



Revista Española de Salud Pública

ISSN: 1135-5727

ISSN: 2173-9110

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social

Madueño-Caro, Antonio José; Mellado-Fernández, Manuel Luis; Pardos-Lafarga, Manuel; Muñoz-Ayllón, Marta; Martín-López, Cristina; Gómez-Salgado, Juan

Autoeficacia percibida en pacientes tras programa de rehabilitación cardíaca en Atención Primaria: un nuevo modelo de atención

Revista Española de Salud Pública, vol. 93, e201907046, 2019, Enero-Diciembre

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17066277044>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

ORIGINAL

Recibido: 8 de julio de 2018
 Aceptado: 12 de julio de 2019
 Publicado: 19 de julio de 2019

AUTOEFICACIA PERCIBIDA EN PACIENTES TRAS PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA EN ATENCIÓN PRIMARIA: UN NUEVO MODELO DE ATENCIÓN

Antonio José Madueño Caro (1), Manuel Luis Mellado Fernández (2), Manuel Pardos Lafarga (1), Marta Muñoz Ayllón (1), Cristina Martín-López (3) y Juan Gómez-Salgado (4,5).

(1) Centro de salud La Laguna. Distrito Sanitario Cádiz Bahía La Janda. Cádiz. España.

(2) Centro de salud Casines. Distrito Sanitario Cádiz Bahía La Janda. Cádiz. España.

(3) Unidad de Rehabilitación. Hospital de Río Tinto. Huelva. España.

(4) Departamento de Enfermería. Universidad de Huelva. Huelva. España.

(5) Universidad Espíritu Santo. Guayaquil. Ecuador.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

RESUMEN

Fundamentos: La literatura evidencia la posibilidad de intervención, desde la prevención primaria hasta la rehabilitación tras un evento cardíaco, y así disminuir su incidencia y facilitar la reincorporación a la vida cotidiana. El objetivo de este trabajo fue determinar el efecto sobre la autoeficacia percibida de una intervención en rehabilitación cardíaca a pacientes que han sufrido evento cardíaco.

Métodos: Se diseñó un ensayo comunitario abierto, controlado y aleatorizado, realizado en atención primaria de salud. Para determinar el tamaño de muestra, el equipo de investigación utilizó la Escala General de Autoeficacia de Baessler y Schwarzer. La diferencia de medias entre grupos considerada como clínicamente relevante fue de al menos 6 puntos en la puntuación de la Escala General de Autoeficacia. Se aceptó una precisión del 95% y un poder del test del 80%. El resultado propuso una muestra de 44 sujetos en cada grupo. Se propuso participar, a lo largo de 12 meses, a todos los sujetos, mayores de edad (N=104), de ambos性, que concluyeron la fase II en la unidad de RHC del Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz). Se informó a los pacientes de la realización del estudio pidiéndoles su participación y ofreciendo consentimiento informado por escrito. De forma aleatoria, los sujetos fueron asignados aleatoriamente, siendo esta asignación de forma ciega (en sobre cerrado al investigador), al grupo de intervención o de control, mediante una proporción preestablecida 2:1 (dos pacientes a asignados a grupo intervención con uno a grupo control). Se realizó un registro de la no respuesta o rechazo a participar en el estudio para el análisis de la no respuesta.

Resultados: Un total de 89 sujetos fueron incluidos en el análisis estadístico (tasa de respuesta de 85,57%), con una edad media de 63,01 años, (DE: 8,75). La variable dependiente principal fue la diferencia de puntuación entre grupos, comparando medias, antes y después de la intervención, en la escala general de autoeficacia de Baessler & Schwarzer. Se obtuvo diferencia de medias de 6,0972 puntos entre los grupos de intervención y de control ($p<0.0053$, IC 95% -4.1950 a -10,29), resultado de un aumento de 3,3750 puntos de media en el grupo de intervención (desviación estándar 7,01), y un descenso de 2,7222 puntos de media (desviación estándar 7,19), en el grupo de control. En relación a los posibles cambios a detectar en las escalas de ansiedad de Hamilton e inventario de depresión de Beck, tras finalizar la intervención, se realizó una estimación y contraste de medias poblacionales entre grupos para la diferencia de puntuaciones en la escala de Hamilton, determinadas en la visita final, no encontrándose diferencias significativas (t student 0,1211; $p>0,943$). De igual forma, no se encontraron diferencias significativas entre grupos para las medias obtenidas en la variable “diferencia de puntuación en inventario de Beck en depresión” (t student -0,1281; $p < 0,8987$).

Conclusiones: La inclusión en los programas de rehabilitación cardíaca realizados en atención primaria mejora la autoeficacia general percibida de pacientes que han sufrido eventos cardíacos.

Palabras clave: Rehabilitación cardíaca, Atención primaria, Autoeficacia, Modelo de atención.

ABSTRACT

Perceived self-efficacy in patients after a cardiac rehabilitation programme in primary care: A new model of attention.

Background: The literature points to the possibility of carrying out an intervention, from primary prevention to rehabilitation after a cardiac event, towards decreasing the incidence of such cardiac events and facilitating the return to daily life. The objective was to determine the effect of a cardiac rehabilitation intervention over perceived self-efficacy for patients who have suffered a cardiac event.

