

La entrevista motivacional como intervención de enfermería para promover el autocuidado en pacientes con insuficiencia cardiaca en una institución de cuarto nivel en Bogotá, Colombia¹

Claudia Marcela Camargo Rojas²

Diana Norella Córdoba Rojas³

Ángela María Guio Reyes⁴

-
1. Artículo de investigación. Recibido: 3 de febrero de 2013. Revisado: 4 de febrero de 2013. Aceptado: 14 de febrero de 2013. Artículo derivado del trabajo de grado para obtener el título de Enfermera, en la Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia, expuesto en el 13th Annual Interdisciplinary Research Conference (AIRC), hosted by the School of Nursing and Midwifery, Trinity College Dublin, el 7 de noviembre de 2012.
 2. Enfermera, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: camargo.claudia@javeriana.edu.co o marce1810@gmail.com.
 3. Enfermera, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: cordoba.diana@javeriana.edu.co o diananorella@gmail.com.
 4. Enfermera, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: guioa@javeriana.edu.co o angieguio25@gmail.com.

Resumen

Mediante un estudio cuasiexperimental se buscó determinar si la entrevista motivacional como intervención de enfermería es efectiva para promover el autocuidado en los pacientes con insuficiencia cardiaca de un hospital de cuarto nivel de Bogotá entre enero y mayo del 2012. Con una muestra de 21 pacientes a quienes se les realizaron dos mediciones del autocuidado, una basal y otra posterior a la implementación de la entrevista motivacional y el seguimiento telefónico (realizado 15 días después de la primera medición), se determinó si existió o no mejoría, utilizando como instrumento la Escala Europea de Autocuidado (EEA), la cual considera tres categorías: cumplimiento del régimen terapéutico, capacidad de adaptación a la enfermedad y búsqueda de ayuda ante la exacerbación de los síntomas. Al emplear la prueba no paramétrica del signo que está centrada en la mediana, se obtuvo una probabilidad de 0,0207 (menor que 0,05), por lo que se infiere que la entrevista motivacional como intervención de enfermería es efectiva. De acuerdo con los tres parámetros de la EEA, se evidenció un aumento global en el autocuidado, de medio a alto. La entrevista motivacional logró que los participantes del estudio realizaran actividades que favorecieran el autocuidado, lo que permitió que ellos mismos reconocieran qué era benéfico para su salud o qué no.

Palabras clave: efectividad, entrevista motivacional, intervención de enfermería, autocuidado, insuficiencia cardiaca.

Palabras clave descriptor: insuficiencia cardiaca, autocuidado en salud, adaptación (psicología), entrevista psicológica.

Motivational Interviews as a Nursing Intervention to Promote Self-Care in Patients with Heart Failure in a Fourth-Level Institution in Bogotá, Colombia

Abstract

By way of a quasi-experimental study it was attempted to determine whether motivational interviews as a nursing intervention were effective in promoting self-care amongst patients with heart failure in a fourth-level hospital in Bogotá, between January and May 2012. Two self-care assessments, a base one and a later one after the implementation of motivational interviews and telephone monitoring (15 days after the first assessment) were carried out among a sample of 21 patients. The degree of improvement was then calculated according to the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale (EHFScBS), which considers three categories: compliance with the therapeutic regimen, capability of adaptation to the disease and looking for help when symptoms aggravate. Applying the non-parametrical signed-rank test, which is centred in the median, we obtained a probability of 0.0207 (less than 0.05), and it is thus to be inferred that the motivational interview as a nursing intervention is effective. According to the EHFScBS' three parameters, a general increase in self-care was observed, from medium to high. Motivational interviews brought the participants to implement activities that favour self-care, which allowed them to determine by themselves what was or was not beneficial to their health.

Keywords: Effectiveness, motivational interview, nursing intervention, self-care, heart failure.

Keywords plus: Heart failure, self-care, health, adjustment (psychology), interview, psychological.

Entrevista motivacional como una intervención de enfermagem para promover o auto-cuidado em pacientes com insuficiência cardíaca em uma instituição de nível quarto em Bogotá, Colômbia

Resumo

Mediante estudo quasi-experimental procurou-se determinar se a entrevista motivacional como intervenção de enfermagem é efetiva para promover o auto-cuidado em pacientes com insuficiência cardíaca de um hospital de nível quarto em Bogotá entre janeiro e maio do ano 2012. Com uma amostra de 21 pacientes a quem se realizou duas medições do auto-cuidado, uma basal e outra posterior à implementação da entrevista motivacional e o seguimento telefônico (realizado 15 dias após a primeira medição), determinou-se se existiu ou não melhoramento, utilizando como instrumento a Escada Europeia de Auto-cuidado (EEA), a qual considera três categorias: cumprimento do regime terapêutico, capacidade de adaptação à doença e procura de ajuda ante a exacerbação dos sintomas. Ao empregar a proba não paramétrica do signo que está centrada na mediana, obteve-se uma probabilidade de 0,0207 (menor que 0,05), pelo que se infere que a entrevista motivacional como intervenção de enfermagem é efetiva. De acordo com os três parâmetros da EEA, evidenciou-se um aumento global no auto-cuidado, de meio para alto. A entrevista motivacional conseguiu que os participantes do estudo realizassem atividades que favorecessem o autocuidado, o que permitiu que eles próprios reconhecessem o que era benéfico para a sua saúde e o que não.

