

Rocha-Nieto, Lilia Mercedes; Herrera-Delgado, Carolina; Vargas-Olano, Marco Orlando
Adherencia al Tratamiento en Rehabilitación Cardíaca: Diseño y Validación de un
Programa de Intervención Biopsicosocial
Revista Colombiana de Psicología, vol. 26, núm. 1, enero-junio, 2017, pp. 61-81
Universidad Nacional de Colombia
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80454273005>

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

doi: 10.15446/rcp.v26n1.53610

Adherencia al Tratamiento en Rehabilitación Cardíaca: Diseño y Validación de un Programa de Intervención Biopsicosocial

LILIA MERCEDES ROCHA-NIETO

CAROLINA HERRERA-DELGADO

Universidad El Bosque, Bogotá, D.C., Colombia

MARCO ORLANDO VARGAS-OLANO

Clínica Boyacá, Duitama, Colombia



Excepto que se establezca de otra forma, el contenido de esta revista cuenta con una licencia Creative Commons “reconocimiento, no comercial y sin obras derivadas” Colombia 2.5, que puede consultarse en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/co>

Cómo citar este artículo: Rocha-Nieto, L. M., Herrera-Delgado, C., & Vargas-Olano, M. (2017). Adherencia al tratamiento en rehabilitación cardíaca: diseño y validación de un programa de intervención biopsicosocial. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(1), 61-81. doi: 10.15446/rcp.v26n1.53610

La correspondencia relacionada con este artículo debe dirigirse a la Dra. Lilia Mercedes Rocha-Nieto, e-mail: rochalilia@unbosque.edu.co. Universidad El Bosque, Avenida Carrera 9 N° 131a-02, edificio Fundadores, 2º piso, Bogotá, Colombia.

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

RECIBIDO: 23 DE OCTUBRE DEL 2015 - ACEPTADO: 24 DE AGOSTO DEL 2016

Resumen

El estudio pretendió el diseño y validación de contenido de un programa de intervención biopsicosocial para mejorar la adherencia al tratamiento (AT) en pacientes en rehabilitación cardíaca (RC) durante la fase no supervisada por profesionales de la salud. El diseño incluyó la revisión de literatura científica y la información de tres grupos focales: expertos (5), pacientes (6) y familiares y/o cuidadores (5). El programa está sustentado en el concepto de autorregulación y basado en el modelo HAPA (Health Action Process Approach); la estructura contiene sesiones educativas y psicológicas, así como ejercicios transversales y actividades de seguimiento. La validación se realizó con seis jueces expertos, quienes calificaron los componentes: objetivos, actividades, metodología y recursos. Esta evaluación reveló índices de validación de contenido (rvc) excelentes (1) y buenos (.83), según parámetros de Lynn (1986). Se concluyó que es una intervención clara, pertinente, suficiente y coherente, útil para el psicólogo que integra los equipos interdisciplinarios sanitarios, lo cual mejora el beneficio para los pacientes.

Palabras clave: adherencia al tratamiento, enfermedades cardiovasculares, rehabilitación, ciencias bioconductuales, estudios de validación.

Adherence to Treatment in Cardiac Rehabilitation: Design and Validation of a Bio-Psychosocial Intervention Program

Abstract

The study aimed to design and validate the content of a bio-psychosocial intervention program to improve adherence to treatment (AT) in patients undergoing cardiac rehabilitation (CR) during the phase of non-supervision by health professionals. The design included a review of scientific literature and information from three focus groups: experts (5), patients (6) and family and/or caregivers (5). The program is based on the concept of self-regulation and based on the HAPA (Health Action Process Approach) model; the structure contains educational and psychological sessions as well as transversal exercises and monitoring activities. Validation was performed by six expert judges who rated objectives, activities, methodology and resources. This assessment yielded content validation indexes of excellent (1) and good (.83) according to Lynn parameters (1986). The study concluded that the intervention was clear, pertinent, sufficient and coherent and useful for psychologists who are part of the interdisciplinary health teams, improving the benefit to patients.

Keywords: adherence to treatment, cardiovascular disease, rehabilitation, bio-behavioral sciences, validation studies.

Aderência ao Tratamento em Reabilitação Cardíaca: Desenho e Validação de um Programa de Intervenção Biopsicossocial

Resumo

Este estudo pretendeu desenhar e validar o conteúdo de um programa de intervenção biopsicossocial para melhorar a aderência ao tratamento em pacientes em reabilitação cardíaca durante a fase não supervisionada por profissionais da saúde. O desenho incluiu a revisão de literatura científica e a informação de três grupos focais: especialistas (5), pacientes (6) e familiares e/ou cuidadores (5). O programa está apoiado no conceito de autorregulação e baseado no modelo Health Action Process Approach (HAPA); a estrutura contém sessões educativas e psicológicas bem como exercícios transversais e atividades de seguimento. A validação foi realizada com seis juízes especializados, os quais qualificaram os componentes: objetivos, atividades, metodologia e recursos. Essa avaliação revelou índices de validação de conteúdo excelentes (1) e bons (.83), segundo parâmetros de Lynn (1986). Concluiu-se que é uma intervenção clara, pertinente, suficiente e coerente, útil para o psicólogo que integra as equipes interdisciplinares sanitárias, o que melhora o benefício para os pacientes.

Palavras-chave: aderência ao tratamento, ciências biocomportamentais, doenças cardiovasculares, estudos de validação.

Introducción

El conjunto de las enfermedades cardiovasculares (ECV), el cáncer, la diabetes, las enfermedades pulmonares crónicas y la enfermedad renal, se identifican como las enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT) que han mostrado un creciente aumento en los últimos años y que se configuran como la principal causa de morbilidad y mortalidad en el mundo. A estas se les atribuye el 31% de todas las muertes en el planeta, aproximadamente 17.5 millones (Organización Mundial de la Salud, 2014). Colombia no es la excepción, ya que las ECV son la primera causa de muerte en el país.

El Instituto Nacional de Salud y Observatorio Nacional de Salud (2014), en el *Tercer Informe del Observatorio Nacional de Salud: Mortalidad evitable en Colombia para 1998-2011*, reportaron que en Colombia ocurrió un total de 2677170 muertes, de estas 1427535 (53%) correspondieron a causas clasificadas como evitables. La mayor proporción de las muertes evitables se encontró en los grupos de ECNT; las ECV fueron la principal causa de muerte, seguidas por los neoplasmas y las lesiones intencionales. Para el *Quinto Informe del Observatorio Nacional de Salud: Carga de enfermedad por Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Discapacidad en Colombia* (Instituto Nacional de Salud y Observatorio Nacional de Salud, 2015), los resultados de revisiones sistemáticas confirmaron que continúa la tendencia al aumento en la incidencia y prevalencia de ECNT, en particular, la hipertensión arterial (HTA), el accidente cerebrovascular hemorrágico (ACV), el cáncer, la diabetes mellitus (DM) y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

La manifestación más predominante de las ECV es la cardiopatía isquémica (Beltrán, Caicedo, García, García, Gómez, & Hernández, 2008; Beltrán et al., 2010), una enfermedad que afecta los vasos sanguíneos coronarios y provoca isquemia e infarto del miocardio (Achiong Alemany, Achiong Alemany, & Achiong Estupiñán, 2015) y representa al 49.5% de las muertes del

conjunto de enfermedades del sistema circulatorio en Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012). De acuerdo con el informe sobre la situación de salud en Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2010), esta es la principal causa de muerte en mayores de 45 años; para el 2010, se presentaron 27822 casos, lo que representa una tasa de mortalidad de 263 por 100000 habitantes. Asimismo, en 2012 se reportó que este conjunto de enfermedades constitúa una de las principales causas de años de vida perdidos —AVP, un indicador de la mortalidad prematura—, en conjunto con las infecciones de las vías respiratorias bajas —como la neumonía— y los ACV (Organización Mundial de la Salud, 2014). Posteriormente, en el año 2016 se reportaron 199735 defunciones no fatales en todo el país, de las cuales las enfermedades isquémicas del corazón se mantuvieron como la causa más frecuente, con 16459 casos, equivalentes al 16.5%; y la segunda causa fueron las enfermedades cardiovasculares, que tuvieron una participación del 7% (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2016).

