. Para el **nivel socioeconómico** las categorías también presentaron prevalencias uniformes.

El otro factor sociocultural abordado en este estudio fue la **evaluación de los cuidados crónicos por la persona que se atiende en el establecimiento de salud**. Tal como se señaló anteriormente, ésta variable mide acciones específicas relacionadas con la calidad de los cuidados según la percepción de las personas que presentan una enfermedad crónica con el objetivo de guiar al equipo de salud a focalizar o priorizar sus esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y para contar con un seguimiento de los logros alcanzados a través del tiempo. Se mide a través del cuestionario PACIC.

Esta escala mostró una adecuada consistencia interna al realizar los análisis de confiabilidad tanto globalmente como por dimensiones. La media global fue de 78,11 puntos de un máximo de 130. La media de las dimensiones más alta fue la de “Diseño del sistema de atención/apoyo en las decisiones” con

3.95 puntos promedio, esta se refiere a “acciones que organizan el cuidado y proveen información a los pacientes para mejorar su comprensión de la atención”, seguido de “Establecimiento de metas” con 3.22 puntos referida a “acciones dirigidas a adquirir información y a establecer objetivos específicos y colaborativos”.

También resulta de interés el análisis por ítems, al aportar información acerca de las acciones realizadas por el equipo de salud, percibidas como más y menos frecuentes por parte de los sujetos de la investigación. Destacan las acciones que las personas percibieron se realizaban con menos frecuencia: “Me llamaron después de una visita para saber si había mejorado”, “me aconsejaron que acudiera a programas en la comunidad que pudieran ayudarme” y “me animaron a conseguir apoyo de mis amigos, familia y comunidad”. Esta información podría orientar a los equipos de salud para aumentar la frecuencia con la cual realizan acciones de seguimiento y de derivación a grupos comunitarios y a la búsqueda de apoyo social.

Al comparar estos resultados con la validación chilena del cuestionario se encuentra correspondencia con las dimensiones de mayor puntuación promedio: Diseño de un sistema de atención/Apoyo en las decisiones y Establecimiento de metas (Diseño de objetivos). Es importante señalar que la publicación de la validación del cuestionario que mide estas variables fue posterior al comienzo

de esta investigación, por lo cual no fueron consideradas algunas conclusiones de este estudio tales como la adaptación al español hablado en Chile.⁸⁷

El cuarto objetivo propuesto en esta investigación pretendía establecer si existía **relación entre los factores biológicos y la percepción de autoeficacia general**. Para dar cumplimiento a esto se realizó una comparación de medias y un cálculo de coeficiente de correlación. Si bien se encontraron diferencias en las medias de puntaje de la escala de autoeficacia generalizada, éstas no tuvieron significancia estadística.

En quinto objetivo pretendía explorar la **correlación entre la autoeficacia general y factores socioculturales**. Al igual que para el objetivo anterior se realizó comparación de medias y cálculo de coeficiente correlación. Si bien se encontraron diferencias en las medias de puntaje de la escala de autoeficacia generalizada, éstas no tuvieron significancia estadística.

Para la mayoría de las aplicaciones, Bandura plantea que la autoeficacia percibida debe ser conceptualizada de manera específica, no obstante la autoeficacia general puede explicar un amplio rango de conducta humana y resultados de afrontamientos cuando el contexto es menos específico. Para el caso de establecer el rol mediador de la autoeficacia en el control de factores de riesgo cardiovascular, las acciones debieran medirse es un contexto específico, lo cual no es posible con el instrumento utilizado. Esto podría explicar en gran parte que los resultados obtenidos no hayan mostrado una

correlación entre la autoeficacia y los factores biológicos y socioculturales estudiados.³²



6.1 Limitaciones del estudio.

El acceso a los participantes se vio dificultado por varias razones, entre ellas: la imposibilidad de contactarlos telefónicamente, las dificultades técnicas de aplicar entrevistas en domicilio, la disponibilidad y la desconfianza que manifestaron varios usuarios al darse cuenta que se contaba con su información personal. Esto influyó en que se haya ampliado el criterio de inclusión propuestos en el proyecto de tesis, considerando los ingresados hasta abril de 2017 y que contaran con número telefónico) y que el segundo muestreo ya no haya sido aleatorio sino que se haya trabajado con el total de personas que quedaron luego de aplicar los criterios de selección y que estuvieran dispuestas a participar. No se siguieron ampliando los criterios, ya que si esto ocurría se corría el riesgo de alejarse de los objetivos del estudio.

Como segunda limitación se encuentra la imposibilidad de acceder a la ficha electrónica de los usuarios, debido a que esto debía ser realizado en las dependencias del CESFAM, el cual no contaba con espacios disponibles para hacerlo. Como solución fue facilitado el tarjetero digital del programa cardiovascular, el cual consiste en un documento de Excel con la principal información de las personas que se atienden en este programa. Sin embargo, se perdieron algunas variables que se pretendían estudiar ya que no estaban registradas en este documento, tales como: obesidad abdominal, sedentarismo y consumo de alcohol de riesgo.

Finalmente la falta de estudios previos de investigación sobre el tema en el medio nacional dificultó poder realizar comparaciones de la realidad local. Durante el desarrollo de la investigación fueron publicadas algunas investigaciones realizadas en el área, las cuáles no estaban disponibles al momento de diseñar la investigación, por lo tanto sus conclusiones no fueron consideradas al seleccionar la metodología.



7. CONCLUSIONES

Después de analizar los resultados de este estudio y de acuerdo a los objetivos planteados, se concluye que:

1. La percepción de autoeficacia general en los participantes del estudio fue alta
2. El perfil de la muestra fue mayoritariamente de sexo femenino, con una edad promedio de 52 años.
3. El riesgo cardiovascular global fue principalmente moderado y alto, con la presencia de 1 a 2 factores de riesgo cardiovascular y la mayoría de los participantes “No compensados”.
4. La población estudiada fue principalmente de escolaridad media completa o inferior y de nivel socioeconómico de tercer quintil o inferior.
5. Las dimensiones más altas de la evaluación de los cuidados crónicos fueron “Diseño del sistema de atención/apoyo en las decisiones y “Establecimiento de metas”.
6. No se encontró correlación entre la percepción de autoeficacia general con el sexo, ni con la adherencia objetiva.
7. No se encontró correlación entre la percepción de autoeficacia general con el nivel educacional, ni con el ingreso promedio mensual.