Palavras chave: efetividade, entrevista motivacional, intervenção de enfermagem, auto-cuidado, insuficiência cardíaca.

Palavras chave descriptor: insuficiência cardíaca, auto-cuidado em saúde, adjustment (psicologia), entrevista psicológica.

Introducción

La insuficiencia cardiaca (IC) es una enfermedad crónica no transmisible frecuente en el mundo. Solamente en Europa y Estados Unidos afecta a más de cinco millones de personas, y así se convierte en una de las tres primeras causas de mortalidad para dichos países (1). Las estadísticas en Colombia por esta misma causa presentan un comportamiento similar a las evidenciadas internacionalmente, puesto que la tasa de mortalidad por causa de las enfermedades cardiovasculares es de 113,4 casos por cada 100.000 habitantes (2).

Los estudios que se han hecho alrededor de la IC han demostrado que la mayoría de consultas a urgencias, reingresos hospitalarios y estadías prolongadas fueron ocasionadas por la falta de adherencia a los tratamientos —una consecuencia del escaso autocuidado que posee este tipo de población— (3).

Se ha encontrado que los pacientes con IC tienen un bajo autocuidado (4); por lo tanto, es de suma importancia generar cambios positivos para disminuir las consecuencias inherentes a la enfermedad (5,6). Por tal motivo, fomentar el autocuidado en pacientes con IC se ha convertido en una de las prioridades para el profesional de enfermería, lo que conlleva la creación e implementación de estrategias como guías educativas, información por diferentes medios, participación social y comunitaria, concertación y negociación de conflictos, alianzas estratégicas y la motivación, que han demostrado ser efectivas. Sin embargo, existen nuevas estrategias como la *entrevista motivacional* y el *seguimiento telefónico*, que requieren también ser estudiados.

La presente investigación responde a una iniciativa de la línea de cuidado integral de la salud de las personas con enfermedades crónicas y se orientó a determinar si la entrevista motivacional como intervención de los profesionales de enfermería es efectiva para promover el autocuidado en los pacientes con IC.

Metodología

Tipo de estudio

Se utilizó un diseño cuasiexperimental, debido a que el control fue la medición realizada al mismo grupo de pacientes con IC, antes de la intervención y después de esta, para determinar la efectividad de la entrevista motivacional sobre el autocuidado.

Población de estudio

Para este estudio la población correspondió a 48 pacientes hospitalizados con diagnóstico de IC en una institución de cuarto nivel en Bogotá durante el periodo febrero-marzo del 2012.

Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra fue calculado utilizando un poder estadístico del 80% y un riesgo de 0,05, que corresponde a 25 pacientes, de los cuales 4 no culminaron el proceso por motivos externos al estudio. Finalmente, se obtuvo una muestra de 21 participantes.

Muestreo

La selección de los pacientes se realizó por medio de un muestreo probabilístico aleatorio simple al azar, lo cual disminuye la posibilidad de tener sesgos o errores. Ello asegura que la metodología implementada se utilice en otra población y, a su vez, permita la posibilidad de comparar los resultados con diferentes estudios o experiencias.

Los criterios de inclusión comprendieron hombres y mujeres con diagnóstico de IC clase funcional I, II y III, hospitalizados en la institución de cuarto nivel, con capacidad de comprensión, adecuado estado mental, alfabetizadas, que dispusieran de servicio telefónico y fueran residentes en Bogotá. Los criterios de exclusión fueron pacientes con IC clase funcional IV y aquellos que no pudieran ejercer su propio autocuidado.

Hipótesis de investigación

La entrevista motivacional mejora de forma global el autocuidado en pacientes con IC cuando existe una reducción ≥ 7 puntos en la Escala Europea de Autocuidado respecto a la medición basal.

Hipótesis nula (Ho): la mediana de toda la diferencia entre el puntaje basal y el puntaje postentrevista motivacional, para mejorar de forma global el autocuidado en los pacientes con IC es menor de -7 puntos en la Escala Europea de Autocuidado.

Hipótesis alterna: la mediana de toda la diferencia entre el puntaje basal y el puntaje postentrevista motivacional, para mejorar de forma global el autocuidado en los pacientes con IC es mayor o igual de -7 puntos en la Escala Europea de Autocuidado.

Se rechazará la hipótesis nula (Ho) si la distribución de la estadística de prueba es menor o igual a $\alpha = 0,05$.

Procedimiento

El estudio se desarrolló por medio de dos encuentros presenciales y un seguimiento telefónico quince días después de la primera intervención de la entrevista motivacional. Para aplicar los principios de la intervención se recibió una capacitación previa con especialistas en el tema, en la cual se aclara que la entrevista motivacional es una intervención terapéutica centrada en el paciente, que permite generar un cambio de comportamien-

to, donde el entrevistador debe propiciar un espacio de empatía y escucha reflexiva que permita que la persona explore sus ambivalencias y, de esa forma, pueda discernir entre lo que es y no es benéfico para su salud, siendo partícipe, autónomo y responsable de su proceso de salud-enfermedad.

Un metanálisis realizado por Martins (7) reflejó que de doce estudios que trabajaron el seguimiento telefónico como apoyo a la entrevista motivacional, once mostraron resultados favorables para mejorar su autocuidado. Por lo anterior, el seguimiento telefónico fue complemento de la entrevista motivacional, que reforzó el proceso de cambio en el paciente.