Además de los altos índices de mortalidad, hay un detrimento de la calidad de vida del paciente por el sufrimiento que provocan las recaídas, las complicaciones y las comorbilidades, así como la prolongación de tratamientos, la mayor frecuencia de hospitalizaciones y la progresión de las limitaciones (Alfonso & Abalo, 2014). De igual manera, hay consecuencias económicas por el alto impacto del costo en los sistemas de salud y en las personas (Organización Mundial de la Salud, 2003).

Una estrategia eficaz para el manejo de estas enfermedades es la Rehabilitación Cardíaca (RC), que se constituye en un programa de largo plazo, cuyo objetivo principal es mejorar el estado fisiológico y psicosocial del paciente (Anchique, Pérez, & López, 2011; Sanagua, Acosta, & Rasmussen, 1999). La definición de RC se remonta a 1964, por parte de la Organización Mundial de la Salud (2004), y se refiere a un conjunto de

actividades necesarias para asegurar a los enfermos del corazón una condición física, mental y social óptima, que les permita ocupar por sus propios medios un lugar tan normal como les sea posible en la sociedad; cabe anotar que la RC implica objetivos biomédicos y psicosociales (Anchique et al., 2009; Anchique et al., 2011; Beltrán et al., 2010; Franklin, Bonzheim, & Seynour, 2003; Grima, García, Luengo, & León, 2011; Lobos et al., 2008; Smith et al., 2011; Williams et al., 2002). Actualmente, Dalal, Doherty y Taylor (2015), afirman que varios organismos y cuerpos nacionales e internacionales conservan la esencia de lo planteado por la OMS, y amplían su definición, así:

Los servicios de rehabilitación cardíaca (y la prevención secundaria) son programas integrales, a largo plazo, que involucran evaluación médica, la prescripción de ejercicio, la modificación de factores de riesgo cardíacos, educación y asesoría. Estos programas se diseñan para limitar los efectos fisiológicos y psicológicos de la enfermedad cardíaca, disminuir el riesgo de muerte súbita o reinfarto, controlar síntomas cardíacos, estabilizar o revertir el proceso aterosclerótico y aumentar el estado psicosocial y la orientación profesional de pacientes seleccionados (p. 1).

Los objetivos psicosociales de la RC buscan cambios en los comportamientos no saludables de los pacientes, tales como abandonar el cigarrillo y el alcohol, a la vez que promueve conductas saludables, como realizar actividad física y ejercicio, adoptar una dieta sana y mantener estos buenos hábitos. Además, la RC también busca que el paciente aprenda a hacerle frente a la enfermedad y reduzca el estrés (Balady et al., 2007; Connolly et al., 2011).

Los programas de RC se dividen en tres fases, a saber: (a) un tiempo intrahospitalario muy cercano al evento coronario, (b) otro período extra-hospitalario supervisado, con asistencia a un centro médico especializado —habitualmente un ciclo de 36 sesiones— y (c), por último, una fase

no supervisada o extra-institucional permanente, la cual debe mantenerse por el resto de la vida del paciente y pone énfasis en la implementación y mantenimiento de cambios comportamentales para conservar la aptitud física y reducir los factores de riesgo (Río, Turro Carro, & Mesa Valiente, 2005).

Uno de los problemas principales para la aplicación de la RC entre la población que la requiere, es la baja o nula adherencia al tratamiento (AT), fenómeno más evidente en la fase extra-institucional, en la cual el paciente debe asumir por su propia cuenta las prescripciones biomédicas y la práctica de conductas saludables, sin supervisión directa de los profesionales de la salud. Solo alrededor del 50% de los pacientes con enfermedad cardíaca, específicamente falla cardíaca, muestran AT en los países desarrollados, y se calcula que el porcentaje es menor en países no desarrollados, siendo la principal causa de que no se logren beneficios clínicos (Achury, 2007, p. 20).

Asimismo, Guzmán, Estrada, Tejada y Crespo (2010) referencian estadísticas de los Estados Unidos sobre los bajos porcentajes de AT en la fase extra-institucional de la RC y afirman que solo el 35% de los pacientes presentan adherencia completa a planes caseros de terapia física y del 30% al 80% abandonan los programas de RC.

En Colombia, hay pocos datos estadísticos sobre AT en enfermedades crónicas. Se pueden mencionar los hallazgos de Rodríguez y Gómez (2010), quienes obtuvieron datos sobre la AT farmacológica y no farmacológica en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV); un importante 80.8% de las personas presentaron alto riesgo de no adherirse y el 6.4% no mostraba adherencia a los tratamientos. Herrera Guerra (2012) abordó la AT farmacológica y no farmacológica en HTA y reportó que el 42% de las personas se ubicó en riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia, mientras que el 19% no podría responder con comportamientos de adherencia. Más recientemente, Fontal

(2014) determinó el grado de AT farmacológico y no farmacológico en pacientes con factores de riesgo cardiovascular, y encontró que el 39.7% estaban en situación de riesgo de no adherencia y el 8.1% no tenían.

El concepto de AT ha cambiado a lo largo del tiempo. De la noción de cumplimiento de una prescripción casi siempre farmacológica, se ha cambiado a propuestas como la de Martín (2004), quien definió la adherencia como:

Una conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente conductuales, unidos a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud, y la consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado (p. 5).

Esta definición, a diferencia del puro cumplimiento, subraya la necesidad de que el paciente establezca un compromiso activo, de alianza y cooperación terapéutica, especialmente cuando los tratamientos implican un cambio drástico en sus hábitos y estilo de vida, el cual debe mantenerse vitaliciamente para lograr una rehabilitación exitosa. Los autores retoman aspectos revisados de la literatura, y definen el término AT:

[...] como el comportamiento activo, automotivado y autodirigido del paciente, que implica el compromiso consigo mismo y con los profesionales de la salud que lo atienden, con el fin de alcanzar los objetivos biomédicos relacionados con el tratamiento, la adopción de un estilo de vida más saludable y el mejoramiento de la calidad de vida en consonancia con su proyecto vital (Rocha-Nieto, Herrera-Delgado, & Vargas Olano, 2014, p.13).

Por tanto, el comportamiento adherente es la compleja interacción entre componentes biológicos, conductuales, cognoscitivos y emocionales,

que lleva a un alto grado de seguimiento del tratamiento. Esto implica la necesidad de involucrar formas de abordaje más completas e integrales, consonantes con la dinámica biopsicosocial del ser humano.

El importante y creciente problema de la baja o no adherencia al tratamiento de RC, conlleva consecuencias negativas para el paciente, por el deterioro de la calidad de vida y la progresión de la enfermedad; esto también afecta negativamente al sistema de salud, que asume gastos en tratamientos o pruebas diagnósticas que no serían necesarias en caso de una buena AT.

Detrás de una adecuada AT se encuentra un constructo psicológico primordial: la autorregulación. Como afirma Bandura (1991), en la base de la continuidad de los esfuerzos de las personas en pro de unas metas se encuentra la autorregulación. Se entiende la autorregulación como un complejo, en el que intervienen la autoeficacia y el autocontrol, el cual ha demostrado ser necesario y eficiente para desarrollar la adhesión y el ajuste al tratamiento, como lo evidencian diversos estudios (Lugli, Arzolar, & Vivas, 2009; Saldaña, 1994; Saldaña & Rossell, 1988). Otras investigaciones (Kyung, 2003; Sol, van der Graaf, Rutger, van Petersen, & Visseren, 2011), encontraron que el incremento en la autoeficacia mejora la autogestión del estilo de vida cardiovascular, lo que se confirmó en relación con la actividad física y la elección de alimentos saludables. Sniehotta, Schwarzer, Scholz y Schüz (2005) explican el papel de la autorregulación en la ejecución y mantenimiento de las intenciones y trabajan con elementos autorregulatorios, como la planificación y el afrontamiento de recaídas.