Methods: A community clinical trial, open, controlled, and randomised, was designed, and performed in primary care. To determine the sample size, the research team used the General Self-Efficacy Scale by Baessler and Schwarzer. The mean difference between groups considered of clinical relevance was of at least 6 points in the aforementioned General Self-Efficacy Scale. A precision of 95% and a test power of 80% were accepted. The result proposed a sample of 44 subjects in each group. Over 12 months, all subjects of legal age (N=104), both sexes, that had concluded phase II in the cardiac rehabilitation unit of the University Hospital Puerta del Mar (Cádiz) were offered to participate in the study. The patients were informed about the study development, asking for their participation and providing them with a written informed consent. The subjects were randomly assigned to the intervention or control group through blind allocation (in a sealed envelope to the researcher), on a pre-set 2:1 ratio (two patients assigned to the intervention group to one assigned to the control group). A non-response or rejection to participate in the study record was made for the non-response analysis.

Results: A total of 89 subjects were included in the statistical analysis (response rate of 85.57%), with an average age of 63.01 years (SD: 8.75). The main dependent variable was the scores difference between groups, comparing means before and after the intervention, through the General Self-Efficacy Scale by Baessler & Schwarzer. A mean difference of 6.0972 points was obtained between the intervention and the control groups ($p<0.0053$; 95% CI -4.1950 to -10.29), as a result of a 3.3750 mean points increase (standard deviation: 7.01) in the intervention group and a 3.3750 mean points decrease (standard deviation: 7.19) in the control group. In relation to the possible changes to be detected through the Hamilton anxiety scale and the Beck's depression inventory, after finishing the intervention, an estimate and contrast of population means was made between groups for the scores difference in the Hamilton scale, determined on the final visit, with no significant differences found (t -student 0.1211; $p>0.943$). Similarly, no significant differences were found between the groups for the means obtained in the variable “Beck's depression inventory scores difference” (t -student -0.1281; $p<0.8987$).

Conclusions: The inclusion in cardiac rehabilitation programmes carried out in primary care improves the general perceived self-efficacy of patients who have suffered cardiac events.

Key words: Cardiac rehabilitation, Primary care, Self-efficacy, Attention model.

Cita sugerida: Madueño Caro AJ, Mellado Fernández ML, Pardos Lafarga M, Muñoz Ayllón M, Martín-López C, Gómez-Salgado J. Autoeficacia percibida en pacientes tras programa de rehabilitación cardíaca en Atención Primaria: un nuevo modelo de atención. Rev Esp Salud Pública. 2019; 93: 19 de julio e201907046.

Correspondencia:

Cristina Martín López.

Hospital Río Tinto.

Avenida de la Esquila, s/n.

Minas de Río Tinto.

21660, Huelva, ESPAÑA.

cris.martinlopez@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares encabezan las causas de mortalidad en nuestro país. La enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en España. La literatura evidencia la posibilidad de intervención, desde la prevención primaria hasta la rehabilitación tras un evento cardíaco, y así disminuir su incidencia y facilitar la reincorporación a la vida cotidiana⁽¹⁾. El concepto de Rehabilitación Cardíaca (RHC) se aceptó por la comunidad científica internacional con su reconocimiento por la Organización Mundial de la Salud, que la definió como “la suma de todas las medidas necesarias para proporcionar al paciente post-infarto de miocardio (post-IM) las mejores condiciones físicas, psicológicas y sociales que le permitan recuperar una posición normal en la sociedad”⁽²⁾. La RHC es coste-efectiva y debe considerarse una parte del régimen de cuidados proporcionados a pacientes que han pasado un infarto de miocardio u otras cardiopatías^(2,3,4,5,6), habiendo demostrado la reducción de mortalidad de personas con enfermedad coronaria^(7,8,9,10,11).

La RHC se clasifica en tres etapas, siendo la primera (fase I) la que se inicia en la cabecera del paciente hospitalizado tras sufrir un evento cardíaco. La conforman la información y el planteamiento de actividades. La segunda, denominada fase II, tiene lugar tras el alta hospitalaria, pero aún bajo la supervisión directa del paciente por el servicio de cardiología, conformándose de acciones, además de las estrictamente cardiológicas, desde la enfermería y la rehabilitación. El mantenimiento de las actividades de rehabilitación cardíaca a lo largo de la vida del paciente se denomina fase III, siendo también conocida como rehabilitación cardíaca prolongada o a largo plazo. Es en este momento donde se debe asegurar la continuidad del proceso asistencial y de las recomendaciones y actividades sin limitación en el tiempo⁽¹²⁾. El papel que se desarrolla fundamentalmente a

nivel de AP (atención primaria) es un adecuado control y la detección precoz de los factores de riesgos cardiovasculares reduciendo de este modo la morbimortalidad que originan estas enfermedades. En España, la implantación de RHC extra hospitalaria es, si cabe, anecdótica^(13,14). La AP de salud dedica tiempo y esfuerzos en la educación de los pacientes en la prevención primaria y en la prevención secundaria, dado el volumen de pacientes diagnosticados de patología coronaria, producto del incremento de supervivencia.