Con previo consentimiento informado y aceptado, durante el primer encuentro presencial se midió el grado de autocuidado de cada paciente por medio de la Escala Europea de Autocuidado y las categorías que la componen. Posterior a ello se aplicó la entrevista motivacional (30-40 minutos), espacio donde el paciente expresó preocupaciones y ambivalencias respecto a las conductas que deseaba cambiar, y si la persona lo permitía o lo solicitaba el entrevistador hacía recomendaciones pertinentes al caso. Quince días después de la primera medición se realizó el seguimiento telefónico (una llamada), que permitió reforzar la entrevista motivacional y fomentar la toma de decisiones por parte del paciente. El segundo encuentro presencial se llevó a cabo en el domicilio de cada paciente para evaluar la efectividad de la entrevista motivacional en términos de autocuidado (evaluación postintervención), aplicando la Escala Europea de Autocuidado y sus categorías.

Instrumento: Escala Europea de Autocuidado

Para evaluar el autocuidado en los pacientes con IC se aplicó la Escala Europea de Autocuidado de Yu y colaboradores (8). Este instrumento es autoadministrable y está constituido por doce ítems que abordan diferentes aspectos del autocuidado de los pacientes, distribuidos en tres categorías: 1) seis ítems relacionados con el cumplimiento del régimen terapéutico, que incluye el peso diario, restricción de sodio y líquidos, vacunación y ejercicio; 2) cuatro ítems enfocados en búsqueda de ayuda y solución cuando se incrementan los síntomas de la patología, y 3) dos ítems restantes para medir la adaptación que tiene el paciente con la enfermedad. Cada ítem se puntúa de uno a cinco, en una escala de respuesta tipo Likert, donde uno indica completamente de acuerdo/siempre, y cinco, completamente en desacuerdo/nunca. En la investigación se implementaron las tres categorías, con el fin de evaluar el nivel total de cambio de autocuidado postintervención (8).

La puntuación global oscila entre 12 y 60 puntos. Una puntuación de 12 a 27 (alto) indica un óptimo control de signos de alarma (fatiga, disnea, aumento de peso y edema), por medio de acciones dirigidas a su control. De 28 a 43 (medio) revela un adecuado control de los signos de alarma; sin embargo, indica que las personas no llevan a cabo todas las recomenda-

ciones brindadas para prevenir y controlar los síntomas de la enfermedad. Por último, de 44 a 66 (bajo) indica que a las personas se les dificulta mantener un óptimo o adecuado control de los signos de alarma, al no realizar acciones a favor del control de los síntomas de la enfermedad (9).

Esta escala cuenta con un alfa de Cronbach de 0,81, fue validada en 442 pacientes en el mundo y posteriormente fue traducida a varios idiomas, y a partir de ahí es utilizada en población colombiana (8,10,11).

Análisis y discusión de resultados

Situación sociodemográfica de los pacientes con insuficiencia cardiaca

El presente estudio consideró las características sociodemográficas como variables influyentes en el autocuidado de los participantes, por lo que se utilizó un instrumento que permitió aplicar la estadística descriptiva en el momento del análisis.

De los pacientes intervenidos, las edades oscilaron entre 43 y 85 años, con una media de 67 años. Los rangos de edad establecidos se hallaron por medio de la fórmula Sturges. De esta muestra, el 33,6% se encontraban entre 72 a 79 años de edad, siendo este rango el más afectado por la IC, lo que permite evidenciar que esta enfermedad afecta en gran medida a la población adulta mayor en Colombia.

La edad es un factor influyente en el autocuidado de cada persona, aspecto que debe ser tenido en cuenta específicamente en la población adulta mayor, en quienes sus capacidades físicas y cognitivas muestran gran deterioro, que limita así la ejecución a cabalidad de ciertas actividades de autocuidado, tal como lo señalan Van der Wal y Jaarsma (12), quienes afirman que entre más edad tenga la población, menor es el cumplimiento del régimen terapéutico de cada paciente, el cual es considerado un ítem para evaluar en el autocuidado.

Ahora bien, la edad promedio de 67 años de la población objeto no fue obstáculo para conseguir un aumento en el autocuidado, pues se observó un cambio global de nivel medio a nivel alto después de la intervención. El profesional de enfermería debe tener en cuenta esta variable, con el fin de promover intervenciones acordes con las capacidades físicas y cognitivas de los pacientes, que finalmente repercutan de manera positiva en el autocuidado.

En cuanto al sexo, el 57% de la muestra correspondió a hombres, y el 43%, a mujeres. Varios estudios reflejan que existe menor adherencia al tratamiento en hombres, en lo que respecta a que hay menor importancia de prácticas que favorezcan el mantenimiento de la salud (13). Tal situación se contrapone con el presente estudio, en el cual se encontró que el comportamiento del nivel de autocuidado fue similar tanto en hombres

como en mujeres. Se infiere, por lo tanto, que el género no condiciona la respuesta que la persona pueda tener ante las prácticas de autocuidado.

En lo que se refiere a la categoría de estado civil, el 38% estaba casado y un 38% estaba divorciado. En el estudio de Morcillo y colaboradores (14) se encontró que el 72% de la población de esa investigación estaba casado; entre tanto, con el presente estudio se duplicó el porcentaje de personas casadas. Sin embargo, según Amador, Márquez y Sabido (15), el estado civil no influye directamente en el autocuidado de la personas, al no tener un valor estadísticamente significativo sobre este.