8. RECOMENDACIONES

A partir del modelo teórico que da sustento a esta investigación se pueden realizar recomendaciones para posibles líneas de investigación y para la práctica de enfermería.

De acuerdo a los resultados obtenidos se recomienda estudiar el rol de la percepción de la autoeficacia en las conductas de salud de manera específica. El mismo autor de la teoría utilizada, Bandura, plantea que la autoeficacia percibida debe ser conceptualizada de manera específica, no obstante la autoeficacia general puede explicar un amplio rango de conducta humana y resultados de afrontamientos cuando el contexto es menos específico. Considerando que los comportamientos promotores de salud cardiovascular apuntan a tareas más determinadas y el reciente desarrollo de instrumentos que miden la autoeficacia en diversas patologías de este grupo, debiera considerarse la utilización de estos instrumentos por sobre los de autoeficacia generalizada, de manera de enriquecer más el análisis y por lo tanto determinar formas de incrementar esta percepción de competencia para alcanzar conductas favorables para el control de factores de riesgo.

Además estudiar junto con los factores personales, la conducta previa relacionada. Por otro lado también debería considerarse junto con la percepción

de autoeficacia las influencias personales y situacionales para compromiso con un plan de acción.

También sería de interés continuar realizando investigaciones con base en el Modelo de cuidados crónicos propuesto por el MINSAL para el control de los factores de riesgo cardiovascular. Especialmente intervenciones de enfermería que apoyen el automanejo. Utilizar el cuestionario PACIC, proporciona una evaluación de la atención de enfermedades crónicas desde la perspectiva de los usuarios y es útil para orientar los esfuerzos del equipo de salud.

Si bien dentro de los objetivos de esta investigación no estaba relacionar el apoyo al automanejo por si solo con otros factores, de forma exploratoria si se encontraron algunas asociaciones. Teniendo en cuenta su incorporación al Modelo de cuidados crónicos recientemente impulsado por el ministerio de salud, sería de interés incorporarlo en futuras investigaciones.

En este sentido los profesionales de enfermería dedicados a la investigación podrían seguir explorando mejores formas de realizar consejería contextual para el control de los factores de riesgo cardiovascular. Tal como se expuso en el marco empírico son múltiples los beneficios para la salud cardiovascular de una buena autoeficacia y existe un creciente desarrollo de investigaciones que relevan el rol de la autoeficacia en intervenciones de enfermería. Dentro del Programa de salud cardiovascular, los controles

realizados por profesionales de enfermería tienen un rol preponderante, con un énfasis promocional y educativo. Conocer formas de incrementar la autoeficacia en el manejo de las enfermedades crónicas sería de mucha utilidad para incorporar en este tipo de controles o en el desarrollo de talleres complementarios. Es fundamental que los profesionales de salud busquemos formas de ir en pro de este paradigma que busca el empoderamiento de los usuarios en el manejo de su propia salud.



9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Escobar M, Baez L, Cozzaglio M. Enfermedades no transmisibles. Chile: Depto Enfermedades no transmisibles. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2013.
2. Global Status on noncommunicable diseases. World Health Organization, 2010.
3. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Enero 2017. Las 10 principales causas de defunción, Nota descriptiva. [Consultado en Marzo 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index1.html>
4. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Junio 2017. Enfermedades no transmisibles, Nota descriptiva. [Consultado en Marzo 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
5. Ministerio de Salud Gobierno de Chile [Internet]. Noviembre 2017. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, Primeros resultados. [Consultado en Marzo 2018]. Disponible en http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf
6. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica, Observatorio Social Universidad Alberto Hurtado, 2010.
7. Indicadores Básicos de Salud Chile 2014. Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS), Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2014.

8. Enfoque de riesgo para la prevención de enfermedades cardiovasculares. Consenso 2014. Departamento de Enfermedades no Transmisibles, División de Prevención y control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2014.
9. Bustos P, Amigo H, Arteaga A, Acosta AM, Rona R. Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en adultos jóvenes. Rev Med Chile. 2003(131):973-80.
10. Teller A. Prevención y adherencia: Dos claves para el enfrentamiento de las enfermedades crónicas. Rev Med Chile. 2004(132):1453-5.
11. Escobar F, Obreque A. Implementación del enfoque de riesgo en el programa de salud cardiovascular. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile; 2009.
12. Programa de Salud Cardiovascular Chile: Servicio de Salud Talcahuano; [visitado en octubre de 2015]. Disponible en: http://www.sstalcahuano.cl/programa_cardiovascular.php.
13. Garrido J, Chacon J, Sandoval D, Muñoz R, López N, Oyarzún E, et al. Control del Hipertenso, un desafío no resuelto, Avances logrados en Chile mediante el programa de Salud Cardiovascular. Rev Chil Cardiol. 2013;32(2):85-96.
14. La Rosa Y, Martín L, Bayarre H. Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. Rev Cubana Med Gen Integr. 2007;23(1).

15. Modelo de atención para personas con enfermedades crónicas. Directrices para la implementación. Departamento de Enfermedades no transmisibles, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2015.
16. Nitsche M, Bitran M, Pedrals N, Echeverría G, Rigotti A. Recursos psicosociales positivos y salud cardiovascular. *Rev Med Chile*. 2014(142):1316-23.
17. Ortiz M, Ortiz E. Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Rev Med Chile*. 2007(135):647-52.
18. Giraldo A, Toro M, Macías A, Valencia C, Palacio S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Rev Hacia Promoc Salud*. 2010;15(1):128-43.
19. Silva L, Cotta R, Rosa C. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;34(5):343-50.
20. Crovetto M, Vio del R, F. Antecedentes internacionales y nacionales de la promoción de la salud en Chile: Lecciones aprendidas y proyecciones futuras. *Rev Chil Nutr*. 2009;36(1):32-45.
21. Orientaciones para planes comunales de Promoción de la Salud 2014. Departamento de Promoción de Salud, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile; 2013.