Existe una escasa continuación, a pesar de la evidencia existente, en el entorno de la atención primaria de las unidades de RHC hospitalarias (fase II de la RHC)^(13,14,15,16,17,18,19), por lo que la mayor parte de los pacientes regresan a sus domicilios sin poder haber tenido un programa de inicio que les asesore sobre su enfermedad y cambios de hábitos fundamentales para su recuperación. La fase III tiene la peculiaridad de que la persona puede ya haberse reincorporado a sus actividades habituales y/o a su puesto de trabajo, y se desarrolla durante el resto de su ciclo vital^(19,20).

Los factores psicológicos juegan un papel mayor en el curso y tratamiento de la RHC. La intervención sobre la condición física puede no ser suficiente, si tenemos en cuenta que el IM (infarto de miocardio) afecta notablemente al comportamiento de las personas en prácticamente todas las áreas de su funcionamiento cotidiano. Los pacientes construyen activamente modelos de su enfermedad, tratamiento y recuperación, lo que influye sobre su comportamiento y emociones^(21,22,23,24). Por otra parte, la “autoeficacia percibida” hace referencia a las creencias de las personas acerca de sus propias capacidades para el logro de determinados resultados^(25,26). El constructo “autoeficacia” ha sido aplicado a conductas diversas en distintos dominios de salud (enfermedades crónicas, uso de drogas, actividad sexual, fumar, realizar ejercicio, bajar de peso, y

también la habilidad para recuperarse de los problemas de salud o para evitar potenciales riesgos para la salud). Diversas investigaciones llevadas a cabo revelan que altos niveles de autoeficacia percibida tienen consecuencias beneficiosas para el funcionamiento del individuo y su bienestar general⁽²⁷⁾.

Conseguir el objetivo de una RHC efectiva y de efecto duradero en el paciente será útil además de la intervención terapéutica física, la atención psicoterapéutica, e intervenciones que consigan un aumento en la percepción de la autoeficacia, pudiendo aportar beneficio en un proceso de rehabilitación, junto a una adecuada adherencia a comportamientos saludables que disminuyan el riesgo de posteriores eventos cardíacos. En nuestro país, se han propuesto objetivos terapéuticos para la reducción del impacto emocional provocado por el infarto de miocardio, así como para la reducción de la probabilidad de ocurrencia de posteriores eventos miocárdicos⁽²⁷⁾.

Este estudio tuvo como objetivo principal conocer el nivel de autoeficacia percibida en relación a su salud entre pacientes que habían sufrido un evento cardíaco, y realizado una fase hospitalaria de RHC, así como comprobar si la inclusión en un programa de rehabilitación cardiaca en el ámbito de la atención primaria de salud, permite aumentar el nivel de autoeficacia percibida.

MÉTODOS

Diseño. Ensayo comunitario; abierto; controlado y aleatorizado.

Ámbito de estudio. Atención Primaria. Centro de salud urbano La Laguna, en Cádiz. En este centro se recibió a todos los sujetos que conformaban la cohorte a estudio, aunque dichos sujetos se encontrasen adscritos a diez centros de salud que pertenecen al área hospitalaria de referencia.

Participantes y duración del estudio. Se propuso participar, a lo largo de 12 meses, a todos los sujetos, mayores de edad (N= 104), de ambos性, que concluyeron la fase II en la unidad de RHC del hospital universitario Puerta del Mar (Cádiz).

Tamaño de muestra y procedimiento de aleatorización. Para determinar el tamaño de muestra, el equipo de investigación utilizó la *Escala General de Autoeficacia de Baessler y Schwarzer*^(28,29). Se aplicó la fórmula específica para calcular el tamaño de muestra en el caso de comparación de dos medias en un test bilateral. Fue considerada una desviación estándar para la variable principal dependiente del 12%, y la diferencia de medias entre grupos considerada como clínicamente relevante fue de al menos 6 puntos en la puntuación de la Escala General de Autoeficacia. Se aceptó una precisión del 95% y un poder del test del 80%. El resultado propuso una muestra de 44 sujetos en cada grupo.

La población a estudio la conformó el total de los pacientes dados de alta en la unidad de rehabilitación cardiaca del hospital Puerta del Mar, a lo largo de un año natural (junio de 2013 a junio de 2014), siendo esta de 104 personas. Conforme fueron dados de alta de la fase II de la RHC, en la unidad de rehabilitación cardiaca, y de forma consecutiva, se informó a los pacientes de la realización del estudio, pidiéndoles su participación, y ofreciendo el consentimiento informado por escrito. De forma aleatoria, los sujetos fueron asignados aleatoriamente, siendo esta asignación de forma ciega (en sobre cerrado al investigador), al grupo de intervención o de control, mediante una proporción preestablecida 2:1 (dos pacientes a asignados a grupo intervención por uno a grupo control. Se realizó un registro de la no respuesta o rechazo a participar en el estudio para el análisis de la no respuesta.

Criterios de exclusión. Enfermedades mentales severas, dificultad para la compresión o la expresión

en idioma castellano. No pertenecer al área sanitaria donde se emplazaba el estudio. Imposibilidad de desplazamiento al centro de salud.