El 52% de los participantes pertenece al estrato socioeconómico dos o nivel socioeconómico bajo, lo que de acuerdo con Achury (5) es descrito como factor de riesgo para abandono del tratamiento, por dificultades de acceso al sistema de salud. De igual forma, se debe entender que estas personas no ven la salud como una prioridad, debido a que esta situación económica sitúa a los pacientes en la posición de elegir qué necesidades satisfacer. Así, pues, se ha demostrado que “el nivel social alto [es] un factor de protección para la práctica de autocuidado a diferencia del nivel social medio y bajo, aunque sin significancia estadística” (15). La entrevista motivacional realizada por el profesional de enfermería debe considerar el nivel socioeconómico de cada individuo, a fin de comprender los determinantes de la salud que afectan directa e indirectamente la toma de decisiones y las actitudes frente a la propia salud.

Del total de la muestra, el 48% contaba con el apoyo de sus hijos y el 33% vivía con sus parejas e hijos, los cuales contribuían en la ejecución de algunas de las actividades de autocuidado, particularmente las relacionadas con el cumplimiento del régimen terapéutico y la búsqueda de ayuda. En estudios con población de características similares, la familia es el principal apoyo con el que cuentan los pacientes, tal como lo señalan Morcillo y colaboradores (14) y Gallagher, Luttik y Jaarsma (16).

El profesional de enfermería debe vincular no solo al paciente, sino también a su familia, para que esta participe de forma activa como apoyo al paciente en el manejo de su enfermedad y en la aceptación de las diferentes conductas de autocuidado.

En relación con el nivel de educación, se encontró que el 73% de los pacientes culminó la primaria; el 14%, la secundaria; el 9%, estudios técnicos, y el 4%, estudios universitarios.

Previo a la intervención, se encontró que el 76% de las personas no había recibido ningún tipo de educación acerca de su enfermedad, tratamiento y manejo, aspecto que llama la atención, puesto que una de las principales competencias de los profesionales de enfermería es la educación a los pacientes y sus familias en todo lo que concierne a la enfermedad: tratamiento farmacológico y no farmacológico, signos de descompensación y actividades de prevención, con el fin incrementar el conocimiento y el empoderamiento de los pacientes en el manejo de la enfermedad, de manera que se generen conductas de autocuidado.

Categorías de la Escala Europea de Autocuidado

La Escala Europea de Autocuidado para el paciente con IC considera tres categorías: cumplimiento del régimen terapéutico, capacidad de adaptación a la enfermedad y búsqueda de ayuda ante la exacerbación de los síntomas, las cuales permiten evaluar en los pacientes que padecen esta patología y las prácticas que realiza la persona para favorecer su proceso de salud-enfermedad. Por tal razón, para el análisis de estas categorías se diseñó una tabla de distribución de frecuencias que permitió observar la opción de respuesta (de acuerdo con la escala tipo Likert) con mayor preferencia por parte de los participantes para describir la periodicidad en que realizaban las actividades de autocuidado.

Cumplimiento del régimen terapéutico

Esta categoría comprende las preguntas que indagan acerca de actividades de autocuidado: 1 (peso diario), 9 (consumo de dieta baja en sal), 10 (toma de la medicación como se ha indicado), 6 (limitación de la cantidad de líquidos que bebe a menos de 1,5 o 2 litros diarios), 11 (vacunación contra la gripa todos los años) y 12 (hacer ejercicio regularmente).

De forma general, se evidenció que todas las preguntas de esta categoría mejoraron el puntaje después de la entrevista motivacional, principalmente las preguntas 9 y 10: consumo de dieta baja en sal y toma correcta de la medicación, respectivamente (tabla 1).

De forma particular se encontró que, antes de la intervención, el 61,9% nunca se pesaba diariamente. Tal resultado se modificó después de la intervención, al pasar a ser el 33%.

En la pregunta 6, el 42,86% de los pacientes preintervención refirieron que nunca limitan la cantidad de líquidos que beben a menos de 1,5 o 2 litros diarios, y postintervención, el 71,43% de los pacientes refirió que bebe entre 1,5 y 2 litros diarios.

Respecto a la pregunta 11, el 57,14% nunca se vacuna contra la gripa anualmente, exceptuando el 38,10%, que lo realiza siempre. Postintervención, no se encontraron mayores cambios en esta actividad de autocuidado. La pregunta 12 reflejó que el 23,81% realizaba ejercicio siempre, y después de la entrevista motivacional, el 52,38% de los pacientes mencionó siempre hacer ejercicio.

Es posible considerar que la entrevista motivacional genera cambios importantes en estas actividades, debido a que pueden ser realizadas por el paciente con ayuda de los familiares, lo que permite el empoderamiento del paciente respecto a la enfermedad y a su manejo sin requerir de forma adicional el uso de diferentes instrumentos o infraestructura adecuada para su desarrollo.

TABLA 1. Resultados del cumplimiento del régimen terapéutico en pacientes con insuficiencia cardiaca

Pregunta	Preintervención						Postintervención													
	Siempre		Casi siempre		Ocasionalmente		Casi nunca		Nunca		Siempre		Casi siempre		Ocasionalmente		Casi nunca		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	3	14,29	2	9,52	-	-	3	14,29	13	61,9	4	19,05	2	9,52	5	23,81	3	14,29	7	33,33
9	12	57,14	2	9,52	3	14,29	2	9,52	2	9,52	21	100	-	-	-	-	-	-	-	-
10	13	61,9	4	19,05	1	4,76	1	4,76	2	9,52	21	100	-	-	-	-	-	-	-	-
6	5	23,81	1	4,76	2	9,52	4	19,05	9	42,86	15	71,43	4	19,05	1	4,76	-	-	1	4,76
11	8	38,1	1	4,76	-	-	-	-	12	57,14	10	47,62	-	-	-	-	-	-	11	52,38
12	5	23,81	6	28,57	5	23,81	2	9,52	3	14,29	11	52,38	5	23,81	4	19,05	1	4,76	-	-

FUENTE: resultados de la Escala Europea de Autocuidado aplicada a pacientes con IC en una institución de cuarto nivel en Bogotá, 2012.

