



## ORIGINALES

### Efecto de la entrevista motivacional sobre la adherencia de pacientes cardiovasculares

Effects of motivational interviewing on cardiovascular patient adherence

Luisa Fernanda Achury Beltrán<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Magister en Enfermería Universidad Nacional de Colombia. Profesor asistente Facultad de Enfermería Pontificia Universidad Javeriana. [Colombia.achuryl@javeriana.edu.co](mailto:Colombia.achuryl@javeriana.edu.co)

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.4.341611>

Recibido: 13/09/2018

Aceptado: 5/11/2018

#### RESUMEN:

**Objetivo:** Determinar el efecto de una estrategia de enfermería basada en la entrevista motivacional, sobre la adherencia al tratamiento de pacientes en post infarto agudo de miocardio, que asisten a la fase II de un programa de rehabilitación cardiaca en Bogotá.

**Metodología:** Se usó un diseño cuasi-experimental cuya variable independiente fue la estrategia de enfermería basada en la entrevista motivacional y la variable dependiente la adherencia al tratamiento. El grupo control (n=22) recibió la intervención usual del programa de rehabilitación cardiaca, mientras que el grupo experimental (n=22) recibió de forma adicional la intervención de enfermería, la cual contempló la realización de tres sesiones de entrevista motivacional, cada una con un intervalo de una semana. La adherencia fue medida en tres momentos: al inicio del estudio y una y cinco semanas después de culminadas la intervención.

**Resultados:** El análisis inter-grupal solo evidenció cambios estadísticamente significativos en la tercera medición de la dimensión relacionada con el manejo de las situaciones tensionantes (p=0.013), no obstante, el análisis intra-grupal reveló para el grupo experimental diferencias estadísticamente significativas tanto en los resultados globales de adherencia (p=0.007) como en las dimensiones de expectativas/conductas de autoeficacia (p=0.013) y necesidad de apoyo para la adherencia (p=0.013) cinco semanas después de culminada la intervención.

**Conclusión:** La entrevista motivacional resulta ser una estrategia prometedora sobre la adherencia al tratamiento de pacientes post infarto agudo de miocardio, por lo tanto, se sugiere ampliar la investigación en el área de manera que se puedan generalizar los resultados derivados de la intervención.

**Palabras clave:** cumplimiento de la medicación, enfermería cardiovascular, entrevista motivacional, infarto del miocardio, autoeficacia..

#### ABSTRACT:

**Objective:** To determine the effect of motivational interviewing, a nursing strategy, on adherence to treatment in patients who have suffered acute myocardial infarction and attend phase II in a cardiac rehabilitation program in Bogota.

**Method:** This research used a quasi-experimental design that had a nursing strategy based on motivational interviewing as its independent variable and adherence to treatment as its dependent variable. The control group (n=22) received the usual intervention in the cardiac rehabilitation program, while the experimental group (n=22) additionally received one weekly nursing intervention session of

motivational interviewing during a three-week period. Three measures of adherence to treatment were taken: the first at the beginning of the study, the second, one week after the intervention had finished, and the third, five weeks after the intervention had finished.

**Results:** Inter-group analysis showed statistically significant changes only in the third measurement of the dimension that refers to the management of tense situations ( $p=0.013$ ). Nevertheless, intra-group analysis showed statistically significant differences for the experimental group in their global results for treatment adherence ( $p=0.007$ ) and in the expectations/self-efficacy behavior ( $p=0.013$ ), as well as for the need of support for treatment adherence ( $p=0.013$ ) five weeks after the intervention had finished.

**Conclusion:** Motivational interviewing seems to be a promising strategy for treatment adherence in patients who have suffered acute myocardial infarction. Therefore, it is advisable to continue researching in the field, so that results derived from intervention can be standardized.

**Keywords:** compliance of medication, cardiovascular nursing, motivational interview, myocardial infarction, self-efficacy.