El estudio se llevó a efecto de acuerdo a la *Declaración de Helsinki* de 1975 (revisada en 2008). El protocolo del proyecto fue aprobado por el Comité de ética e Investigación del Hospital Puerta del Mar, con número de aprobación “13/13”, el 26 de marzo de 2013.

Variables:

- Variable de eficacia primaria dependiente: puntuación previa y post intervención en la *Escala General de Autoeficacia Percibida de Baessler & Schwarzer*^(28,29).
- Variables universales y sociodemográficas: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), estratificación de riesgo cardíaco al alta de la fase de RHC hospitalaria y centro de salud de referencia por localidad.
- Variables psicométricas: cuestionario de personalidad Salamanca⁽³⁰⁾; Hamilton ansiedad^(31,32); e índice de depresión de Beck⁽³³⁾.

Intervención. La intervención se constituyó por una sucesión de visitas, que realizó el médico de familia, de forma programada.

a) Grupo a intervención:

- Visita 0 (En la unidad de RHC hospitalaria, con el médico investigador, se trata de una visita individual): Se realiza la entrega y lectura de la hoja de información. Se procede a la firma de consentimiento informado. Se facilita un teléfono y la dirección electrónica de contacto. Tiene lugar la determinación de variables basales.

- Visita 1 (En el centro de salud, con un médico de familia, se trata de una visita individual). Antes de 30 días tras alta en Unidad de RHC

hospitalaria. Tiene lugar una planificación adaptada de forma individual (con recomendaciones en el tratamiento médico y la adherencia, una adaptación de plan de actividad física y nutricional, así como recomendaciones para optimizar el control de factores de riesgo presentes y de estilos de vida saludables).

- Visita 2 (En el centro de salud, con un médico de familia, se trata de una visita individual). Tiene lugar tres meses tras el inicio de fase III. Se produce una intervención cognitiva breve, en un escenario clínico mediado por una entrevista motivacional, que detecta posibles distorsiones cognitivas en relación a la enfermedad, el entorno laboral, relacional, de pareja, sexual, la actividad física y el estado nutricional.
- Visita 3 (En el centro de salud, con un médico de familia, se trata de una visita grupal con de 6 a 8 sujetos). Tiene lugar seis meses tras inicio de fase III. Es una sesión recordatoria del plan de actividad física aprendido durante la fase hospitalaria de rehabilitación. Se asiste con ropa deportiva.
- Visita 4 (En el centro de salud, con un médico de familia, visita grupal, 6-8 sujetos). Tiene lugar nueve meses tras inicio de fase III. Con contenidos relacionados con concepto de rehabilitación, autocuidado, resiliencia. Se aplica metodología cualitativa y participativa:
 - i) Estrategias para reconocer y trabajar las resistencias al cambio (argumentar, interrumpir, negar, ignorar).
 - ii) Animar al paciente a evaluar su propia conducta y la aceptación de nuevos desafíos.
 - iii) Estimular al paciente a conseguir la capacidad de controlar la progresión de la enfermedad.
- Visita 5 (En el centro de salud, con el médico investigador, se trata de una visita individual). Se realiza la determinación de variables.

b) Grupo control:

- Visita 0 (En la unidad de rehabilitación hospitalaria, con el médico investigador, se trata de una visita individual). Tiene lugar la entrega y lectura de hoja de información y la firma de consentimiento informado. Se realiza una determinación de variables basales.

El paciente queda bajo los cuidados estandarizados de su médico de familia, enfermería comunitaria y cardiología de zona.

- Visita 1 y final. Tiene lugar a los 12 meses tras el alta de la unidad de Rehabilitación Cardíaca Hospitalaria. Se realiza una determinación de variables.

Análisis estadístico. Se incluyeron en el análisis de resultados con la variable dependiente principal los sujetos del grupo a intervención que acudían a las 5 visitas del programa, y a aquellos de ambos grupos que cumplimentaron la escala de autoeficacia al inicio y al final del estudio. Para la obtención de la diferencia en puntuación media entre grupos en relación a la variable principal “autoeficacia general percibida” así como para las variables relacionadas con puntuación en ansiedad y depresión, se codificaron nuevas variables, denominadas “diferencia en puntuación en autoeficacia general percibida”, “diferencia en puntuación en la escala de ansiedad de Hamilton” y “diferencia en puntuación en el inventario de depresión de Beck”, resultantes de restar las puntuaciones obtenidas por cada sujeto a estudio, al final e inicio del estudio. Se realizó una estadística descriptiva; una distribución de frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas, y las medidas de tendencia central y de dispersión para las cuantitativas. Se determinó la homogeneidad para variables entre grupos de intervención y control en visita basal. Se determinaron el análisis bivariante para variables entre grupos, así como la estimación de

contraste de hipótesis mediante determinación de la t de student para diferencia de medias entre grupos. Se utilizó el análisis estadístico con licencia para el programa SPSS versión 15.0 para Windows (Copyright SPSS Inc. Redmond, WA, USA, 1989-2006).