TABLA 2. Resultados de la capacidad de adaptación a la enfermedad en pacientes con insuficiencia cardiaca

Pregunta	Preintervención						Postintervención													
	Siempre		Casi siempre		Ocasionalmente		Casi nunca		Nunca		Siempre		Casi siempre		Ocasionalmente		Casi nunca		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2	17	80,95	2	9,52	1	4,76	1	4,76	-	-	18	85,71	2	9,52	1	4,76	-	-	-	-
7	17	80,95	2	9,52	1	4,76	1	4,76	-	-	18	85,71	2	9,52	1	4,76	-	-	-	-

FUENTE: resultados de la Escala Europea de Autocuidado aplicada a pacientes con IC en una institución de cuarto nivel en Bogotá, 2012.

Del mismo modo, junto con la red de apoyo, cada participante implementó estrategias como la lista de medicamentos y la preparación de alimentos bajos en sal. Con ello se consiguió mayor adherencia en estas prácticas de autocuidado.

Capacidad de adaptación de la enfermedad

De la categoría de capacidad de adaptación a la enfermedad hacen parte la pregunta 2, que indaga sobre la capacidad del paciente para parar y descansar cuando siente ahogo; así como la pregunta 7, relacionada con reposar un rato durante el día (tabla 2).

En esta categoría se observó que antes de realizar la entrevista motivacional en la pregunta 2, el 80,95% de los pacientes refirió que siempre al sentirse ahogados se detenían y descansaban. Por otro lado, de acuerdo con la pregunta 7, el 9,52% de los participantes casi siempre reposaba un rato en el día y tan solo el 4,76% lo hacían ocasionalmente o casi nunca. En el postest los resultados mantuvieron un comportamiento similar, pues el porcentaje de pacientes que mencionaron realizar siempre estas actividades de autocuidado se ubicó en un 85,71% y se redujo a 0% el porcentaje de pacientes que referían casi nunca descansar y reposar.

Estos resultados concuerdan con un estudio realizado por Vargas (9), en el cual tanto en el pretest como en el postest, en las dos mismas preguntas, el 89,4% de los pacientes indicó que, al fatigarse, se detienen a descansar tantas veces como sientan necesario. Ello demuestra que incluso antes de realizar la entrevista motivacional, los pacientes han evidenciado una adecuada capacidad de adaptación de la enfermedad; sin embargo, este aspecto mejoró levemente después de la intervención.

Búsqueda de ayuda ante la exacerbación de los síntomas

A la categoría de búsqueda de ayuda corresponden las preguntas referentes a contactar al médico o enfermera si la dificultad respiratoria aumenta (pregunta 3), si los pies o las piernas comienzan a hincharse más de lo habitual (pregunta 4), si aumenta dos kilos en una semana (pregunta 5) y si nota aumento de fatiga (pregunta 8) (tabla 3).

En cuanto a la pregunta 3 (contactar al médico o enfermera si aumenta la dificultad respiratoria), se encontró que el 33,33% de los pacientes afirmó hacerlo de forma ocasional, y el 23,81%, casi nunca. Estos resultados mostraron un cambio después de realizar la entrevista motivacional, ya que el 61,90% refirió consultar siempre. Dicho resultado se correlaciona en el estudio de González y colaboradores (10), en el cual los investigadores, después de realizar la intervención, encontraron que en esta pregunta hubo un cambio significativamente estadístico.

Por otro lado, los cambios obtenidos en la investigación están relacionados con lo que refirieron los participantes, quienes afirman que,

TABLA 3. Resultados de la búsqueda de ayuda en la exacerbación de los síntomas en pacientes con insuficiencia cardiaca

Pregunta	Preintervención						Postintervención													
	Siempre		Casi siempre		Ocasional-mente		Casi nunca		Nunca		Siempre		Casi siempre		Ocasional-mente		Casi nunca		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
3	4	19,05	2	9,52	7	33,33	5	23,81	3	14,29	13	61,9	5	23,81	1	4,76	2	9,52	-	-
4	4	19,05	-	-	7	33,33	5	23,81	5	23,81	12	57,14	5	23,81	1	4,76	2	9,52	1	4,76
5	1	4,76	1	4,76	1	4,76	5	23,81	13	61,9	4	19,05	2	9,52	5	23,81	6	28,57	4	19,05
8	3	14,29	2	9,52	8	38,10	5	23,81	3	14,29	13	61,9	5	23,81	1	4,76	2	9,52	-	-

FUENTE: resultados de la Escala Europea de Autocuidado aplicada a pacientes con IC en una institución de cuarto nivel en Bogotá, 2012.

al tener exacerbación de la sintomatología, esto hace que acudan a los servicios de salud.