## INTRODUCCIÓN

A pesar de la implementación de diversas estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en la actualidad, las enfermedades cardiovasculares se siguen ubicando como las principales causas de morbi-mortalidad a nivel nacional y mundial, de manera que de acuerdo con las estadísticas reportadas por el grupo *Global Burden of Disease* (GBD), las enfermedades cardiovasculares fueron para el 2016 las responsables del 17.33% de la mortalidad general a nivel mundial <sup>(1)</sup>.

Por su parte, la enfermedad coronaria es la causa individual más frecuente de muerte en todos los países del mundo, de ahí que la AHA estima que de los 85.6 millones de adultos americanos que sufren de al menos una enfermedad cardiovascular, 15.5 millones padecen de enfermedad coronaria <sup>(2)</sup>. En Colombia, según las cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), la enfermedad isquémica del corazón es la principal causa de muerte en personas mayores de 45 años generando con ello 8.403 defunciones <sup>(3)</sup>.

El infarto agudo de miocardio desencadena importantes consecuencias a nivel físico, psicológico y social, limitando con ello el desarrollo de las diferentes actividades de la vida diaria <sup>(4)</sup>. A nivel físico los pacientes experimentan una reducción de la tolerancia a la actividad física, lo que ocasiona a su vez repercusiones de tipo emocional que influyen significativamente el desempeño, la independencia tanto social como laboral y la adherencia al tratamiento <sup>(5)</sup>, situación que incrementa la posibilidad de sufrir un episodio depresivo <sup>(6,7)</sup>. Adicionalmente, los efectos fisiológicos del infarto como la angina de pecho, son capaces de desencadenar ansiedad y temor ante la nueva presencia de un evento coronario <sup>(8)</sup>, eventos que, aunados a la presencia de depresión, repercuten de manera significativa sobre el estado emocional de los pacientes.

Con respecto a la función social, ésta se ve condicionada por las repercusiones físicas y/o emocionales desencadenadas por el infarto, pues la pérdida de la independencia para el desarrollo de las diferentes actividades de la vida cotidiana y el cambio en los roles genera un deterioro de las actividades sociales con el núcleo familiar, los amigos y la comunidad. El aislamiento generado en conjunto con la reducción en la percepción de la salud y de la calidad de vida, conlleva a que los pacientes reduzcan el tiempo dedicado al trabajo u otras actividades, esta situación tiende a convertirse en un círculo vicioso, pues el aislamiento aumenta el estrés, los sentimientos de impotencia y la creencia de ser una carga para la familia, aspectos

que pueden finalmente ser condicionantes para el desarrollo de un nuevo evento coronario<sup>(9)</sup>.

Es así como la enfermedad coronaria adquiere un carácter importante de cronicidad, que hace imprescindible de parte de los pacientes una adecuada adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, lo que incluye seguir las recomendaciones, acudir a las citas programadas, evitar conductas de riesgo, consumir correctamente la medicación y realizar adecuadamente el régimen terapéutico<sup>(10)</sup>.

La literatura reporta ampliamente el carácter multicausal de la adherencia en donde no solo influyen las creencias del paciente, el tipo de enfermedad, tratamiento farmacológico, la información y el apoyo social, sino en donde la motivación también juega un papel preponderante, pues ésta guarda una estrecha relación con el valor que el individuo le asigna al seguimiento de los tratamientos y con ello a la confianza que tiene de poder seguirlos<sup>(11)</sup>. De acuerdo con Camacho y Del Campo<sup>(12)</sup>, existen un sinnúmero de definiciones sobre motivación, sin embargo, todas apuntan a una acción que implica animar a alguien hacia el aprendizaje significativo y que además facilita la explicación del comportamiento humano, pues un comportamiento motivacional transcurre a través de las fases de iniciación, alertamiento y resolución, las cuales les facilitan a los individuos la consecución de metas, como lo es la adherencia terapéutica.