RESULTADOS

La selección de pacientes alcanzó una población de 104 sujetos. De ellos, aceptaron participar 95, finalizando el estudio y siendo incluidos a análisis 89 (ver figura 1 de elegibilidad, aleatorización y seguimiento), (tasa de respuesta 93,68%), siendo la edad media de 63,01 años (DE 8,75). Por sexo, del total, 80,23% fueron varones y el 19,77 % mujeres. El índice de masa corporal (IMC) presentó media en 28,59 (DE 3,85).

Se realizó una asignación aleatoria siguiendo un ratio 2:1, al grupo intervención, o control, resultando asignados 58 sujetos al grupo de intervención (61,05%), y 37 al grupo control (38,95%). Los datos recogidos en la visita basal permitieron determinar la homogeneidad entre los grupos de intervención y control para las variables edad, diagnóstico, estratificación de riesgo y las puntuaciones en ansiedad, depresión y autoeficacia percibida, una vez realizada la asignación aleatoria a grupos (tabla 1).

Como variable principal, la autoeficacia percibida correlacionó de forma inversa con las puntuaciones obtenidas en el cuestionario de ansiedad de Hamilton (Pearson $r=-0,04009$ $p=0,0018$) y en el índice de depresión de Beck ($r=-0,4152$ $p=0,0012$). De igual forma, la puntuación en autoeficacia percibida correlacionó de forma inversa con la obtenida para rasgos de personalidad dependientes (Pearson $r=-0,3175$, $p=0,0152$), impulsivo, inestables, anti-social o esquizotípica, no siendo relevantes las correlaciones para con otros rasgos de personalidad (tabla 2).

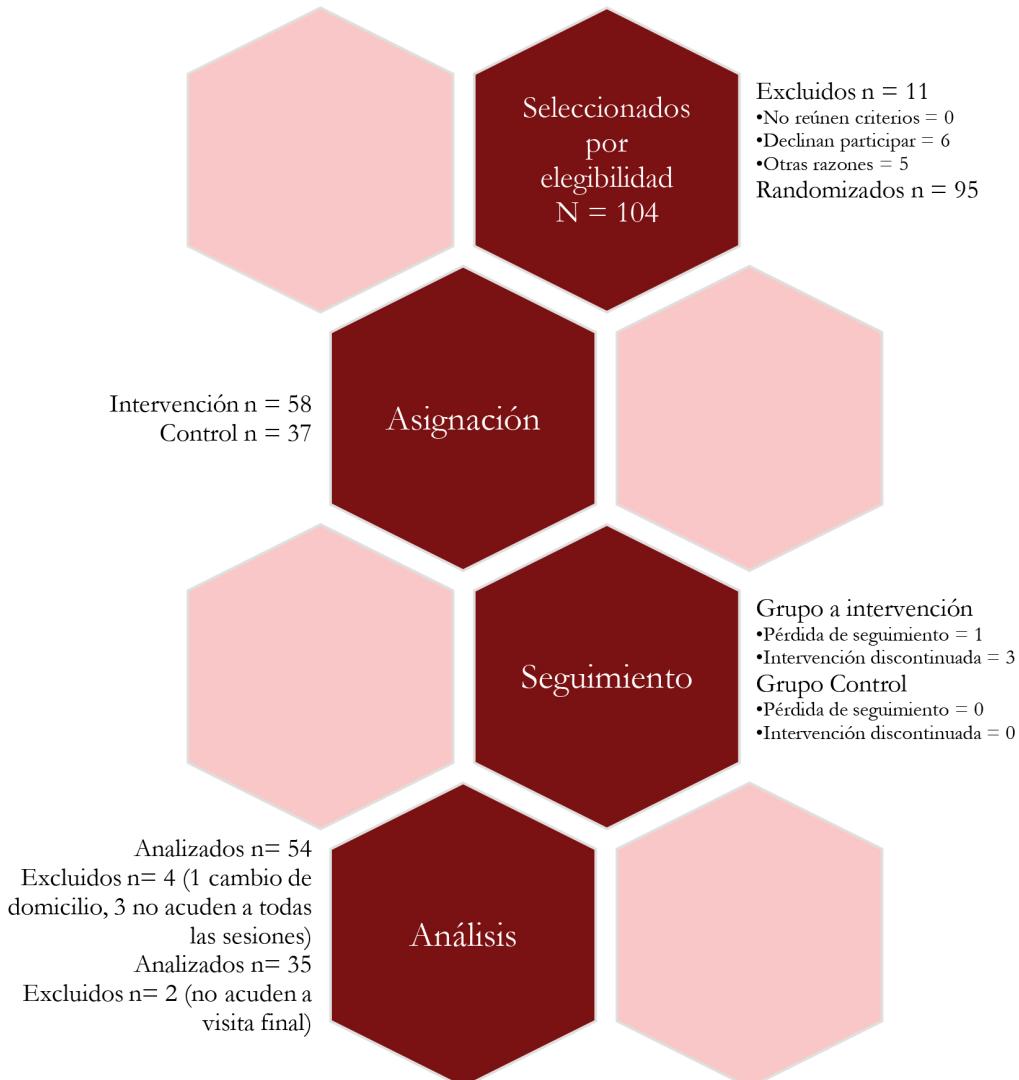
Tabla 1
Datos basales para variables. Diferencias entre grupos no significativas.