En concreto, la autorregulación en el ámbito de la salud estaría dirigida a la meta de conservar o mejorar las condiciones de salud o limitar las de enfermedad; en segundo término, a la planificación y realización de actividades protectoras de salud y el abandono de las que le son contrarias. La realización constante de conductas protectoras de salud y la prevención

de conductas de riesgo para la salud exige casi siempre un esfuerzo de autorregulación (Hagger, Wood, Stiff, & Chatzisarantis, 2009; Hall & Fong, 2007) que, para el desarrollo de su capacidad, requiere del autocontrol y la autoeficacia, y demanda procesos motivacionales y volitivos (Annesi & Gorjala, 2010; Flórez-Alarcón, 2007; Schwarzer & Gutiérrez-Doña, 2009).

El escenario descrito abrió la posibilidad de diseñar y validar un programa de intervención psicológica que, una vez identificados sus componentes, focalizó la intervención en la fase final, extra-institucional y ambulatoria, integrándose al programa de RC para garantizar el éxito en la adherencia del paciente. Asimismo, la necesidad de lograr una intervención con una sólida base teórica y empírica, consistente y válida, como soporte para afrontar el problema de la AT, sugirió incluir un proceso psicométrico que garantizara la calidad del contenido de la intervención.

Aunque usualmente la comunidad científica ha atribuido y aceptado el proceso de validación para pruebas e instrumentos, la obtención de evidencia de validez de contenido de un programa de intervención psicológica es muy relevante, pues exige al profesional que lo ha diseñado que garantice y avale un programa compuesto por información clara, relevante, pertinente y suficiente acerca de cada uno de los componentes, conceptos y metodología del mismo, de tal manera que puedan ser comprendidos y desarrollados con completa seguridad por el psicólogo experto en el área. Esta sería una etapa previa a la validación empírica del programa, cuya aplicación estaría certificada, y se asumiría con mayor confianza la responsabilidad social de afirmar que con la aplicación de la intervención los pacientes obtendrán los resultados acordes con los objetivos propuestos.

Así, el objetivo del presente estudio fue diseñar y validar el contenido de un programa de intervención biopsicosocial para mejorar la AT en pacientes en RC, durante la fase-extra institucional.

Método

Participantes

Participantes grupos focales. Como parte del diseño del programa, fueron conformados tres grupos focales: el primero, con cinco profesionales con amplia experiencia en el campo de la RC —un médico fisiatra, una enfermera, un nutricionista y dos terapeutas físicas—; el segundo, con seis pacientes en programas de RC, cuatro hombres y dos mujeres, cuyo rango de edad fue entre 50 y 65 años; y el último, se conformó con cinco familiares o cuidadores, todos de sexo femenino. Los participantes firmaron consentimiento informado.

Población objetivo del programa. Adulto intermedio y adulto mayor con las siguientes características:

- Género: hombres y mujeres.
- Edad: 40-70 años.
- Paciente en RC, con diagnóstico de ECV, sin compromiso cognoscitivo, ni de movilidad.
- Forma de ingreso: personas que asistían al programa de RC y estaban en tratamiento médico, nutricional y de ejercicio.
- Criterios de inclusión: pacientes que asistían a RC (fases II o III) próximos a ingresar a fase extra institucional.

Criterios de exclusión: (a) analfabetismo, (b) carecer de redes de apoyo, (c) compromiso cognoscitivo o de movilidad y (d) padecer otras patologías asociadas que comprometan la capacidad mental o física —esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, psicosis, enfermedad de Alzheimer—.

Jueces expertos. El programa se sometió a validación de contenido por parte de seis jueces: cinco psicólogos y una terapeuta física. Los psicólogos fueron tres nacionales y dos extranjeros, cuatro con formación de maestría y uno con doctorado,

con experiencia en la aplicación de programas de intervención psicológica o de la salud o con experiencia en medición y evaluación de instrumentos; asimismo, uno de los psicólogos era experto en el constructo teórico de autorregulación. La terapeuta ocupacional tenía formación de especialización en rehabilitación y experiencia de 10 años en RC.

Diseño del Programa

Se diseñó un programa bajo los lineamientos del enfoque biopsicosocial, cuyo objetivo principal es promover la autorregulación del paciente para mejorar su AT permanente de RC cuando no se encuentre bajo supervisión médica.

El programa se desarrolló en el marco del Modelo Procesual de Acción en Salud (HAPA, del inglés *Health Action Process Approach*; Figura 1). Según este modelo, la adopción, inicio y mantenimiento de los comportamientos de la salud es un proceso que consta de dos fases: motivación y volición. La *fase de motivación* antecede a, y culmina con la intención, e incluye

tres variables que influyen directamente sobre el comportamiento: percepción de riesgo, expectativas de resultado y autoeficacia. La *fase de volición*, o proceso de pasar de la intención a la acción, involucra las cogniciones relacionadas con la iniciación y el control de la acción, y se subdivide en las fases de planeamiento, acción y mantenimiento. Igualmente, la autoeficacia desempeña un papel crucial en todas las etapas y está dividida en varias clases: en la primera fase, funcionarían la autoeficacia percibida en las acciones y la autoeficacia en la capacidad para realizarlas —autoeficacia prevolitiva—; por otra parte, en la segunda fase —volitiva—, intervendrían la autoeficacia percibida en la planificación y mantenimiento del comportamiento y la autoeficacia percibida en la recuperación de recaídas (Flórez-Alarcón, 2007; Schwarzer & Gutiérrez-Doña, 2009; Sniehotta et al., 2005).

La descripción de la estructura del programa y sus componentes se pueden observar en la sección de resultados.

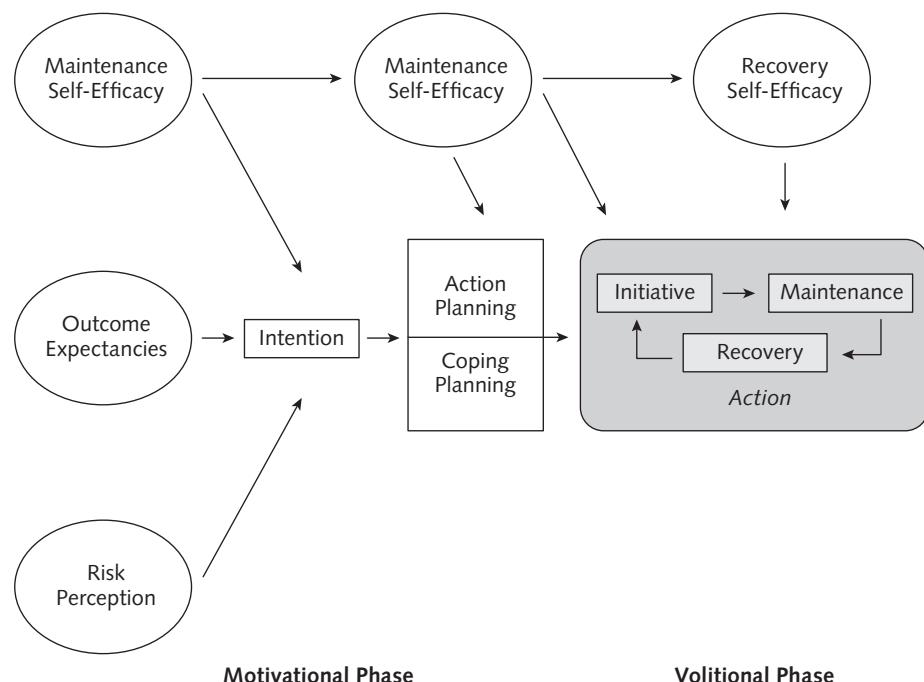


Figura 1. Generic diagram of the Health Action Process Approach (Schwarzer, 2008, pp. 1-29).