22. La declaración de Helsinki sobre Salud en todas las Políticas. 8° Conferencia mundial de Promoción de la Salud; Helsinki, Finlandia; 2013.
23. Promoção da saúde no contexto da estratégia saúde da família: concepções e práticas da enfermeira. Esc Anna Nery. 2011;15(3):610-5.
24. Aristizábal G, Blanco D, Sánchez A, Ostiguín R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Enferm Universitaria Mex. 2011;8(4):16-23.
25. Pender N. The Health Promotion Model Manual. University of Michigan; 2011
26. Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 8va Edición. Elsevier España; 2014. p. 385-404.
27. Giraldo A, Toro M, Macías A, Valencia C, Palacio S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Rev Hacia Promoc Salud. 2010;15(1):128-43
28. Fonseca J, Venicios de Oliveira M, Barbosa L. Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. Acta paul enferm. 2005;18(3):235-40.
29. Pender N., Murdaugh C., Parsons, M. Health Promotion in Nursing Practice. 6th Edition. Boston. Prentice Hall. 2011
30. Bandura, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 1977; 84: 191-215.

31. Osorio F, Pereira F. Hacia un modelo de educación para el emprendimiento: una mirada desde la teoría social cognitiva. *Cuad Adm.* 2011;24(43):13-33.
32. Olivari C, Urra E. Autoeficacia y Conductas de Salud. *Rev Ciencia y Enferm.* 2007;13(1):9-15.
33. Cid P, Orellana A, Barriga O. Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Rev Med Chile.* 2010(138):551-7.
34. Poblete M, Valenzuela S, Merino J. Cuidado humanizado: Percepción de autoeficacia en enfermeras académicas y asistenciales. Concepción, Chile: Universidad de Concepción; 2009.
35. Velasquez A. Revisión histórico-conceptual del modelo de autoeficacia. *Rev Pequen.* 2012;2(1):148-60.
36. Vidal D, Chamblas I, Zabala M, Müller R, Rodríguez M, Chávez A. Determinantes sociales en salud y estilos de vida en población adulta de Concepción, Chile. *Rev Ciencia y Enferm.* 2014;20(1):61-74.
37. Cid P, Merino J, Stieповich J. Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. *Rev Med Chile.* 2006(134):1491-9.
38. Ortiz J, Castro M. Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia, Contribución de enfermería. *Rev Ciencia y Enferm.* 2009;15(1):25-31.

39. Rueda V, Pérez-García A. Personalidad y percepción de autoeficacia: Influencia sobre el bienestar y el afrontamiento de los problemas de salud. *Rev Psicopatología y Psicología Clínic.* 2004;9(3):205-19.
40. Sant M, Da Silva A, Lautert L. The sense of self-efficacy in maintaining health promoting behaviors in older adults. *Rev Esc Enferm USP.* 2010;44(1):60-6.
41. Reuter T, Ziegelmann J, Wiedemann A, Geiser C, Lippke S, Schüz B, et al. Changes in Intentions, planning, and self-efficacy predict changes in behaviours. *Journal of health psychology.* 2015;15(6):935-47.
42. San Martín J, Barra E. Autoestima, apoyo social y satisfacción vital en adolescentes. *Rev Terapia Psicológica.* 2013;31(3):287-91.
43. Chavarría M, Barra E. Satisfacción vital en adolescentes: Relación con la autoeficacia y el apoyo social percibido. *Terapia Psicológica.* 2014;32(1):41-6.
44. Albuquerque L, Rosas A, Alves G, Souza de Lima T, Cunha de Souza L. Self-efficacy as a mediator of the relationship between subjective well-being and general health of military cadets. *Rev Saude Publica.* 2014;30(11):2309-19.
45. Álvarez E, Barra E. Autoeficacia, estrés percibido y adherencia terapéutica en pacientes hemodializados. *Rev Ciencia y Enferm.* 2010;16(3):63-72.

46. Reyes-Jarquín K, Hernández-Pozo M. Análisis crítico de los estudios que exploran la autoeficacia y bienestar vinculados al comportamiento saludable. *Journal of Behavior, health and social issues*. 2012;3(2):5-24.
47. Rapley P, Fruin D. Self-efficacy in chronic illness: The juxtaposition of general and regimen-specific efficacy. *Int journal of Nursing Practice*. 1999;5:209-15.
48. Avendaño M, Barra E. Autoeficacia, apoyo social y calidad de vida en adolescentes con enfermedades crónicas. *Rev Terapia Psicológica*. 2008;26(2):165-72.
49. Carpi A, González P, Zurriaga R, Marzo J, Buunk A. Autoeficacia y percepción de control en la prevención de la enfermedad cardiovascular. *Univ Psychol*. 2010;9(2):423-32.
50. Steca P, Greco A, D'Addario M, Monzani D, Pozzi R, Villani A, et al. Relationship of illness severity with health and life satisfaction in patients with cardiovascular disease: The mediating role of self-efficacy, beliefs and illness perceptions. *Happiness Stud*. 2013;14:1585-99.
51. Sol B, Van der Graaf Y, Van der Bijl J, Goessens N, Visseren F. Self-efficacy in patients with clinical manifestations of vascular diseases. *Patient Education and Counseling*. 2006:443-8.
52. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Education and Counseling*. 2002;48:177-87.