La entrevista motivacional, es concebida como una metodología de comunicación clínica que puede ser desarrollada por el profesional de enfermería con el objetivo de fomentar las motivaciones personales de los pacientes y generar cambios de comportamientos en pro de la salud<sup>(13)</sup>. En ésta, el profesional de enfermería actúa como facilitador para que el individuo desarrolle su motivación intrínseca por el cambio de un comportamiento, resuelva la ambivalencia, disminuya la resistencia, incremente la confianza en sus propias capacidades (autoeficacia), decida por sí mismo las metas y adopte las medidas necesarias para convertir en realidad su intención de cambio (autocontrol). Estos aspectos son necesarios para que el paciente que ha sufrido un infarto agudo de miocardio ejerza control sobre el consumo de los medicamentos y alimentos, maneje los factores de riesgo, asista a los controles y genere un incremento de la autoeficacia, componentes indiscutibles de la adherencia terapéutica requerida para el manejo de la enfermedad<sup>(14)</sup>.

De acuerdo con Bóveda Fontán<sup>(15)</sup>, la entrevista motivacional ha sido ampliamente desarrollada como método clínico para promover cambios de conducta en los pacientes, sin embargo, en términos de los pacientes cardiovasculares, Rivera Mercado<sup>(16)</sup> encontró a nivel internacional que dicha estrategia solo ha sido estudiada en el control de factores de riesgo y resulta efectiva en el control de dieta, la actividad física y podría generar beneficios en el manejo del peso, la presión arterial sistólica y el colesterol. Por otra parte, la revisión de la literatura de Spoelstra<sup>(17)</sup> la encontró como una estrategia efectiva en la adherencia al tratamiento farmacológico, no obstante, a nivel nacional no se encontró evidencia.

Teniendo en cuenta dichos planteamientos, es indispensable que los profesionales de enfermería diseñen, implementen y evalúen la efectividad de diversas estrategias encaminadas a acrecentar la comprensión de los tratamientos instaurados e incrementar la motivación para seguirlos, consiguiendo finalmente, no solo el aumento de la adherencia al tratamiento, sino también, reduciendo a mediano y largo plazo las

repercusiones que la enfermedad coronaria puede llegar a generar sobre el desempeño de los individuos, por lo tanto el objetivo de esta investigación fue determinar el efecto de una estrategia de enfermería basada en la entrevista motivacional, sobre la adherencia al tratamiento de pacientes en pos infarto agudo de miocardio, que asisten a la fase II de un programa de rehabilitación cardiaca en la ciudad de Bogotá.

## **METODOLOGÍA**

### **Diseño**

El estudio se desarrolló a partir de un diseño cuasi-experimental en el cual se implementó una intervención de enfermería fundamentada en la entrevista motivacional con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes que habían sufrido un infarto agudo de miocardio y que asistían a la fase II de un programa de rehabilitación cardiaca, aspecto que ha sido considerado fundamental en el manejo de los pacientes en pos infarto agudo de miocardio.

### **Población de estudio y tamaño de muestra**

La población diana correspondió a los individuos que habían sufrido un infarto agudo de miocardio y que asistían a la fase II de un programa de rehabilitación cardiaca. La población accesible al estudio fueron aquellos individuos que habían sufrido un infarto agudo de miocardio y que asistían a la fase II de un programa de rehabilitación cardiaca en la ciudad de Bogotá durante el primer semestre del 2015. El tamaño de la muestra fue calculado a partir de la desviación estándar del instrumento (5.7) y con un error tipo I de 0.05, lo que correspondió a 44 pacientes, 22 para cada uno de los grupos.

### **Criterios de inclusión**

Pacientes (hombres y mujeres) que hubieran sufrido un infarto agudo de miocardio con cualquier tipo de tratamiento y que estuvieran asistiendo a la fase II del programa de rehabilitación cardiaca de la institución seleccionada; pacientes con adecuada capacidad cognitiva que les permitiera participar en la entrevista motivacional y pacientes que contaran con servicio telefónico debido a que el procedimiento de la entrevista motivacional implicó la realización de 2 sesiones a través de este medio.