Instrumentos

Guías para grupos focales. Se diseñaron tres protocolos: uno para el grupo de profesionales del equipo sanitario, otro para pacientes y otro para familiares o cuidadores. Estos estaban constituidos por preguntas abiertas referentes a las siguientes categorías: conocimiento de la enfermedad y del tratamiento propuesto, creencias y prácticas, barreras y facilitadores, conceptualización de la adherencia, aspectos emocionales y sociales, formas de apoyo, entre otros.

Formato de evaluación de contenido. Se adaptó el formato diseñado por Osorio-Noriega, García-Padilla, Orozco-Gómez y Rocha-Nieto (2011), con el fin de que los jueces evaluaran los componentes de: objetivos, actividades, metodología y recursos, de cada una de las sesiones de un programa. Adicionalmente, se introdujo una parte de aspectos metodológicos generales del programa para que también fueran evaluados. El formato incluyó los criterios de claridad, relevancia, suficiencia y coherencia.

Matriz de análisis de revisión de literatura. Se utilizó una matriz para sistematizar los hallazgos de la revisión de literatura en los tópicos de interés: tipo de intervenciones, técnicas, teoría y enfoque, efectividad, tipo de sesiones, duración total del programa, actividades de seguimiento y profesionales que lo implementan.

Procedimiento

En la primera etapa, se revisó la literatura y se determinaron los componentes teóricos y metodológicos que debían integrar el programa; en la segunda, se realizaron tres grupos focales integrados así: expertos, pacientes en RC y familiares o cuidadores, quienes previamente firmaron el consentimiento para su participación. A la información se le realizó análisis del discurso y de contenido mediante el programa Atlas Ti. La programación de los grupos focales y la recolección de información duró cuatro meses.

En una tercera etapa, se estructuró el programa y se efectuó la descripción de las sesiones de intervención, objetivos, metodología y un manual operativo para la aplicación. En la cuarta etapa, con duración de un año, se realizó la validación del contenido del programa. El análisis de los resultados obtenidos se interpretó mediante los métodos propuestos por Lynn (1986). Por último, con los resultados cualitativos y cuantitativos, se realizaron los ajustes pertinentes para la versión final del programa.

Consideraciones Éticas

El estudio contempló los principios éticos planteados por la *American Psychological Association* (2010) y los lineamientos de la Ley del Código Bioético y Deontológico que rige el Ejercicio Profesional de la Psicología en Colombia, 1090 (Ministerio de la Protección Social y Congreso de la República de Colombia, 2006). El protocolo del proyecto de investigación fue aprobado, en sus consideraciones técnicas y éticas, por el Comité de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad El Bosque.

Resultados

El análisis de la literatura contempló la revisión de 51 intervenciones reportadas como efectivas, las cuales se dividieron acorde a la metodología utilizada así: cognoscitiva-conductuales (52.2%), educativas (10.5%), multifacéticas o complejas (7.8%), técnicas cognoscitivas (5.2%), biomédicas (5.2%), biopsicosociales (5.2%), técnicas conductuales (2.6%) y de apoyo social (2.6%). De igual forma, se identificó que dichas intervenciones tenían como sustento enfoques y teorías: la teoría sociocognoscitiva (29.4%), la Teoría Cognoscitivo Conductual (TCC; 5.2%), el enfoque biopsicosocial (7.8%), el enfoque biomédico (3.9%), interdisciplinario (5.9%) no obstante, un porcentaje significativo no reportó fuente teórica (33.3%).

Se efectuó una revisión de la literatura científica en salud, guías y protocolos provenientes de diferentes disciplinas, instituciones

y organizaciones, para asegurar una adecuada cobertura de la información relevante. La revisión llevó al concepto de autorregulación como uno de los principales fundamentos de la AT; igualmente, permitió elegir el modelo teórico conceptual HAPA (Schwarzer & Gutiérrez-Doña, 2009) para el abordaje de la AT.

El análisis de contenido de los grupos focales a partir de la elaboración de matrices de los datos

obtenidos con los profesionales en RC, pacientes y familiares o cuidadores, reveló las siguientes categorías: (a) información y creencias sobre la enfermedad, (b) autorregulación y autoeficacia, (c) barreras, (d) aspectos emocionales relacionados con la enfermedad y (e) apoyo social. El análisis de contenido de las categorías emergentes y la triangulación de los mismos con la literatura en los grupos focales, se puede observar en la Tabla 1.

Tabla 1
Matriz de triangulación de resultados grupos focales y literatura

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

El programa de intervención está conformado por dos distintos tipos de sesiones —educativas y psicológicas— y dos tipos de actividades —transversales y de seguimiento— en coherencia con los lineamientos de la literatura y los grupos focales, pero, además, estos componentes se organizaron en coherencia con las fases implícitas —motivacional y volitiva— del modelo HAPA (Schwarzer & Gutiérrez-Doña, 2009). De esta manera, son 14 sesiones —seis educativas y ocho psicológicas—, dos bloques de actividades transversales integrados a las sesiones de RC —tres de autoeficacia y tres de autocontrol, autoeficacia y afrontamiento—, y, por último, dos bloques de actividades de seguimiento —cuatro actividades de visita domiciliaria y dos de sistema de alertas—.

La intervención diseñada se desarrolla, paralelamente, a un programa estándar de RC —36 sesiones, de 3 sesiones semanales durante 12 semanas—. Las sesiones educativas y psicológicas se aplican independientemente de las sesiones de RC, mientras que las actividades —ejercicios— transversales se integran a las sesiones de la RC y, por último, las actividades de seguimiento se realizan una vez finalizados el programa de intervención y la RC. A continuación, la descripción de la estructura del programa:

- *Sesiones educativas*: con objetivos dirigidos al cumplimiento de instrucciones relacionadas con la ECV y su tratamiento biomédico y psicológico. Son seis sesiones que se inician en la primera semana del proceso de RC, con carácter multidisciplinario o interdisciplinario, de modalidad grupal, y se aplica cada quince días con duración promedio de 60 minutos.
- *Sesiones de intervención psicológica*: con objetivos de orden psicológico. Se contempla un total de ocho sesiones que inician en la tercera semana del programa de RC, en modalidad

grupal, y se aplica una vez a la semana con duración promedio de 90 minutos.

- *Actividades transversales*: corresponden a acciones o ejercicios integrados a las sesiones del programa estándar de RC. Se organizan en dos bloques de actividades: tres de *autoeficacia* y tres de *autocontrol, autoeficacia y afrontamiento*; la modalidad es individual y la duración promedio es de 10 minutos por paciente. La aplicación de cada uno de las actividades o ejercicios se comienza en la segunda semana del programa de RC, durante 12 de las sesiones.
- *Actividades de seguimiento*: tienen como objetivo verificar y apoyar el mantenimiento de los cambios de comportamiento y prevenir recaídas. Se conforman en dos bloques: cuatro actividades de *visita domiciliaria* —un mes después de finalizado el programa— y dos actividades de *sistema de alertas* —en los 6 y 12 meses posteriores al egreso del paciente—.

La descripción general de la estructura del programa se observa en la Tabla 2.