53. Sol B, Van der Graaf Y, Van der Bijl J, Goessens B, Visseren F. The role of self-efficacy in vascular risk factor management: A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*. 2006;71:191-7.
54. Katch H, Mead H. The role of self-efficacy in cardiovascular disease self-management. *Patient Intelligence*. 2010;2:33-44.
55. Chia-Chi K, Chiu-Chu L, Fu-Mian T. Effectiveness of empowerment-based self-management interventions on patients with chronic metabolic diseases: A systematic review and meta-analysis. *Worldviews on evidence-based nursing*. 2014;11(5):301-15.
56. Arteaga O, Vera A, Rebolledo C, Muñoz MT, Martorell B, Martínez S. Evaluación de la Atención de Enfermedades Crónicas-EVAEC. Cuestionario ACIC validado para Chile. Proyecto FONIS 2007 N° SA07I20014
57. Criswell T, Weber C, Xu M, Carter B. Effect of self-efficacy and social support on adherence to antihypertensive drugs. *Pharmacotherapy*. 2010;30(5):432-41.
58. Warren-Findlow J, Seymour R, Brunner L. The association between self-efficacy and hypertension self-care activities among african american adults. *Community Health*. 2013;37(1):15-24.
59. Wang M, Lemon S, Welch G, Rosal M. Development and validation of the lifestyle self-efficacy scale for latinos with diabetes (LSESLD). *Ethn Dis*. 2013;23(4):428-35

60. Pereira M, Almeida P. Auto-eficácia na diabetes: Conceito e validacao da escala. *Análise Psicológica*. 2004;22(3):585-95.
61. Liu T. A concept analysis of self-efficacy among chinese elderly with diabetes mellitus. *Nursing Forum*. 2012;47(4):226-35.
62. Gao J, Wang J, Zheng P, Haardörfer R, Kegler M, Zhu Y, et al. Effects of self-care, self-efficacy, social support on glycemic control in adults with type 2 diabetes. *Family Practice*. 2013;14(66):1-6.
63. Pérez-Pedrogo C, Martínez-Taboas A. Factores asociados a la sintomatología depresiva en adultos/as con diabetes y el impacto en su autoeficacia y en el cuidado de la salud. *Salud y Sociedad*. 2011;2(1):44-61.
64. Canales S, Barra E. Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento con diabetes mellitus tipo II. *Psicología y Salud*. 2014;24(2):167-73
65. Burke L, Dunbar-Jacob J, Sereika S, Ewart C. Development and testing of the cholesterol-lowering diet Self-Efficacy Scale. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2003;2:265-73.
66. Burke L, Kim Y, Senuzum F, Choo J, Sereika S, Music E, et al. Evaluation of the shortened cholesterol-lowering diet self-efficacy scale. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2006;5:264-74.
67. Fernández T, Medina S, Herrera I, Rueda S, Fernández A. Construcción y validación de una escala de autoeficacia para la actividad física. *Rev Esp Salud Pública*. 2011;85(4):405-17.

68. Barros M, Iachite R. Autoeficácia para a prática de atividade física por indivíduos adultos. *Motricidade*. 2012;8(2):32-41.
69. Reigal R, Videra A, Gil J. Práctica física, autoeficacia general y satisfacción vital en la adolescencia. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*. 2014;14(55):561-76.
70. Warner L, Ziegelmann J, Schüz B, Wurm S, Schwarzer R. Sinergistic effect of social support and self-efficacy on physical exercise in older adults. *Journal of Aging and Physical Activity*. 2011;19:249-61.
71. Parschau L, Fleig L, Koring M, Lange D, Knoll N, Schwarzer R, et al. Positive experience, self-efficacy, and action control predict physical activity changes: A moderated mediation analysis. *British Journal of Health Psychology*. 2013;18:395-406.
72. Luszczynska A, Sheng Cao D, Mallach N, Pietron K, Mazurkiewicz M, Schwarzer R. Intentions, planning, and self-efficacy predict physical activity in Chinese and Polish adolescents: Two moderated mediation analyses. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2010;10(2):265-78.
73. Lugli Z. Autoeficacia y locus de control: Variables predictoras de la autorregulación del peso en personas obesas. *Pensamiento Psicológico*. 2011;9(17):42-56
74. Campos S, Pérez J. Autoeficacia y conflicto decisional a la disminución del peso corporal en mujeres.

75. Godoy P, Medel M, Vásquez C. Autoeficacia y su relación con el consumo de tabaco y alcohol en estudiantes universitarios. Chillán, Chile: Univ. Bío-Bío; 2012
76. Chad G, Metric J, Kahler C, Shiffman S. Self-efficacy and smoking cessation. *Psychol Addict Behav.* 2009;23(1):1-20.
77. Rocha T, Ramírez R. Identidades de género bajo una perspectiva multifactorial: Elementos que delimitan la percepción de autoeficacia en hombres y mujeres. *Acta de investigación psicológica.* 2011;1(3):454-72
78. Vilchez V, Paravic T, Salazar A, Sáez K. Efecto de Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería en Salud Cardiovascular en Atención Primaria. *Rev Chile Cardiol.* 2015;34(1):36-44
79. Glasgow R, Wagner E, Schaefer J, Mahoney L, Reid R, Greene S. Development and Validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). *Medical Care.* 2005;43(5):436-44.
80. Glasgow R, Whitesides H, Nelson C, King D. Use of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) with Diabetic Patients. *Diabetes Care.* 2005;28(11):2655-61.
81. Quintiles 2015 Chile: Universidad de Chile; 2015 [Tabla de deciles según Encuesta Casen 2011, actualizada por IPC a agosto 2014].
82. MINSAL. Guía Clínica Examen de Medicina Preventiva. Serie Guías Clínicas MINSAL. 1 ed. Santiago, Chile 2008. p. 129.

83. MINSAL. Guía clínica: Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más. Santiago, Chile; 2010. p. 63.
84. MINSAL. Guía Clínica: Diabetes Mellitus tipo 2. Santiago, Chile. 2010. p. 75.
85. MINSAL. Norma técnica: Dislipidemias. In: De la Maza M, Días J, Gómez R, Maiz A, editors. Santiago, Chile 2000. p. 81.
86. Emanuel E. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. En: Pellegrini A, Macklin R, eds. Investigación en Sujetos Humanos: Experiencia Internacional. Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/ OMS; 1999: 33-46.
87. Lagos M., Salazar A., Salas P. Adaptación y validación de la versión chilena del cuestionario "Evaluación de la atención de enfermedades crónicas para pacientes". Rev Med Chile. 2017(145):869-79.
88. Vichez V., Paravic T., Salazar A., Sáez K. Efectividad de intervención de consejería de enfermería personalizada, presencial y telefónica en factores de riesgo cardiovascular: ensayo clínico controlado. Rev Latino-Am Enfermagem. 2016 (24)1-12.
89. López-González A, Bennasar-Veny M, Tauler P, Aguiló A, Tomás-Salvá M, Yáñez A. Desigualdades socioeconómicas y diferencias según sexo y edad en los factores de riesgo cardiovascular. Gac Sanit. 2015;29(1):27-36
90. Situación actual de la salud del hombre en Chile. Subsecretaría de Salud Pública, División de prevención y control de enfermedades, Departamento de Ciclo Vital. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. 2011

91. Suplemento Orientación técnica Programa de salud cardiovascular.

Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. 2017.