En cuanto a la pregunta 4, en el pretest se encontró que el 33,33% de los pacientes del estudio señaló que ocasionalmente lo hacían; en el postest, el 57,14% de los pacientes indicó consultar siempre. Estos resultados se pueden contrastar con la investigación de Lupón y colaboradores (17), en que los pacientes refirieron acudir en la medida en que la exacerbación de la sintomatología se presentaba, por el temor que les generaba el hecho de tener mayores consecuencias.

Respecto a la pregunta 5, el 61,90% de los pacientes indicó nunca hacerlo, y tan solo el 4,76% de los pacientes señaló, en la misma proporción, hacerlo siempre. Esta opción de respuesta disminuyó su porcentaje luego de la intervención, pero aun así no se logró que los pacientes lo realizaran siempre. Lo anterior se relaciona en una investigación de Vargas (9), donde los pacientes no acostumbran a contactar a un médico o enfermera al aumentar dos kilos en una semana.

Este comportamiento puede asociarse a la pregunta del peso diario, ya que si los pacientes no cuentan con los dispositivos o no controlan diariamente su peso, no detectarán incrementos que requieran la búsqueda de ayuda.

Para finalizar el análisis de la categoría de búsqueda de ayuda en la pregunta 8, se encontró que en el pretest de 21 pacientes encuestados, el 38,10% ocasionalmente contacta al médico o enfermera al notar aumento de fatiga. Este dato se modifica en cierta medida después de haber realizado la intervención, ya que en el postest el 61,90% de los pacientes mencionaron hacerlo siempre. Este cambio positivo en los resultados se puede correlacionar con el estudio realizado tanto por González y colaboradores (10) como por Lupón y colaboradores (17), donde después de haber implementado la intervención durante un tiempo prolongado, se notó un cambio significativamente estadístico en este aspecto.

El panorama anterior podría deberse, en parte, a que la gran mayoría de los participantes refirió que un factor que influía negativamente en la búsqueda de ayuda al exacerbarse los síntomas de la enfermedad era la atención inoportuna por parte de las instituciones de salud colombianas. Mencionaron que el hecho de ir a urgencias indica una larga espera e ineficaz respuesta. De la misma forma, en el caso de solicitar una cita médica, esta es asignada meses después de la exacerbación de los síntomas, lo que desmotiva al paciente a buscar ayuda oportuna en cualquiera de las situaciones.

Teniendo en cuenta el análisis de cada una de las dimensiones del instrumento y los hallazgos obtenidos, se encontró que antes de la realización de la entrevista motivacional, la mayoría de los pacientes tenía un nivel de autocuidado medio, datos modificados después de la intervención, cuando se evidenció un autocuidado alto. De igual forma, es de suma importancia que el profesional de enfermería incorpore la entrevista motivacional

como herramienta para fomentar el autocuidado en los pacientes y trabaje con otros profesionales para fortalecer su aplicación. Además, cuando se conoce el comportamiento y los cambios realizados por cada uno de los pacientes, el profesional de enfermería tiene la capacidad de planificar y dirigir el apoyo, acompañamiento y seguimiento a cada uno de los pacientes para contribuir en el mantenimiento de las actividades en pro de su propia salud.

Niveles de autocuidado antes de la implementación de la entrevista motivacional y después de esta

A efectos de responder a la finalidad del estudio sobre la efectividad de la entrevista motivacional como intervención de enfermería para promover el autocuidado en pacientes con IC en una institución de cuarto nivel en Bogotá, se empleó la prueba no paramétrica del signo, que está centrada en la mediana. Toma este nombre porque son los signos + y - los que proporcionan los datos para realizar los cálculos, con la cual se obtuvo una probabilidad de 0,0207 (tabla 4).

TABLA 4. Resultados de la comparación de los niveles de autocuidado antes de la implementación de la entrevista motivacional y después de esta

Preintervención	Postintervención	Diferencia	Calificación según referente (≥ 7)
22	21	-1	+
30	18	-12	-
46	26	-20	-
20	13	-7	-
28	17	-11	-
33	19	-14	-
33	20	-13	-
31	20	-11	-
38	19	-19	-
29	19	-10	-
36	30	-6	+
25	24	-1	+
28	23	-5	+
36	23	-13	-
34	24	-10	-
37	28	-9	-
33	30	-3	+
39	17	-22	-
38	29	-9	-
37	30	-7	-
38	18	-20	-
		-	16
Total		+	5

FUENTE: resultados de la Escala Europea de Autocuidado aplicada a pacientes con IC en una institución de cuarto nivel en Bogotá, 2012.

Dado que 0,0207 es menor que 0,05 es posible rechazar la hipótesis nula y concluir que la entrevista motivacional, como intervención de enfermería para promover el autocuidado en los pacientes con IC de un hospital de cuarto nivel en Bogotá, es efectiva. Ello pudo ser el resultado de un conjunto de acciones realizadas en la intervención y otros factores que se detallan a continuación.

En primer lugar, la estructura de la intervención favoreció su implementación, ya que está organizada de forma tal que pueda generar un cambio favorable, según el cual el profesional de enfermería debe lograr erradicar las barreras, los temores y demás aspectos que impidan el desarrollo favorable de la intervención por medio de la empatía, el desarrollo de discrepancias, la disminución de la resistencia expresada por parte del paciente ante el cambio y el incentivar o evocar en el paciente la capacidad que tiene de realizar el cambio, a través de un diálogo bidireccional y una escucha reflexiva durante toda la entrevista.