Por otra parte, para la validación de contenido del programa, se utilizó el Índice de Validación de Contenido (IVC o CVR, del inglés Content Validity Ratio) consistente en la proporción de jueces que asigna a un componente una puntuación considerada como válida o aceptable (Lynn, 1986). Este índice se expresa así para cada uno de los ítems o elementos del programa:

$$\text{IVC} = \frac{\text{Número de jueces que asignan valor aceptable}}{\text{Número total de jueces}}$$

Para el conjunto completo de ítems o elementos del programa en cada componente el IVC se expresa así:

$$\text{IVC} = \frac{\text{Número de elementos considerados válidos en su contenido}}{\text{Número total de elementos}}$$

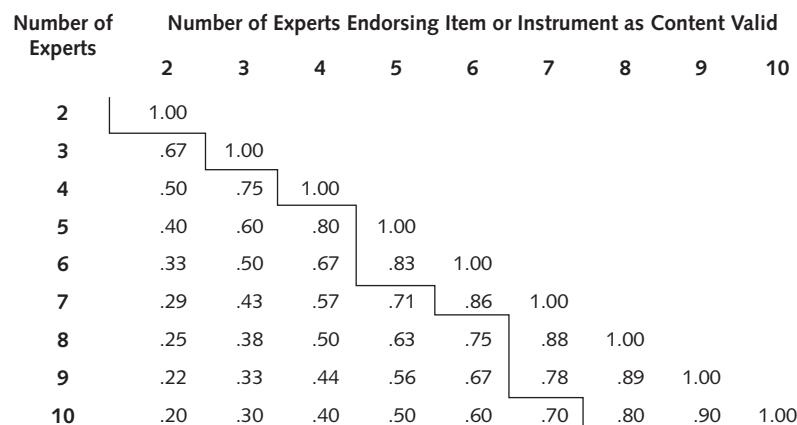
Tabla 2
Especificaciones de la estructura y componentes del programa de intervención

Parte I	
Tipo de intervención	Contenido de las sesiones
Sesiones de intervención psicológica	Sesión 1. Soy más que mi enfermedad: introducción al Programa. Reconocer metas y aspiraciones de los pacientes.
	Sesión 2. Mitos y realidades del corazón: información acerca de la enfermedad cardíaca. Identificar los factores personales protectores y de riesgo.
	Sesión 3. Mi vida no es una lotería: aumentar la percepción de riesgo. Incrementar las expectativas positivas de resultado.
	Sesión 4. Escogiendo el camino: identificar y fijar metas. Identificar factores determinantes de la conducta.
	Sesión 5. ¡Por mí, me la juego! Entrenamiento en planeación y fijación de metas.
	Sesión 6. Mi escalera en mi corazón: promover la autoeficacia de afrontamiento para prevenir recaídas.
	Sesión 7. El caso de Juan puede ser mi caso: entrenamiento en estrategias de afrontamiento.
	Sesión 8. Los colores de mi esfuerzo. Yo controlo mi vida: entrenamiento en autocontrol.
Parte II	
Tipo de intervención	Contenido de las sesiones
Sesiones educativas	Sesión 1: Información acerca de la enfermedad cardiaca los factores de riesgo asociados y las formas de intervención a través de la rehabilitación cardíaca.
	Sesión 2: Información acerca del régimen terapéutico, instrucción de estrategias de simplificación del tratamiento.
	Sesión 3: Información acerca de alimentación saludable.
	Sesión 4: Información acerca actividad física.
	Sesión 5: Información acerca de emociones y su relación con la ECV.
	Sesión 6: Información acerca del control emocional.
Parte III	
Actividades transversales (integrados a la RC)	Bloque 1. Autoeficacia: cuatro actividades, una vez a la semana, durante 12 sesiones del programa de RC.
	Bloque 2. Autocontrol, autoeficacia, y afrontamiento: cuatro actividades, una vez a la semana, durante 12 sesiones del programa de RC.
Parte IV	
Actividades de seguimiento (finalizada la RC)	Bloque 1. Vista Domiciliaria: cuatro actividades en una visita domiciliaria —un mes después de finalizado el programa—.
	Bloque 2. Sistema de alertas: dos actividades —6 y 12 meses después de finalizado el programa—.

La Figura 2 ilustra el número de jueces que deben aprobar un elemento para adquirir validez de contenido con un nivel de significancia superior a .5.

Al aplicar los lineamientos de Lynn (1986), un componente del programa sería válido en su contenido, para este estudio, si existía acuerdo entre mínimo cinco de los seis jueces que evaluaron el programa, es decir, una puntuación de .83 —hubo acuerdo entre 5 jueces—, lo cual indica un IVC *Bueno*, o de 1.0 —total acuerdo de los seis jueces— que hace referencia a un IVC *Excelente*. Un IVC por debajo de esos puntajes no es aceptable y requería modificaciones o ajustes de acuerdo a las observaciones de los jueces. En cuanto a los

criterios de evaluación, solo fueron aceptadas las calificaciones positivas: claridad —calificaciones: *Muy claro* y *Claro*—, suficiencia —*Muy suficiente* y *Suficiente*—, pertinencia —*Muy pertinente* y *Pertinente*—, y coherencia —*Muy coherente* y *Coherente*—. De esta manera, se extrajo el acuerdo que hubo entre los jueces, específicamente en las calificaciones positivas de la escala, para cada uno de los componentes del programa: los objetivos, las actividades, la metodología, los recursos y otros aspectos metodológicos generales del programa. El análisis de validez de contenido demostró los resultados que se pueden observar en la Tabla 3, en la cual se pueden observar los IVC para los componentes de las *sesiones psicológicas*.



Note: The caution over using the standard error of the mean (≤ 10) (Downie & Heath, 1974) does not apply in this situation because only when $p > q$ is there significance, and any nonunique $p(x)$ q solutions are irrelevant.

Figura 2. Proporción de expertos —arriba de la línea en escalera— cuya aprobación es requerida para establecer validez de contenido (Lynn, 1986, p. 384).

Tabla 3
IVC de cada uno de los componentes de las sesiones psicológicas

		Criterios de Evaluación			
Sesión	Componentes	Claridad	Relevancia	Suficiencia	Coherencia
1	Objetivo A	1	1	1	1
	Objetivo B	1	1	1	1
	Actividades	1	1	1	1
	Metodología	.83	1	1	1

	Objetivo A	.67	1	1	1
2	Objetivo B	.67	1	.83	.83
	Actividades	1	1	1	1
	Metodología	1	1	1	1
	Objetivo A	.7	1	.83	1
3	Objetivo B	.83	1	1	1
	Objetivo c	.83	1	1	1
	Actividades	1	1	1	1
	Metodología	1	1	1	1
	Objetivo A	.50	1	.83	.83
4	Objetivo B	.50	1	.83	.83
	Objetivo c	.50	1	.83	.83
	Objetivo D	.83	1	.83	.83
	Actividades	1	1	1	.83
	Metodología	1	1	1	1
	Objetivo A	.67	1	.83	.83
5	Objetivo B	.50	1	.83	.83
	Actividades	1	1	1	1
	Metodología	.83	1	1	1
	Objetivo A	.83	1	1	.83
6	Objetivo B	.67	1	1	1
	Objetivo c	1	1	1	1
	Objetivo D	.67	1	1	1
	Actividades	.83	1	1	1
	Metodología	.67	1	1	1
	Objetivo A	1	1	.83	1
7	Objetivo B	.67	.83	.67	.83
	Objetivo c	.83	.83	.67	.83
	Objetivo D	.67	.83	.67	.83
	Actividades	1	1	.83	1
	Metodología	.83	1	.83	1
	Objetivo A	.83	1	.83	.83
8	Objetivo B	.83	1	.83	.83
	Actividades	.83	1	1	1
	Metodología	.83	1	1	1

En la Tabla 3 se observa que hubo acuerdo en la evaluación positiva realizada por los jueces, con excelentes IVC para cada uno de los componentes de las sesiones; cabe anotar que las sesiones 1, 3 y 8 arrojaron los mejores IVC. Al discriminar por criterio, se puede afirmar que las *sesiones psicológicas* tuvieron excelentes y buenos índices en el criterio de relevancia de los componentes, seguido por el

criterio de coherencia y posteriormente, se ubicaría el criterio de suficiencia, en donde se tuvieron tres índices bajos —objetivos B, C y D de la sesión 7—. Por otra parte, los índices más bajos se observan en el criterio claridad, específicamente en lo que corresponde a los objetivos de algunas de las sesiones. Los IVC obtenidos en cuanto a los componentes de las *sesiones educativas* se pueden observar en la Tabla 4.