Variable	Grupo Control %	Grupo Intervención %	Diferencia
Edad	63,34 (DE 9,2)	62,94 (DE 8,52)	(p 0,83)
Diagnóstico	Enfermedad monovaso	11,24	(p 0,5741)
	Enfermedad multivaso	5,62	
	Síndrome coronario sin elevación ST	5,62	
	Infarto agudo de miocardio	7,87	
Estratificación riesgo	Bajo	20,45	(p 0,3075)
	Moderado	10,23	
	Severo	7,95	
Puntuación ansiedad (media)	15,52 (DE 11,2)	13,32 (DE 11,56)	(p 0,4482)
Puntuación depresión (media)	9,68 (DE 7,07)	9,52 (DE 9,4)	(p 0,9369)
Autoeficacia percibida (media)	27,77 (DE 7,03)	27,34 (DE 5,8)	(p 0,7761)

Tabla 2
Correlaciones de Pearson entre autoeficacia percibida, rasgos de personalidad y estado afectivo en visita basal

	Variables	Autoeficacia
Rasgos de personalidad	Dependiente	r=-0,3175 p=0,0152
	Impulsivo Inestable	r=-0,4243 p=0,0009
	Bordeline Inestable	r=-0,2841 p=0,0307
	Antisocial	r=-0,2829 p=0,0314
	Esquizotípico	r=-0,2831 p=0,0313
	Paranoide	r=-0,1321 p=0,3185
Puntuación estado afectivo	Severidad de ansiedad (Hamilton)	r=-0,4009 p=0,0018
	Indice de depresión (Beck)	r=-0,4152 p=0,0012

Figura 1.
Selección, Aleatorización, Seguimiento.



Tras calcular la estimación y el contraste de hipótesis para medias poblacionales entre grupos se apreció diferencia de medias de 6,0972 puntos entre los grupos de intervención y de control ($p < 0,0053$, IC 95% -4,1950 a -10,29), resultado de un aumento de 3,3750 puntos de media en el grupo de intervención (desviación estándar 7,01), y un descenso de 2,7222 puntos de media (desviación estándar 7,19), en el grupo de control.

En relación a los posibles cambios a detectar en las escalas de ansiedad de Hamilton e inventario de depresión de Beck, tras finalizar la intervención, se realizó una estimación y contraste de medias poblacionales entre grupos para la diferencia de puntuaciones en la escala de Hamilton, determinadas en la visita final, no encontrándose diferencias significativas (t student 0,1211; $p < 0,943$).

De igual forma, no se encontraron diferencias significativas entre grupos para las medias obtenidas en la variable “diferencia de puntuación en inventario de Beck en depresión” (t student -0,1281; $p < 0,8987$).

DISCUSIÓN

Son escasas las evidencias relacionadas con la efectividad de intervenciones en rehabilitación cardíaca, también en nuestro país, donde hay pocas unidades de rehabilitación cardíaca hospitalaria y son anecdoticas en el ámbito de la atención primaria^(16,19). La RHC ha demostrado eficacia en términos de morbimortalidad de los pacientes que la realizan, así como el aumento en la autoeficacia percibida mejora el funcionamiento y bienestar del ser humano.

Parece, atendiendo a los resultados del presente estudio, que hay tendencia a la mejora en el sentimiento de autoeficacia general percibida para con su salud en aquellos pacientes que realizan programas de intervención sistematizada en

el ámbito de la atención primaria, siendo coherentes los resultados con la evidencia bibliográfica.

Se ha sugerido que el énfasis en aspectos de motivación dentro de programas de rehabilitación en rehabilitación cardíaca pueda favorecer la adherencia de los pacientes a los mismos. Así mismo la rehabilitación en formato grupal pueda contribuir a estos resultados. La psico-educación puede mejorar la salud mental de pacientes que han sufrido eventos cardíacos^(2,23). Hay resultados que avalan el papel de la enfermería en intervenciones que pueden mejorar el impacto psicológico de los eventos cardíacos sobre estos pacientes^(7,24,25). Se ha evidenciado también que las intervenciones en rehabilitación pueden conseguir mejoras no solo sobre variables a corto plazo (como valores en presión arterial, cesación tabáquica, ejercicio físico o estrés emocional, sino a largo plazo, como recidivas de eventos cardíacos o mortalidad⁽²³⁾. Sin embargo, hay estudios que evaluando la efectividad programas de ejercicio físico en pacientes al alta hospitalaria después de eventos cardíacos críticos no ofrecieron mejoras en calidad de vida relacionada con la salud⁽³⁴⁾.

El presente estudio pone de manifiesto en sus resultados que la presencia de determinados rasgos de personalidad se asocia de forma directa, o inversa, con el nivel de autoeficacia percibida. De igual forma ocurre con el estado afectivo de la población que ha sufrido un evento cardíaco. De hecho, no se encuentra, tras la participación en el programa de intervención en rehabilitación cardíaca fase III, mejora en las medias de puntuación entre grupos respecto de síntomas de ansiedad o depresión. Esta aparente contradicción para con lo esperado, en opinión del equipo investigador podría ser explicada, o al menos sometida a debate, por el concepto de “resiliencia”, incorporado a la psicología de la salud por Suniya Luthar, quien, entre el 2000 y el 2006, definió resiliencia como una “adaptación positiva pese a la

adversidad, enfatizando los dos elementos que la constituyen: la adversidad y la adaptación”.