10. ANEXOS

ANEXO 1: DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

Percepción de Autoeficacia General

Definición Conceptual: Juicios de cada persona sobre sus capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado.

Definición Operacional: Puntaje obtenido en la Escala Autoeficacia Generalizada, a mayor puntaje mayor autoeficacia³³.

Sexo

Definición Conceptual: Característica biológica de la persona que diferencia al hombre de mujer

Definición Operacional: Lo declarado por la persona

-Hombre

-Mujer

Edad

Definición Conceptual: Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta la fecha

Definición Operacional: Tiempo en años

Factores de Riesgo Cardiovascular

Hipertensión arterial

Definición Conceptual: Enfermedad crónica que, librada a su curso natural, produce daño orgánico irreversible que causa invalidez o muerte prematura. Su importancia radica en su rol precursor de enfermedad cardiovascular (ECV).^{82,}

⁸³

Definición Operacional: Diagnóstico médico de hipertensión (PA: 140/90 mmHg o más) en ficha clínica^{82, 83}

-Con Hipertensión arterial

-Sin hipertensión arterial

Presión arterial

Definición Conceptual: Fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias, tiene dos componentes: presión sistólica (PS) y presión diastólica (PD).

Definición Operacional: Medición numérica, en milímetros de mercurio (mmHg), de PS y PD registrada en el último control del usuario.

Diabetes Mellitus

Definición Conceptual: Desorden metabólico que se caracteriza por hiperglicemia crónica, con alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas como resultado de un defecto en la secreción de insulina, su acción o ambas cosas^{83,84}.

Definición Operacional: Diagnóstico de Diabetes (Síntomas clásicos + glicemia al azar ≥ 200 mg/dl; Glicemia en ayunas ≥ 126 mg/dl; Glicemia post-carga ≥ 200 mg/dl) en ficha clínica^{83,84}.

- Con diabetes mellitus
- Sin diabetes mellitus

Glicemia en ayunas

Definición Conceptual: También llamada glucemia, es la cantidad de glucosa en la sangre luego de 12 horas de ayuno. Se considera alta cuando es mayor a 100 a 125 mg/dl.

Definición Operacional: Resultado del último examen registrado en ficha clínica del usuario, medido en miligramos por decilitro (mg/dl)

Hemoglobina glicosilada (HbA1C)

Definición Conceptual: Examen que se realiza principalmente en personas con diabetes mellitus 2, entrega una estimación de la glicemia en sangre durante los últimos 3 meses, por lo tanto es útil para realizar un seguimiento de la enfermedad. Para personas con diabetes se esperan valores menores al 7%.

Definición Operacional: Resultado del último examen registrado en ficha clínica del usuario, expresado en porcentaje (%).



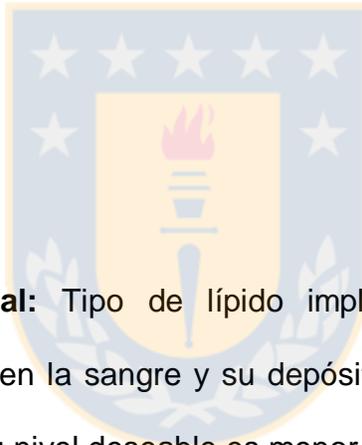
Dislipidemia

Definición Conceptual: Conjunto de patologías caracterizadas por alteraciones en las concentraciones de los lípidos sanguíneos, componentes de las lipoproteínas circulantes, a un nivel que significa un riesgo para la salud^{83, 85}.

Definición Operacional: Diagnóstico de Dislipidemia (Colesterol total ≥ 200 mg/dl, Colesterol LDL > 100 mmHg, Colesterol HDL < 40 mg/dl, Triglicéridos > 150 mg/dl) en ficha clínica^{83, 85}.

-Con dislipidemia

-Sin dislipidemia



Colesterol total

Definición Conceptual: Tipo de lípido implicado en múltiples funciones orgánicas. Su exceso en la sangre y su depósito en las arterias constituye un factor de riesgo CV. Su nivel deseable es menor a 200 mg/dl.

Definición Operacional: Resultado del último examen registrado en ficha clínica del usuario, expresado en mg/dl.

Colesterol HDL

Definición Conceptual: Lipoproteína de alta densidad, también llamado “colesterol bueno”, se ha asociado con menor riesgo cardiovascular. Sus valores óptimos son mayor de 40 mg/dl en hombres y mayor de 50 en mujeres.

Definición Operacional: Resultado del último examen registrado en ficha clínica del usuario, expresado en porcentaje mg/dl.

Colesterol LDL

Definición Conceptual: Lipoproteína de baja densidad, también llamado “colesterol malo”, se ha asociado con aterosclerosis, por lo tanto con mayor riesgo cardiovascular. Su valor óptimo es menor a 130 mg/dl.

Definición Operacional: Resultado del último examen registrado en ficha clínica del usuario, expresado en porcentaje mg/dl.

Triglicéridos

Definición Conceptual: Tipo de grasa contenida en algunas alimentos y producida en el hígado. Altos niveles se han asociado a mayor riesgo CV. Su nivel normal es menor a 150 mg/dl.

Definición Operacional: Resultado del último examen registrado en ficha clínica del usuario, expresado en porcentaje mg/dl.

Obesidad

Definición Conceptual: Exceso de grasa en el organismo que puede ser perjudicial para la salud, debida a un desbalance energético originado fundamentalmente por una Ingesta calórica superior a la requerida^{8, 82}.