Tabla 4
IVC de cada uno de los componentes de las sesiones educativas

Sesión 1. Información acerca de la enfermedad cardiaca los factores de riesgo asociados y las formas de intervención a través de la rehabilitación cardiaca.				
Componente	Claridad	Relevancia	Suficiencia	Coherencia
Objetivo A	1	1	1	1
Objetivo B	1	1	1	1
Actividades	1	1	1	1
Metodología	1	1	1	1
Recursos	1	1	1	1
Sesión 2. Información acerca del régimen terapéutico, instrucción de estrategias de simplificación del tratamiento.				
Objetivo A	1	1	1	1
Objetivo B	.67	.83	1	.83
Objetivo c	.83	1	.83	1
Actividades	1	1	1	1
Metodología	.83	1	.83	1
Recursos	1	1	1	1
Sesión 3. Información acerca de alimentación saludable.				
Objetivo A	.83	.83	.83	.83
Objetivo B	1	1	1	1
Actividades	1	1	1	1
Metodología	1	1	1	1
Recursos	1	1	1	1
Sesión 4. Información acerca de actividad física.				
Objetivo A	1	1	1	1
Actividades	1	1	1	1
Metodología	1	1	1	1
Recursos	1	1	1	1

**Sesiones 5 y 6. Información acerca de emociones
y su relación con la ECV. Información acerca del control emocional.**

Objetivo A	1	1	1	1
Objetivo B	1	1	1	1
Objetivo c	1	1	1	1
Actividades	1	1	1	1
Metodología	1	1	1	1
Recursos	1	1	1	1

En la Tabla 4 se observa acuerdo entre los jueces con respecto a los componentes de las sesiones educativas; en cuatro de las seis sesiones, hubo total acuerdo entre los jueces para una excelente evidencia de validez del contenido de todos los componentes. En el objetivo b de la

sesión 2 no hubo el acuerdo adecuado, ante los cual se realizaron ajustes según las observaciones de los jueces. Por otra parte, los resultados obtenidos en cuanto a los componentes de los *bloques de actividades transversales* se pueden observar en la Tabla 5.

Tabla 5
IVC de los componentes de los bloques de actividades transversales, durante la RC

Criterios de evaluación					
Bloques de actividades	Componente	Claridad	Relevancia	Suficiencia	Coherencia
Autoeficacia	Objetivo A	1	1	1	1
	Objetivo B	1	1	1	1
	Objetivo c	1	1	1	1
	Actividad A	1	1	1	1
	Actividad B	1	1	1	1
	Actividad c	1	1	1	1
	Actividad d	1	1	1	1
	Metodología	1	1	1	1
Autocontrol, autoeficacia y afrontamiento	Recursos	1	1	1	1
	Objetivo A	1	1	1	1
	Objetivo B	1	1	1	1
	Objetivo c	1	1	1	1
	Actividades A	1	1	1	1
	Actividades B	1	1	1	1
	Actividades c	1	1	1	1
	Metodología	1	1	1	1
	Recursos	1	1	1	1

De acuerdo a la Tabla 5, se obtuvieron excelentes índices en todos los componentes del programa en cuanto a las actividades transversales, hubo un acuerdo absoluto de los jueces. Las actividades relacionadas con el autocontrol, eficacia y afrontamiento recibieron observaciones en los criterios de claridad, coherencia y suficiencia de algunos objetivos, los cuales fueron ajustados. Posteriormente, se pueden ver en la Tabla 6 los resultados obtenidos en cuanto a las *actividades de seguimiento*.

La Tabla 6 muestra los índices de validez de las actividades de seguimiento, en las cuales se obtuvieron excelentes y buenos índices en todos los componentes de las actividades de seguimiento en los cuatro criterios evaluados: claridad, relevancia, suficiencia y coherencia; sobresale la sesión 1, en la cual se obtuvo total acuerdo entre los jueces. Una vez presentados los IVC de las sesiones y actividades, se puede evidenciar en la Tabla 7 los resultados en cuanto los aspectos metodológicos generales del programa.

Tabla 6

IVC de cada uno de los componentes de las actividades de seguimiento, posterior a la RC

Bloque de actividades	Componente	Claridad	Relevancia	Suficiencia	Coherencia
Visita domiciliaria	Objetivo A	1	1	1	1
	Objetivo B	1	1	1	1
	Actividades	1	1	1	1
	Metodología	1	1	1	1
	Recursos	1	1	1	1
Sistema de alertas	Objetivo A	.83	.83	.83	.83
	Objetivo B	.83	.83	.83	.83
	Objetivo c	.83	.83	.83	.83
	Actividades A	.83	.83	.83	.83
	Actividades B	.83	.83	.83	.83
	Actividades c	.83	.83	.83	.83
	Metodología	.83	.83	.83	.83
	Recursos	.83	.83	.83	.83

Tabla 7

IVC de cada uno de los aspectos metodológicos generales del programa

Aspectos metodológicos generales del programa	Claridad	Relevancia	Suficiencia	Coherencia
Objetivos del programa	.83	1	1	1
Criterios de selección de los participantes	.83	1	.83	1
Criterios éticos incluidos	1	1	1	1
Instrumentos utilizados antes y después del programa	1	1	1	1
Recomendaciones <i>antes</i> de la aplicación del programa	.83	1	.83	1

Recomendaciones durante la aplicación del programa	.83	1	.83	1
Recursos humanos necesarios para la aplicación	1	1	.83	1
Estructura general del programa	.67	1	.83	.83
La relación del contenido del programa con la teoría subyacente	.83	1	1	.83
Duración de cada sesión (minutos)	1	1	1	1
Duración total del programa	1	1	1	1

En términos generales, se observa que el programa obtuvo IVC excelentes y buenos en los aspectos metodológicos generales; únicamente se notó un índice más bajo en la evaluación de la *estructura general del programa*. Se destaca que hubo un total acuerdo entre jueces sobre la validez en el criterio de relevancia en todos los aspectos mencionados.

Las principales observaciones con respecto al criterio de claridad se dieron en dos aspectos: el primero, se refiere a que los objetivos eran muy amplios y dispersos, demasiados por actividad y que, en algunos casos, carecían de concreción en el desarrollo de las actividades. En segundo lugar, a dificultades en la descripción de las actividades. La parte metodológica, en general, fue evaluada como acertada. En cuanto a la coherencia, el programa resultó apropiado en su estructura y secuencia, para el cumplimiento de sus objetivos y correspondiendo a las fases del modelo adoptado, aunque las debilidades en claridad afectan levemente este criterio. Las recomendaciones se dirigieron a poner mayor énfasis en la fase de autocontrol. Por último, el criterio de suficiencia recibió observaciones en cuanto a la contribución al desarrollo de la autorregulación en algunas actividades.

Discusión

La ECV es la patología que más víctimas cobra en el mundo y en nuestro país. Aunque la RC es la estrategia de prevención secundaria más utilizada, su efectividad es limitada por la baja AT de los pacientes, especialmente en la fase ambulatoria, en la cual no tienen supervisión directa de los

profesionales de la salud. El presente artículo de orientó a presentar el proceso de diseño y validación de contenido de un programa de intervención biopsicosocial para estos pacientes, con el fin de ayudarlos a mejorar la AT, mediante el fomento de la autorregulación.

En primera instancia, en cuanto al diseño, es posible afirmar que se logró identificar los lineamientos teóricos y metodológicos con los cuales se definieron los contenidos del programa, con base en la teoría sociocognoscitiva de la autorregulación (Bandura, 1991) y en el modelo de conducta HAPA (Schwarzer, 2008). Con respecto a la estructura del programa de intervención para mejorar la AT se tomaron en cuenta varios elementos. En la consulta documental, se resalta el hecho de que los programas multicomponentes, orientados a incrementar los niveles de adherencia en la enfermedad crónica, fueron más efectivos que los enfocados en un único aspecto (Amigo, Fernández, & Pérez, 1998; Cáceres, 2004; Holguín, Correa, Arrivillaga, Cáceres, & Varela, 2006; Samper & Ballesteros, 1999). Las experiencias empíricas involucran casi sin excepción un componente educativo, o al menos informativo, y los programas de RC incluyen sesiones orientadas a este fin.