La actitud resiliente en un paciente podría encontrar plausibilidad y coherencia con un sentimiento de autoeficacia percibida para el cuidado de la propia salud, a pesar de que no se demuestre mejora en puntuaciones relacionadas con síntomas de ansiedad, o tristeza. La capacidad de afrontamiento y adaptación, podrían integrar síntomas no relacionados con estados anímicos de alegría, euforia, o felicidad. Existen datos contrapuestos acerca de la relación entre la resiliencia y la depresión. Así en determinadas poblaciones no enfermas (adolescentes), la incapacidad para afrontar situaciones adversas se relaciona de forma directa con el afecto negativo, con menos sentimiento de autoestima⁽³⁵⁾, mientras que en otros estudios, realizados sobre poblaciones con enfermedades crónicas, la resiliencia se asocia de forma directa con el tiempo de diagnóstico transcurrido, la edad y el nivel de información, aunque de forma independiente a la percepción de calidad de vida relacionada con la salud⁽³⁶⁾.

Como limitación del presente estudio señalar que, aunque el tamaño de muestra que se incluyó en análisis está muy próximo al sugerido en el cálculo de tamaño de muestra, un mayor tamaño de la misma podría corroborar la relevancia clínica de los resultados obtenidos en el presente estudio.

Los resultados del estudio muestran mejoras significativas en las puntuaciones relacionadas con el sentimiento de autoeficacia general percibida en la población que finalizó el programa de intervención en el ámbito de la atención primaria de salud, respecto del grupo control.

Existe correlación inversa entre la autoeficacia percibida y las puntuaciones en escalas que miden síntomas de ansiedad o depresión. No parece que la mejora en las puntuaciones en

sentimiento de autoeficacia percibida para con la salud, se acompañe de mejoría en puntuaciones que se relacionan con el estado anímico.

Parece pertinente realizar posteriores estudios, con mayor tamaño muestral y en diferentes ámbitos, que pongan a prueba la efectividad de intervenciones sistematizadas, adaptadas a criterios de factibilidad en nuestro sistema sanitario, en relación al aumento de la autoeficacia percibida para esta población.

BIBLIOGRAFÍA

1. León Latre M, Mazón Ramos P, Marcos E, et al. Temas de actualidad en prevención cardiovascular y rehabilitación cardiaca. *Rev Esp Cardiol.* 2009;62(Supl 1):4-13.
2. Berkhuysen MA, Nieuwland W, Buunk BP, et al. Change in self-efficacy during cardiac rehabilitation and the role of perceived over protectiveness. *Patients Educ couns.* 1999;38:21-32.
3. Suaya JA, Shepard DS, Normand SL, et al. Use of cardiac rehabilitation by medicare beneficiaries after myocardial infarction or coronary bypass surgery. *Circulation* 2007;116:1653-62.
4. Needs and priorities in cardiac rehabilitation and secondary prevention in patients with coronary heart disease. WHO Technical Report Series 831. Geneva: World Health Organisation; 1993.
5. Bennet P. Psychological care of cardiac patients. En: *Cardiac rehabilitation manual*. Ed. Niebauer J. Speinger. London; 2011.
6. Thomas RJ, King M, Lui K, et al. AACVPR/ACCF/AHA 2010 update: Performance measures on cardiac rehabilitation for referral to cardiac rehabilitation/secondary prevention services endorsed by the American College of Chest Physicians, the American College of Sports Medicine, the American Physical Therapy Association, the Canadian Association of Cardiac Rehabilitation, the Clinical Exercise Physiology Association, the European Association for Cardiovascular Prevention