Definición Operacional: Se considerará el cálculo del último IMC (índice de masa corporal) registrado en ficha clínica del paciente

-Obesidad: $IMC \geq 30 \text{ Kg/m}^2$

-Sin obesidad: $IMC < 30 \text{ Kg/m}^2$

Índice de masa corporal

Definición Conceptual: Índice sobre la relación entre el peso y la altura de una persona, utilizado para clasificar el bajo peso, sobrepeso y obesidad. Se calcula dividiendo el peso en kilogramos por el cuadrado de la altura en metros (kg/m^2).

Definición Operacional: Valor numérico del último IMC (índice de masa corporal) registrado en ficha clínica del paciente.

Tabaquismo

Definición Conceptual: Enfermedad crónica, que se caracteriza por la adicción a la nicotina. Cuarto factor de riesgo más importante en el mundo^{8, 82}.

Definición Operacional: Respuesta a la pregunta ¿Consume tabaco/cigarrillos?, registrado en ficha clínica del paciente.

-Sí

-No

Riesgo Cardiovascular Global

Definición Conceptual: Probabilidad de una persona de tener una enfermedad CV en un plazo definido, entre 5 y 10 años. Está determinado por el efecto combinado de los FR, que habitualmente coexisten y actúan en forma multiplicativa⁸.

Definición Operacional: Última estimación del riesgo cardiovascular global registrada en ficha clínica del paciente

-Alto

-Moderado

-Bajo

Adherencia Objetiva

Definición Conceptual: Nivel de compensación de la patología cardiovascular.

Según metas terapéuticas definidas por MINSAL, éstos dependen del riesgo CV global⁸:

-Riesgo alto: Colesterol LDL < 70 mg/dL, HbA1C < 7%, PA < 140/90 mmHg

-Riesgo moderado: Colesterol LDL < 100 mg/dL, PA < 140/90 mmHg

-Riesgo bajo: Colesterol LDL < 130 mg/dL, PA < 140/90 mmHg

Definición Operacional: Se considerará último registro en ficha clínica. Se clasificará de la siguiente forma, según los criterios previamente mencionados

-Compensado

-No Compensado

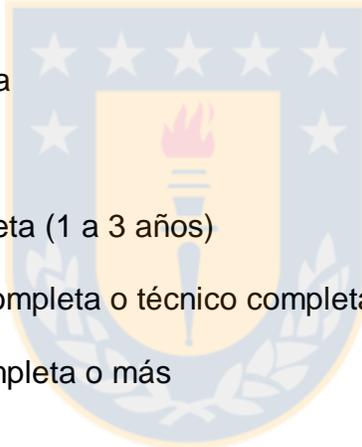


Nivel Educativo

Definición Conceptual: Grado de educación alcanzado por el individuo, es decir, periodo que ha permanecido en el sistema educativo formal, que será ordenado en los niveles de educación chilenos.

Definición Operacional: Último nivel educativo realizado (años de estudio)

- Sin estudios
- Básica incompleta
- Básica completa
- Media incompleta
- Media completa
- Técnica incompleta (1 a 3 años)
- Universitaria incompleta o técnico completa
- Universitaria completa o más



Ingreso Promedio Mensual

Definición Conceptual: Ingreso económico recibido mensualmente por parte del individuo en su grupo familiar

Definición Operacional: Quintil de ingreso pércapita mensual en pesos chilenos. ⁷⁸

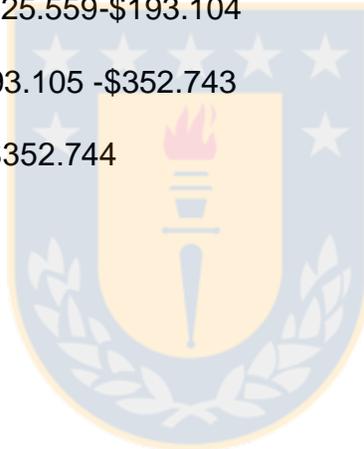
-Primer quintil: \$0-\$74.969

-Segundo quintil: \$74.970- \$125.558

-Tercer quintil: \$125.559-\$193.104

-Cuarto quintil: 193.105 -\$352.743

-Quinto quintil: ≥\$352.744



Evaluación de los cuidados crónicos

Definición Conceptual: Evaluación de cuidados crónicos por la persona que se atiende en el establecimiento de salud¹². Valoración de la atención de enfermedades

Crónicas desde la perspectiva del paciente y, en particular, del apoyo al automanejo.

Definición Operacional: Resultado obtenido en cuestionario PACIC+⁸⁰.

-Puntuación Global Resumen: *Promedio de los primeros 20 ítems*

-Puntuación en cada una de sus escalas:

-Activación del paciente: Acciones que requieren la participación del paciente y su involucramiento en la toma de decisiones. *Promedio de los ítems 1-3*

-Diseño del sistema de atención/apoyo en las decisiones: Acciones que organizan el cuidado y proveen información a los pacientes para mejorar su comprensión de la atención. *Promedio de los ítems 4-6*

-Establecimiento de metas: Acciones dirigidas a adquirir información y a establecer objetivos específicos y colaborativos. *Promedio de los ítems 7-11*

-Resolución de problemas/consejería contextual: Acciones que consideran las posibles barreras, el entorno social y cultural del paciente en la toma de decisiones de planes de tratamiento. *Promedio de los ítems 12-15*

-Seguimiento/coordinación: Acciones que tienden a organizar el cuidado que extiende y refuerza el tratamiento en el consultorio y establece contacto proactivo con los pacientes para evaluar el progreso y coordinar la atención. *Promedio de los ítems 16-20*

-Puntuación 5A'S:

-Puntuación resumen: Promedio de los ítems 1-4 y 6-16 (Se excluye el 5 y se promedia el resto)

-Averiguar: Promedio de los ítems 1, 11, 15, 20, 21

-Aconsejar: Promedio de los ítems 4, 6, 9, 19, 24

-Apreciar: Promedio los ítems 2, 3, 7, 8, 25

-Apoyar: Promedio de los ítems 10, 12, 13, 14, 26

-Acordar: Promedio de los ítems 16, 17, 18, 22 y 23

ANEXO 2: INSTRUMENTOS DEL ESTUDIO

I. ENCUESTA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Instrucciones: Por favor, complete la siguiente información, marcando con una X bajo la casilla que corresponda a su situación.