Otro elemento es aportado por el modelo HAPA, que organiza una estructura del programa que discrimina las fases de motivación y acción; la propuesta presentada se guía por estas fases y busca desarrollar los elementos propios de cada una, así como propicia reforzar los distintos tipos de autoeficacia que juegan un papel importante en el cambio y mantenimiento de conductas —saludables—. El modelo HAPA ha demostrado su

aplicabilidad universal para un número de comportamientos de salud y para diversas muestras de varias culturas (Schwarzer, 2008).

A la luz de los elementos mencionados, se estructuró un programa multicomponente, con cuatro partes, así: sesiones psicológicas, sesiones educativas, actividades transversales y actividades de seguimiento, las cuales están conformadas con contenidos que tienen objetivos específicos y una propuesta metodológica.

Por otra parte, otro objetivo central fue determinar la validez de contenido del programa, cuyo proceso es una propuesta metodológica para confirmar la legitimidad y la seguridad de su contenido científico. Los resultados a la luz de los IVC (la mayoría entre .83 y 1.0) sugieren que el programa tiene evidencia de validez de contenido de acuerdo a los criterios evaluados: claridad, suficiencia, coherencia y relevancia. Sin embargo, bajo el criterio de claridad se reveló la necesidad de ajustar algunos de los componentes. Los distintos módulos, sesiones y actividades se modificaron de acuerdo a las observaciones de los jueces.

Se concluye que los objetivos propuestos se alcanzaron, y se logró un diseño novedoso y la evidencia de la validación de contenido de un programa que, mediante la intervención en la autorregulación, promueve la AT de RC en pacientes que ingresan a una etapa que exige mantener cambios de hábitos y de estilo de vida. La población beneficiaria del programa serían adultos de edad intermedia y adultos mayores —entre 40 y 70 años— con enfermedad coronaria en RC. Con las adaptaciones pertinentes en algunos aspectos informativos y prácticos puede extenderse a pacientes en rehabilitación por otras patologías cardiovasculares —falla cardíaca, sincope, trasplante, etc.—.

La dificultad de este tipo de trabajos es, sin duda, la consecución de jueces con el perfil apropiado. Aunque se contó con seis jueces, posiblemente pocos para los estándares internacionales en la validación de instrumentos, estos, por sus características individuales y colectivas, brindaron aportes al contenido de la propuesta. En concepto

de los autores, es esencial en el perfil de los jueces, además de la solidez de los fundamentos teórico y metodológico conseguidos en la formación, la experticia y la experiencia en la aplicación de programas aprendidos en contexto, en este caso en el de la salud. Así como afirman Pedrosa, Suárez-Álvarez y García-Cueto (2013) sobre la validez de contenido, “[l]a apropiada selección de los expertos supone una cuestión fundamental a la hora de establecer este tipo de validez” (p. 7). Adicionalmente, la utilización de la propuesta de Lynn (1986), se constituye en una metodología preliminar e innovadora que se puede utilizar para la validación de programas de intervención y que puede ser ampliada en posteriores estudios con estas características.

Una de las líneas futuras de investigación será avanzar en la validación empírica del programa, con su aplicación en la población objeto, sea con estudios transversales o preferiblemente de cohorte, pues en razón a las variables que se busca intervenir —autorregulación y AT—, el seguimiento a mediano y largo plazo cobra especial importancia.

Por otra parte, resulta de interés esclarecer en qué medida la autorregulación es una cualidad que puede enseñarse, entrenarse o desarrollarse, en población adulta, especialmente en adultos mayores. Esto porque la autorregulación de la conducta tiene un sustrato anatómico, el lóbulo frontal, y para ser eficiente requiere el concurso otros procesos cognoscitivos como la atención y la memoria (Tirapu-Ustároz, García-Molina, Luna-Lario, Roig-Rovira, & Pelegrín-Valero, 2008). Con la edad se presentan tanto alteraciones de memoria —en particular la reciente—, como déficits atencionales, además de atrofia cortical global. Estas características propias del envejecimiento demandan indagar qué alcances y limitaciones puede tener el manejo de la autorregulación en ancianos.

Es importante diseñar estudios que permitan conocer si la adherencia permanece estable de acuerdo al proceso de desarrollo de la enfermedad —qué sucede si se presentan exacerbaciones,

remisiones, episodios dolorosos u otros que modifiquen el curso de la enfermedad, etc.—, así como su presencia en las diferentes etapas de la enfermedad o la influencia del tiempo de enfermedad en la adherencia. Esta apreciación se confirma, en varios meta-análisis que revisaron intervenciones en AT (Beswick et al., 2005; Davies et al., 2010; Van Dulmen et al., 2007).

Referencias

- Achiong Alemañy, F., Achiong Alemañy, M., & Achiong Estupiñán, F. (2015). Prevención de la cardiopatía isquémica, un desafío de la atención primaria de salud. *Revista Médica Electrónica*, 37(2), 141-153.
- Achury, D. M. (2007). Autocuidado y adherencia en pacientes con falla cardíaca. *Aquichan*, 7(2), 329-339.
- Alfonso, L. M., & Abalo, J. A. G. (2014). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 14(1), 89-99.
- American Psychological Association. (2010). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Washington, DC.
- Amigo I., Fernández, C., & Pérez, M. (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Anchique, C., Ordúz, J., Briceño, C., Espejo, S., Barrera, S., & Reyes P. (2009). Características de los programas de rehabilitación cardíaca en Colombia. *Revista Asociación Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación*, 19, 21-29.
- Anchique, C., Pérez, C., & López, F. (2011). Estado actual de la rehabilitación cardiovascular en Colombia. *Revista Colombiana de Cardiología*, 18(6), 1-13. doi: 10.1016/S0120-5633(11)70204-2
- Annesi, J. & Gorjala, S. (2010). Relations of self-regulation and self-efficacy for exercise and eating and BMI change: A field investigation. *BioPsychoSocial Medicine*, 4(10), 1. doi: 10.1186/1751-0759-4-10
- Balady, G. J., Williams, M. A., Ades, P. A., Bittner, V., Comoss, P., Foody, J. M., ..., Southard, D. (2007). Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2007 update. A scientific statement from the American Heart Association exercise, cardiac rehabilitation, and prevention committee, the council on clinical cardiology; the councils on cardiovascular nursing, epidemiology and prevention, and nutrition, physical activity, and metabolism; and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation*, 115(20), 2675-2682. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.106.180945
- Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 248-287.
- Beltrán, J., Beltrán, R., Caicedo, V. M., García, M., García, E., Gómez, E., & Hernández, E. (2008). *Guías colombianas de cardiología*. Síndrome coronario agudo sin elevación del ST. *Revista Colombiana de Cardiología*, 15(3), 143-232.
- Beltrán Bohórquez, J. R., Beltrán Pineda, R., Bohórquez Rodríguez, R., Diez López, J. G., García del Río, C., García Torres, E., ..., Villegas Villegas, J. (2010). *Guías colombianas de cardiología, síndrome coronario agudo con elevación del ST*. *Revista Colombiana de Cardiología*, 17(Supl. 3), 121-275.
- Beswick, A. D., Rees, K., West, R. R., Taylor, F. C., Burke, M., Griebsch, I., ..., Ebrahim, S. (2005). Improving uptake and adherence in cardiac rehabilitation: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 49(5), 538-555. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03327.x
- Cáceres, F. (2004). Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. *Revista MedUNAB*, 7(21), 172.
- Connolly, S., Holden, A., Turner, E., Fiumicelli, G., Stevenson, J., Hunjan, ..., Wood, D. (2011). MyAction: An innovative approach to the prevention of cardiovascular disease in the community. *British Journal of Cardiology*, 18(4), 171-176.
- Davies, P., Taylor, F., Beswick, A., Wise, F., Moxham, T., Rees, K., & Ebrahim, S. (2010). Promoting patient uptake and adherence in cardiac rehabilitation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(7). doi: 10.1002/14651858.CD007131.pub2
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2016). *Boletín técnico. Estadísticas vitales. Nacimientos y defunciones. Cifras definitivas 2014. Dirección de Censos y Demografía*. Recuperado de: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/bt_estadisticasvitales_2015pre-2016pre.pdf