- and Rehabilitation, the Inter-American Heart Foundation, the National Association of Clinical Nurse Specialists, the Preventive Cardiovascular Nurses Association, and the Society of Thoracic Surgeons. *J Am Coll Cardiol.* 2010; 56:1159-67.
7. Bjarnason-Wehrens, Halle M. Exercise training in Cardiac Rehabilitation. En: *Cardiac Rehabilitation Manual.* Niebauer J Ed. Editorial Springer. 2011:89-119.
8. Beauchamp A, Worcester M, Ng A, et al. Attendance at cardiac rehabilitation is associated with lower all-cause mortality after 14 years of follow-up. *Heart.* 2012.
9. Sandercock GR, Cardoso F, Almodhy M, et al. Cardiorespiratory fitness changes in patients receiving comprehensive outpatient cardiac rehabilitation in the UK: a multicentre study. *Heart.* 2012;0:1-6.
10. Petrie KJ, Cameron ID, Ellis IJ, et al. Changing illness perceptions after myocardial infarction: an early randomised controlled trial. *Psychosom Med.* 2002;64:580-6.
11. Balady GJ, Ades PA, Bittner VA, et al. Referral, enrollment, and delivery of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs at clinical centers and beyond: a presidential advisory from the American Heart Association. *Circulation.* 2011; 124:2951-60.
12. Galve E., Alegria E., Cordero A. et al.: "Temas de actualidad en cardiología: riesgo vascular y rehabilitación cardíaca". *Rev Esp Cardiol.* 2014;67:203-10.
13. Cano de la Cuerda R, Alguacil Diego IM, Alonso Martín JJ, et al. Programas de rehabilitación cardiaca y calidad de vida relacionada con la salud. Situación actual. *Rev Esp Cardiol.* 2012;65:72-9.
14. Espinosa Caliani S, Bravo Navas JC, Gómez-Doblas JJ, et al. Rehabilitación cardiaca postinfarto de miocardio en enfermos de bajo riesgo. Resultados de un programa de coordinación entre cardiología y atención primaria. *Rev Esp Cardiol.* 2004;57:53-9.
15. Maroto J, Artigao R, Morales MD, et al. Rehabilitación cardiaca en pacientes con infarto de miocardio. Resultados tras 10 años de seguimiento. *Rev Esp Cardiol.* 2005; 58:1181-7.
16. Pesah E, Supervia M, Turk-Adawi K, et al. A Review of Cardiac Rehabilitation Delivery Around the World *Prog Cardiovasc Dis.* 2017;60:267-80.
17. Ruano-Ravina A, Pena-Gil C, Abu-Assi E, et al. Participation and adherence to cardiac rehabilitation programs. A systematic review *Int J Cardiol.* 2016;15:223:436-43.
18. Resurrección DM, Motrico E, Rigabert A, et al. Barriers for Nonparticipation and Dropout of Women in Cardiac Rehabilitation Programs: A Systematic Review. *J Womens Health (Larchmt).* 2017;26(8):849-59.
19. Márquez-Calderón S, Villegas Portero R, Briones Pérez de la Blanca E, et al. Implantación y características de los programas de rehabilitación cardiaca en el Sistema Nacional de Salud español. *Rev Esp Cardiol.* 2003;56:775-82.
20. De Pablo-Zarzosa C, Maroto-Montero JM, Arribas JM. Prevención y rehabilitación de la enfermedad cardiovascular: papel de la asistencia primaria. *Rev Esp Cardiol.* 2011; 11 Supl E: 23-9.
21. Jolly K., Taylor R., Lip GYH, et al. Birmingham Rehabilitation Uptake. Maximisation Study (BRUM). Homebased compared with hospital-based cardiac rehabilitation in a multi-ethnic population: cost-effectiveness and patient adherence. *Health Technology Assessment.* 2007;11(35).
22. Denollet J, Stanislas U, Brutsaert DL. Personality and Mortality After Myocardial Infarction. *Psychosomatic Medicine.* 1995;57:582-91.
23. Cossette S, Frasure-Smith N, Lesperance F. Clinical implications of a reduction in psychological distress on cardiac prognosis in patients participating in a pshyco-

- logical intervention program. *Psychosomatic medicine*. 2001;63:257-66.
24. Dusseldorp E, Van Elderen T, Maes S, et al. A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. *Health Psychol* 1999;18:506-19.
25. Sitges E, Rodriguez J, Pastor MA, et al. Influencia en la autoeficacia en los resultados de los pacientes sometidos a un tratamiento de rehabilitación física. En: *Nuevos horizontes en la investigación sobre la autoeficacia*. Universidad Jaume I. D.I. 2014.
26. Bandura A. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman. 1997.
27. Buceta JM, Bueno A.M. *Intervención psicológica y salud: control del estrés y conductas de riesgo*. Ed Dykinson. Madrid. 2001.
28. Baessler, J.; Schwarcer, R. Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia General. *Ansiedad Estrés* 1996, 2, 1-8.
29. Sanjuán Suárez P, Pérez García AM, Bermúdez Moreno J. Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Universidad Nacional de Educación a Distancia. Psicothema*. 2000; 12(2):509-13.
30. Pérez Urdániz A, Rubio A, Gómez M. *Cuestionario Salamanca de trastornos de Personalidad*. España. 2011.
31. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Brit J Med Psychol*. 1959; 32:50-5.
32. Hamilton MC. Diagnosis and rating of anxiety. *Br j Psychiatry*. 1969; 3:76-7.
33. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Beck Depression Inventory. Manual*. 2nd ed. San Antonio, TX: The Psychological Corporation. 1996.
34. McDowell, K.; O'Neill, B.; Blackwood, B.; Clarke, C.; Gardner, E.; Johnston, P.; Kelly, M.; McCaffrey, J.; Mullan, B.; Murphy, S.; et al. Effectiveness of an exercise programme on physical function in patients discharged from hospital following critical illness: A randomised controlled trial. *Thorax* 2017, 72, 594-595, doi: 10.1136/thoraxjnl-2016-208723.
35. Restrepo Restrepo C., Vinaccia Alpi S., Quiceno JM. Resiliencia y depresión. Un estudio exploratorio desde la calidad de vida en la adolescencia. *Suma Psicológica*, Vol. 18 No 2. Diciembre 2011, 41-48. ISSN 0121-4381 ISSN-E 2145-9797.
36. Vinaccia S., Quiceno JM., Remor E., Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. *Anales de psicología*, 2012. Vol 28, 2, 366-377.