1. **Sexo**

Femenino	Masculino

2. **Edad (en años)**

--

3. **Nivel Educativo (último nivel cursado)**

Sin estudios	Básica incompleta	Básica completa	Media incompleta
Media completa	Técnica incompleta (1 a 3 años)	Universitaria incompleta o técnico completa	Universitaria completa o más

4. **Ingreso promedio mensual. ¿Cuánto es su ingreso familiar mensual? Marcar a qué quintil socioeconómico corresponde, según ingreso per cápita. Si lo desconoce, completar sólo últimas dos casillas.**

I Quintil \$0-\$74.969	II Quintil \$74.970- \$125.558	III Quintil \$125.559- \$193.104	IV Quintil 193.105 - \$352.743	V Quintil 193.105 - \$352.743
\$ _____			N° Integrantes del grupo familiar: _____	

II. ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERALIZADA

Instrucciones: A continuación encontrará una serie de afirmaciones acerca de su autoeficacia (creencia de que es capaz de realizar una determinada conducta). Por favor, responda a cada afirmación lo más exacto posible y trate de no pasar por alto ninguna. Marque con una X la casilla que corresponda.

		1 Incorrecto	2 Apenas cierto	3 Más bien cierto	4 Cierto
1	Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga.				
2	Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.				
3	Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.				
4	Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.				
5	Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.				
6	Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.				
7	Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.				
8	Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.				
9	Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.				
10	Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.				

III. EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS CRÓNICOS POR LA PERSONA QUE SE ATIENDE EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD (PACIC)

Instrucciones: Encontrarse bien puede ser difícil cuando usted tiene una enfermedad crónica. Nos gustaría tener información sobre cómo es la atención que usted recibe para su enfermedad crónica por parte del equipo de salud en el consultorio o centro de salud donde está inscrito (médico, enfermera, nutricionista). Sus respuestas son confidenciales y no se facilitarán a ninguna persona.

En los últimos seis meses, al recibir atención por mi enfermedad:

		1 Casi Nunca	2 Mayoría veces no	3 Algunas veces no	4 Mayoría veces sí	5 Casi siempre
1	Preguntaron por mi opinión cuando se me explicó el tratamiento a seguir					
2	Se me dieron varias opciones de tratamiento para que pensara					
3	Se me preguntó si tenía algún problema con los efectos de mis medicamentos					

En los últimos seis meses, al recibir atención por mi enfermedad:

		1 Casi Nunca	2 Mayoría veces no	3 Algunas veces no	4 Mayoría veces sí	5 Casi siempre
4	Se me dio una lista de cosas que podía hacer para mejorar mi salud					
5	Estuve satisfecho por la organización de los cuidados que recibí					
6	Me enseñaron cómo lo que yo hacía por cuidar mi salud tenía influencia en mi enfermedad					

En los últimos seis meses, al recibir atención por mi enfermedad:

		1 Casi Nunca	2 Mayoría veces no	3 Algunas veces no	4 Mayoría veces sí	5 Casi siempre
7	Me preguntaron cuáles eran mis objetivos respecto a mi enfermedad					
8	Me ayudaron a tener metas específica para mejorar mi forma de comer o el nivel de ejercicio					
9	Me dieron una copia de mi tratamiento					
10	Me aconsejaron que acudiera a una clase o que contactara con un grupo que me ayudara a llevar mi enfermedad					
11	Me preguntaron sobre mis hábitos de salud					

En los últimos seis meses, al recibir atención por mi enfermedad:

		1 Casi Nunca	2 Mayoría veces no	3 Algunas veces no	4 Mayoría veces sí	5 Casi siempre
12	Me daba cuenta que el médico o la enfermera tenían en cuenta mis valores y costumbres cuando me recomendaban algún tratamiento					
13	Me ayudaron a hacer un tratamiento que pudiera seguir en mi vida diaria					
14	Me ayudaron a planificar por anticipado como afrontar momentos difíciles o complicaciones en mi enfermedad					
15	Me preguntaron sobre cómo mi enfermedad afectaba a mi vida					

En los últimos seis meses, al recibir atención por mi enfermedad:

		1 Casi Nunca	2 Mayoría veces no	3 Algunas veces no	4 Mayoría veces sí	5 Casi siempre
16	Me llamaron después de una visita para saber si había mejorado					
17	Me aconsejaron que acudiera a programas en la comunidad (asociaciones, escuelas, etc) que pudieran ayudarme					
18	Me enviaron a un(a) nutricionista, educador de la salud o consejería					
19	Me explicaron cómo el consultar a otros médicos (ej. oftalmólogo o cirujano), me ayudaría en mi tratamiento					
20	Me preguntaron cómo fueron mis visitas con otros médicos					

En los últimos seis meses, al recibir atención por mi enfermedad:

		1 Casi Nunca	2 Mayoría veces no	3 Algunas veces no	4 Mayoría veces sí	5 Casi siempre
21	Me preguntaron si quería saber algo sobre mi enfermedad en cada visita					
22	Me preguntaron cómo afectaba mi trabajo, mi familia ó mi situación social al cuidado de mi enfermedad					
23	Me animaron a conseguir apoyo de mis amigos, de mi familia y de la comunidad					
24	Me explicaron la importancia de las cosas que hago (por ej. ejercicio) para mi salud					
25	Nos pusimos una meta juntos respecto a lo que yo podía hacer para cuidar de mi enfermedad					
26	Me dieron una libreta o cuaderno en el que yo pudiera escribir el progreso que iba haciendo					

IV. FICHA DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y ADHERENCIA OBJETIVA

Instrucciones: La siguiente ficha debe ser completada por el investigador a través del uso de la ficha clínica del participante.

Parte 1: Factores de riesgo cardiovascular.