Este tipo de comunicación favorece un ambiente adecuado para fomentar la motivación y la reflexión activa en el paciente e iniciará el proceso de toma de decisiones basado en la autonomía, donde el paciente escoge si desea continuar con los hábitos que tiene o los modifica. Así, de esta forma, aporta indirectamente al logro de los objetivos de la entrevista motivacional, en términos de mejoría del autocuidado.

El seguimiento telefónico como parte de la intervención permite dar continuidad al proceso iniciado, puesto que fortalece el vínculo entre el entrevistador y el paciente, así como la aclaración de dudas; además, se continúa incentivando para mejorar el autocuidado.

Por otra parte, cabe resaltar que el conocimiento que el entrevistador (en este caso el profesional de enfermería) tenga respecto a la ejecución de la entrevista motivacional influye en el éxito de la intervención; por ello es necesario haber recibido una capacitación adecuada, tener claro los conceptos de la entrevista motivacional y demostrar una gran habilidad para escuchar, sintetizar la información recibida y saber orientar la conversación dependiendo de cada caso, a fin de lograr que el mismo paciente identifique las actividades que lo favorecen y no favorecen para su salud.

Todos los componentes mencionados fortalecen la toma de decisiones pertinentes en torno a la salud del paciente y logran que la persona misma acepte sus falencias, busque la información y así genere cambios favorables. De igual forma, permite entender completamente todos los temas relacionados con su enfermedad y las actividades que deben realizar para mantener su salud, ya que ello posibilita que el profesional de enfermería, haciendo uso de la entrevista motivacional, pueda promover el autocuidado.

Además de la estructura de la entrevista motivacional es importante destacar que algunas de las características sociodemográficas, como la red de apoyo, favorecen el incremento de los niveles de autocuidado, ya que los familiares colaboran en la realización de las actividades que los

pacientes adultos mayores con comorbilidades no pueden ejecutar con facilidad; por otra parte, se puede mencionar que las actividades de autocuidado no requieren, por lo general, un aporte económico considerable o instrumentos o elementos de difícil acceso, lo cual favorece que el paciente adopte fácilmente dichas actividades.

Estudios como los de Riegel y Carlson (18); Brodie, Inoue y Shaw (19), y Paradise y colaboradores (20) indican que la entrevista motivacional es eficaz en la mejora del autocuidado en pacientes con IC. Así, los logros obtenidos son el resultado de múltiples factores, como la escucha activa, la reflexión, la colaboración y los consejos breves, que permiten cambios positivos para mejorar el autocuidado.

Conclusiones

En su gran mayoría, los pacientes del presente estudio se encuentran dentro de la población adulta mayor, con una edad promedio de 67 años; predomina el sexo masculino; hay una proporción similar entre el estado civil casado y el divorciado; son de estrato socioeconómico dos; viven en compañía de sus hijos como red de apoyo; tienen escolaridad primaria, y refieren no haber recibido educación previa sobre la enfermedad. Cabe resaltar que la red de apoyo favorece la promoción del autocuidado en el paciente con IC, ya que la familia contribuye a fortalecer las prácticas de autocuidado.

En cuanto a la categoría de búsqueda de ayuda para responder a la exacerbación de los síntomas, se determinó que obtuvo un mejor cambio la pregunta referente a contactar al médico o enfermera al notar aumento de la fatiga, ya que el paciente con IC identifica fácilmente este síntoma, debido a que interfiere en sus actividades de la vida diaria (realizar el aseo general, caminar, dormir, entre otras). Así mismo, se encontró que la entrevista motivacional llevó a los participantes del estudio a realizar siempre actividades que favorezcan el autocuidado y consiguió que ellos mismos reconozcan que es o no favorable para su salud.

En la categoría de cumplimiento del régimen terapéutico, las preguntas referentes a la toma de la medicación y una dieta baja en sal mostraron mejoría, al conseguir que todos los participantes realizaran siempre esta actividad de autocuidado luego de haberse aplicado la entrevista motivacional. Lo anterior se debe a que la red de apoyo de cada participante fortaleció tales actividades, pues se incorporaron dentro del régimen terapéutico, creando estrategias para la consecución de estas, como son la lista de medicamentos y la preparación de alimentos bajos en sal. De igual forma, la entrevista motivacional, por medio de la motivación intrínseca, permitió que cada participante se empoderara de su proceso de salud-enfermedad y tratamiento.

En la última categoría respecto a la adaptación de la enfermedad, las dos preguntas que componen esta categoría obtuvieron un porcentaje igual o superior al 80% en la opción “siempre” en la pre y en la postinter-

vención. Ello permite inferir que el paciente con IC incorpora en su vida cotidiana la pausa ante presencia de algún signo o síntoma, con el fin de sentirse cómodo y tranquilo para dar continuidad a sus actividades de la vida diaria. Así, demuestra, antes de la aplicación de la entrevista motivacional y después de esta, una adecuada capacidad de adaptación a la enfermedad.

La entrevista motivacional, como intervención de enfermería para promover el autocuidado en pacientes con IC en un hospital de cuarto nivel, fue efectiva, al obtener una significancia estadística de 0,0207. Ello permite que el profesional de enfermería pueda usar la intervención para promover el autocuidado en pacientes con esta enfermedad, puesto que al darse una motivación intrínseca, la persona es capaz de generar cambios en las conductas no favorables para su salud. Es importante resaltar que, aun cuando el profesional de enfermería cuenta con todas las capacidades para la ejecución de la intervención (la educación para la salud, la promoción para la salud, el manejo en el paciente crónico, entre otras), debe recibir una capacitación previa por parte de especialistas en el tema, para dar cumplimiento pleno a todos los principios de esta intervención.