- Flórez-Alarcón, L. (2007). *Psicología Social de la Salud*. Bogotá: Manual Moderno.
- Fontal, P. A. (2014). *Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con factores de riesgo cardiovascular del Hospital Divino Niño de Buga, Valle* (Tesis de Maestría). Recuperado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/47146/1/539561.2014.pdf>
- Franklin, B., Bonzheim, K., & Seynour, G. (2003). Rehabilitación del paciente cardiaco en el siglo xxi: cambiando paradigmas y percepciones. *Revista de Actualización Ciencias del Deporte*, 17, 134-145.
- Grima, A., García, E., Luengo, E., & León, M. (2011). Cardiología preventiva y rehabilitación cardiaca. *Revista Española de Cardiología*, 64(1), 66-72. doi: 10.1016/S0300-8932(11)70009-4
- Guzmán, Y., Estrada, O., Tejada, P., & Crespo, O. (2010). Factores relacionados con adherencia a un programa de rehabilitación. *Revista Facultad de Salud-RFS*, 2(1), 39-50.
- Hagger, M., Wood, Ch., Stiff, Ch., & Chatzisarantis, L. (2009). The strength model of self-regulation failure and health-related behaviour. *Health Psychology Review*, 3(2), 208-238. doi: 10.1080/17437190903414387
- Hall, P. & Fong, G. (2007). Temporal self-regulation theory: A model for individual health behavior. *Health Psychology Review*, 1(1), 6-52. doi: 10.1080/17437190701492437
- Herrera Guerra, E. (2012). Adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial. *Avances en Enfermería*, 30(2), 67-75.
- Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D., & Varela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Revista Universitas Psychologica*, 5(3), 535-547.
- Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. (2014). *Tercer informe ONS: mortalidad evitable en Colombia para 1998-2011*. Bogotá, D.C.: Imprenta Nacional de Colombia.
- Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. (2015). *Quinto informe ONS: carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia*. Bogotá, D.C.: Imprenta Nacional de Colombia.
- Kyung, J. (2003). The effects of self-efficacy promoting cardiac rehabilitation program on self-efficacy, health behavior, and quality of life. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 33(4), 510-518.
- Lobos, J. M., Royo-Bordonada, M. A., Brotons, C., Álvarez-Sala, L., Armario, P., Maiques, A., ..., Lizarbe, V. (2008). Guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica. Adaptación española del CEIPC. *Revista Española de Salud Pública*, 82(6), 581-616.
- Lugli, Z., Arzolar, M., & Vivas, E. (2009). Construcción y validación del inventario de Autorregulación del Peso: validación preliminar. *Revista Psicología y Salud*, 19(2), 281-287.
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35(6), 382-385.
- Martín, L. (2004). Acerca del concepto de adherencia al tratamiento. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(4), 123-128.
- Ministerio de la Protección Social y Congreso de la República de Colombia. (2006). *Código Deontológico y Ético del Psicólogo Colombiano* (Ley N° 1090).
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2010). Indicadores básicos 2010. Situación de salud en Colombia. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/salud/paginas/indicadoresbasicossp.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Prevención de las enfermedades crónicas una inversión vital*. Recuperado de: <http://www.who.int/chp/chronic-diseasereport/over view sp.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. Recuperado de: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/adherencia-largo-plazo.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Estadísticas sanitarias mundiales 2014*. Recuperado de: www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/es/
- Osorio-Noriega, García-Padilla, M., Orozco-Gómez, A. M., & Rocha-Nieto, L. M. (2011). *Validación de contenido de un programa de intervención cognoscitivo conductual para el manejo de dolor en pacientes*

- con artritis reumatoidea en etapa temprana* (Tesis de Maestría). Universidad El Bosque, Bogotá, D.C., Colombia.
- Pedrosa, I., Suárez-Álvarez, & García-Cueto, E. (2013). Evidencias sobre la validez de contenido: avances teóricos y métodos para su estimación. *Acción Psicológica, 10*(2), 3-18. doi: 10.5944/ap.10.2.11820
- Polanco, R. (1979). El uso del autocontrol en la terapia del comportamiento. *Revista Aprendizaje y Comportamiento, 2*(1), 39-61.
- Río, G. D., Turro Carro, E., & Mesa Valiente, L. D. (2005). Protocolos y fases de la rehabilitación cardíaca. Orientaciones actuales. *Medisan, 9*(1).
- Rodríguez A. L. & Gómez, A. M. (2010). Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. *Avances en Enfermería, 28*(1), 63-71.
- Saldaña, C. (1994). *Trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Saldaña, C. & Rossell, R. (1988). *Obesidad*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Samper, P. & Ballesteros, B. P. (1999). Dos programas para el manejo de la hipertensión arterial esencial. *Suma Psicológica, 6*(2), 195-220.
- Sanagua, J., Acosta, G., & Rasmussen, R. (1999). La Rehabilitación cardíaca en la prevención secundaria. *Revista de la Federación Argentina de Cardiología, 128*, 337-343.
- Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology: An International Review, 57*(1), 1-29. doi: 10.1111/j.1464-0597.2007.00325.x
- Schwarzer, R. & Gutiérrez-Doña, B. (2009). Modelando el cambio en el comportamiento de salud: cómo predecir y modificar la adopción y el mantenimiento de comportamientos de salud. *Revista Costarricense de Psicología, 28*(41), 11-39.
- Smith, S. Jr., Benjamin, J., Bonow, R. O., Braun, L. T., Creager, M. A., Franklin, B.A., ..., Taubert, K. A. (2011). Practice guideline, AHA/ACCF secondary prevention and risk reduction therapy for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease. *Journal American College of Cardiology, 58*, 2432-2446. doi: 10.1161/CIR.0b013e318235eb4d
- Sniehotta, F. F., Schwarzer, R., Scholz, U., & Schüz, B. (2005). Action planning and coping planning for long-term lifestyle change: Theory and assessment. *European Journal of Social Psychology, 35*, 565-576. doi: 10.1002/ejsp.258
- Sol, B. G., van der Graaf, Y., van Petersen, R., & Visseren, F. L. (2011). The effect of self-efficacy on cardiovascular lifestyle. *European Journal Cardiovascular Nurse, 10*(3), 180-186. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2010.06.005
- Tirapu-Ustároz, J., García-Molina, A., Luna-Lario, P., Roig-Rovira, T., & Pelegrín-Valero, C. (2008). Modelos de funciones y control ejecutivo (1). *Revista de Neurología, 46*(11), 684-692.
- Van Dulmen, S., Slujs, E., Van Dijk, L., Ridder, D., Heerdink, R., & Bensing, J. (2007). Patient adherence to medical treatment: A review of reviews. *BMC Health Services Research, 7*(55), 1472-6963. doi: 10.1186/1472-6963-7-55
- Williams, M. A., Fleg, J. L., Ades, P. A., Chaitman, B. R., Miller, N. H., Mohiuddin, S. M., ..., Wenger, N. K., (2002). Secondary prevention of coronary heart disease in the elderly (with emphasis on patients ≥ 75 years of age) An American Heart Association scientific statement from the council on clinical cardiology subcommittee on exercise, cardiac rehabilitation, and prevention. *Circulation, 105*(14), 1735-1743. doi: 10.1161/01.CIR.0000013074.73995.6C