Factor de Riesgo	Descripción	Presente (Marcar con una X)
Presión Arterial Elevada	Diagnóstico de hipertensión (PA: 140/90 mmHg) en ficha clínica.	
Diabetes Mellitus	Diagnóstico de Diabetes (Síntomas clásicos + glicemia al azar ≥ 200 mg/dl; Glicemia en ayunas ≥ 126 mg/dl; Glicemia post-carga ≥ 200 mg/dl) en ficha clínica.	
Dislipidemia	Diagnóstico de Dislipidemia (Colesterol total ≥ 200 mg/dl, Colesterol LDL > 100 mmHg, Colesterol HDL < 40 mg/dl, Triglicéridos > 150 mg/dl) en ficha clínica.	
Obesidad	Se considerará el cálculo del último IMC (índice de masa corporal) registrado en ficha clínica del paciente -Obesidad: IMC ≥ 30 Kg/m ² -Sin obesidad: IMC < 30 Kg/m ²	
Tabaquismo	Respuesta a la pregunta ¿Consume tabaco/cigarrillos? -Sí -No	

Completar con los últimos valores registrados en ficha clínica.

Presión arterial	Glicemia en ayunas	Hemoglobina glicosilada	Colesterol total
Colesterol LDL	Colesterol HDL	Triglicéridos	IMC

Parte 2: Riesgo Cardiovascular Global: Última estimación del riesgo cardiovascular global registrada en ficha clínica del paciente

Clasificación		
Bajo	Moderado	Alto

Parte 3: Adherencia objetiva. Nivel de compensación de la patología cardiovascular.

Según metas terapéuticas definidas por MINSAL, éstos dependen del riesgo CV global:

- Riesgo alto: Colesterol LDL < 70 mg/dL, HbA1C < 7%, PA < 140/90 mmHg
- Riesgo moderado: Colesterol LDL < 100 mg/dL, PA < 140/90 mmHg
- Riesgo bajo: Colesterol LDL < 130 mg/dL, PA < 140/90 mmHg

Compensado	No Compensado

ANEXO 3: DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este documento de consentimiento informado se dirige a las personas ingresadas durante el año 2015 al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Chiguayante, a las cuáles se les invita a participar en la investigación titulada “**Factores relacionados con la autoeficacia de las personas ingresadas al Programa de Salud Cardiovascular del Centro de Salud Familiar Chiguayante**”

Parte I: Información

Mi nombre es **Bárbara Araya Molina, Enfermera y Candidata a Magíster en Enfermería de la Universidad de Concepción**. Debido a que muchas personas en nuestro país tienen enfermedades cardiovasculares, estoy investigando algunos factores que puedan ayudar a entregarles una mejor atención de salud.

El objetivo de esta información es ayudarlo a tomar la decisión de participar o no en la investigación previamente mencionada. Su participación es **VOLUNTARIA y ANÓNIMA**, su negativa a participar no le traerá ninguna consecuencia negativa. No tiene que decidir ahora si participar o no en esta investigación. Antes de decidirse, pueda hablar con alguien con el que se sienta cómodo sobre la investigación. Puede que haya algunas palabras que no entienda, puede preguntarme y yo le explicaré.

El objetivo de esta investigación es estudiar la autoeficacia (creer que uno es capaz realizar una determinada acción) y sus factores relacionados de las personas que ingresaron recientemente al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Chiguayante.

Su participación consiste en responder unos cuestionarios, lo que demora aproximadamente 20 minutos, esto será realizado en su domicilio, en una visita previamente acordada. Además solicito su autorización para acceder a algunos datos de su ficha clínica.

Esta información será utilizada sólo para los propósitos de este estudio y la divulgación de los datos será **CONFIDENCIAL**. En caso de usarse los datos para un nuevo estudio, se le pedirá un nuevo consentimiento informado. En caso de no poder ubicarlo, deberá solicitarse autorización al comité de Ética de la DAS de Chiguayante para utilizar esta información.

Participar en este estudio no implica **NINGÚN RIESGO** para usted, al contrario, el estudio podría ayudar a mejorar la atención de salud que se le entrega. Además, su participación no implica **NINGÚN COSTO** o beneficio económico para usted. Usted tiene **DERECHO A RETIRARSE** en cualquier momento del estudio, sin dar ningún tipo

de explicación, esto no traerá ningún tipo de consecuencia negativa para usted. Una vez terminado el estudio y si usted está interesado, puedo informarle de los resultados.

En caso de preguntas relacionadas con el estudio, puede dirigirse a **Srta. Bárbara Araya Molina, Rut 18.067.791-7**, encargada de la investigación. **Correo electrónico: barbaraaraya@udec.cl, Celular: 74531671**. Este proyecto cuenta además con la tutoría de la **Dra. Patricia Cid, Rut 9.299.059-1**, Profesora asociada de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, **correo electrónico: patcid@udec.cl** En caso de cualquier consulta sobre sus derechos como participante del estudio puede comunicarse con la **Dra. Olivia Sanhueza**, Presidenta Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, el cual ha aprobado esta investigación. Correo electrónico: **osanhue@udec.cl, Teléfono: 41-2-207065**

Si desea participar, por favor complete la siguiente parte.

Parte II: Formulario de consentimiento

Yo _____ he leído la información proporcionada (o me ha sido leída). He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me han contestado las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte de manera alguna.

Firma y Rut Participante	Firma Investigador
Fecha: / /	Hora: ____: ____

**Completar la siguiente forma si el participante es analfabeto.*

Yo _____ he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Firma y Rut del Testigo	Huella dactilar del Participante	Firma Investigador
Fecha: / /		Hora: ____: ____

**Completar la siguiente forma si el participante es menor de edad.*

Yo _____ padre, tutor o representante legal del menor que anteriormente se identifica, hemos leído la información proporcionada y hemos tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se nos han contestado las preguntas que hemos realizado. Doy mi consentimiento para participar en esta investigación como participante al menor que represento, y entiendo que tiene el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento sin que lo afecte de manera alguna.

Firma y Rut del Padre o Tutor	Firma Investigador
Fecha: / /	Hora: ____: ____