Recomendaciones

Se recomienda llevar a cabo nuevas investigaciones acerca de la implementación de la entrevista motivacional en un periodo de seguimiento más prolongado, a fin de evaluar la efectividad de la intervención en el tiempo.

Igualmente, se recomienda implementar la entrevista motivacional como intervención de enfermería para promover el autocuidado en poblaciones con características similares y en una muestra mayor al número de personas del presente del estudio, así como en grupos de pacientes con otras patologías que generan cambios en los estilos de vida, como diabetes, hipertensión, falla renal, entre otras.

Por último, se sugiere considerar un cálculo de porcentaje de pérdida mayor al 10%, debido a las comorbilidades y consecuencias que implica esta enfermedad, pues se pretende completar el tamaño de muestra de acuerdo con el cálculo realizado y dar consecución al poder estadístico.

Referencias

1. Rodríguez L, Granados P. Cuidado al paciente con falla cardiaca. En: Enfermería cardiovascular. Bogotá: Distribuna; 2008. p 469-71.
2. Varela EA. Aspectos epidemiológicos y prevención de la falla cardiaca. Bogotá: Clínicas Colombianas de Cardiología; 2002.
3. Hunt SA, Abraham WT, Chin MH, Feldman AM, Francis GS, Ganiats TG et al. 2009 Focused update incorporated into the ACC/AHA 2005, Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults: A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2009;53(15):e1-e90.doi: 10.1016/j.jacc.2008.11.013.

4. Moser D, Watkins JF. Conceptualizing self-care in heart failure: a life course model of patient characteristics. *J Cardiovasc Nurs*. 2008;23(3):205-18.
5. Achury D. Autocuidado y adherencia en pacientes con falla cardíaca. *Aquichan*. 2007;7(2):139-60.
6. Seto E, Leonard KJ, Cafazzo JA, Masino C, Barnsley J, Ross HJ. Self-care and quality of life of heart failure patients at a multidisciplinary heart function clinic. *J Cardiovasc Nurs*. 2011;26(5):377-85.
7. Martins RK, McNeil DW. Review of motivational interviewing in promoting health behaviors. *Clin Psychol Rev*. 2009;29(4):283-93.
8. Yu DS, Lee DT, Thompson DR, Jaarsma T, Woo J, Leung EM. Psychometric properties of the Chinese version of the European Heart Failure Self-care Behaviour Scale. *Int J Nurs Studies*. 2010;48(4):458-67.
9. Vargas AP. Prácticas de autocuidado frente al tratamiento no farmacológico en personas con diagnóstico de insuficiencia cardíaca, clase funcional I, II y III, hospitalizadas en una institución de cuarto nivel de atención durante el periodo comprendido de enero a julio 2009 [trabajo tesis]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2008 [citado 2011 oct 29]. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2008/DEFINITIVA/Tesis09.pdf>.
10. González B, Lupón J, Parajón T, Urrutia A, Herreros J, Valle V. Aplicación de la Escala Europea de Autocuidado en Insuficiencia Cardíaca (EHFScBS) en una unidad de insuficiencia cardíaca en España. *Rev Esp Cardiol*. 2006;59(2):166-70.
11. Cano A et al. Prácticas de autocuidado frente al tratamiento no farmacológico en personas con diagnóstico de insuficiencia cardíaca clase funcional I, II, y III, hospitalizadas en una institución de IV nivel de atención [tesis de grado]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2008.
12. Van der Wal MH, Jaarsma T. Adherence in heart failure in the elderly: problem and possible solutions. *Int J Cardiol*. 2008;125(2):203-8.
13. Haynes RB, McDonald H, Garg AX, Montague P. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(4): CD000011. doi: 10.1002/14651858.CD000011.
14. Morcillo C, Valderas JM, Aguado O, Delás J, Sort D, Pujadas R, Rosell F. Evaluación de una intervención domiciliaria en pacientes con insuficiencia cardíaca: resultados de un estudio aleatorizado. *Rev Esp Cardiol*. 2005;58(6):618-25.
15. Amador-Díaz MB, Márquez-Celedonio FG, Sabido-Sighler AS. Factores asociados al autocuidado de la salud en pacientes diabéticos tipo II. *Archivos en Medicina Familiar*. 2007;9(2):99-107.

16. Gallagher R, Luttik ML, Jaarsma T. Social support and self-care in heart failure. *J Cardiovasc Nurs.* 2011;26(6):439-45. doi: 10.1097/JCN.0b013e31820984e1.
17. Lupón J, González B, Mas D, Urrutia A, Arenas M, Domingo M, Altimir S, Valle V. Patients' self-care improvement with nurse education intervention in Spain assessed by the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *Eur J Cardiovas Nurs.* 2006;7(1):16-20.
18. Riegel B, Carlson B. Is individual peer support a promising intervention for persons with heart failure? *J Cardiovasc Nurs.* 2004;19(3):174-83.
19. Brodie D, Inoue A, Shaw DG. Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2008;45(4):489-500.
20. Paradise V, Cossette S, Frasure-Smith N, Heppell S, Guertin MC. The efficacy of a motivational nursing intervention based on the stages of change on self-care in heart failure patients. *J Cardiovasc Nurs.* 2010;25(2):130-41.