### **Intervención**

El grupo control recibió la intervención usual del programa de rehabilitación cardiaca que consistía en sesiones de ejercicio supervisado y actividades educativas brindadas por el profesional de enfermería de acuerdo a las necesidades particulares de cada uno de los pacientes. El grupo de intervención recibió además del tratamiento habitual, la intervención de enfermería basada en tres sesiones de entrevista motivacional, la primera sesión se realizó de manera presencial y las otras dos de forma telefónica, cada una de ellas con un intervalo semanal.

Cada una de las sesiones determinó inicialmente el estadio de cambio o motivación en el que se encontraba el paciente (Precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento) y posterior a ello, la sesión de entrevista motivacional se

desarrolló con base en un libreto previamente diseñado para el estudio, que articula el proceso de adopción de precauciones que se basa en el modelo de Prochaska y DiClemente con los lineamientos de la entrevista, incluyendo así, posibles frases a utilizar en el desarrollo de la estrategia de acuerdo a los objetivos de la etapa motivacional en la que se encontrara el paciente.

### **Instrumento**

El instrumento utilizado se denomina “Cuestionario para medir adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad cardiovascular”, está constituido por 29 ítems y arroja un puntaje entre 29 y 174 puntos, en donde a mayor puntaje mayor adherencia al tratamiento. El instrumento reporta una adecuada consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.837 y contempla 6 dimensiones que se denominan: expectativas y conductas de autoeficacia, seguimiento a las indicaciones del personal de salud en relación con la ingesta de medicamentos y alimentos, necesidad de apoyo para la adherencia, conductas esperadas de adherencia a largo plazo, manejo de situaciones tensionantes y realización de actividad física<sup>18</sup>.

### **Procedimiento**

El estudio se desarrolló en dos fases:

La primera fase correspondió al desarrollo de la prueba piloto que incluyó 12 pacientes en pos infarto agudo de miocardio que asistían a la fase II del programa de rehabilitación cardíaca de la institución seleccionada para la investigación, con el objetivo de hacer una inmersión en el campo y refinar aspectos de la intervención. Estos pacientes no fueron incluidos en el análisis final.

La segunda fase correspondió al desarrollo de la investigación, en la cual previa firma del consentimiento informado, los participantes fueron asignados a los grupos (experimental y control) para la posterior aplicación del instrumento para medir adherencia. Los participantes del grupo control recibieron la intervención usual del programa de rehabilitación cardíaca, mientras que los pacientes del grupo experimental recibieron además del tratamiento habitual, la intervención de enfermería, finalmente, tanto a los pacientes del grupo control como experimental, les fue aplicado nuevamente el instrumento una y cinco semanas después de finalizada la intervención.

### **Procesamiento y Análisis de los Datos**

Los datos fueron tabulados en una matriz de Excel y procesados con el programa estadístico SPSS versión 22 con licencia para la Universidad Nacional de Colombia. Además de las herramientas descriptivas, la evaluación cuantitativa de la estrategia de enfermería se fundamentó en la aplicación de la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney para el análisis de los resultados entre los grupos control y experimental y la aplicación de las pruebas de Wilcoxon y el Test t de Student para evaluar la direccionalidad en el cambio de la adherencia para el análisis intragrupo.

### **Consideraciones Éticas**

Para la inclusión en el estudio, los participantes debieron ser mayores de 18 años, demostrar capacidad mental para responder el instrumento y aceptar de forma

voluntaria su participación en la investigación, aspectos que se enmarcan en la Resolución 008430 de 1993 del entonces Ministerio de Salud de la República de Colombia y las pautas éticas del consejo de Organizaciones de Ciencias Médicas y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Adicionalmente, el estudio fue avalado por los comités de ética e investigación de la Universidad Nacional de Colombia y de la institución en donde se desarrolló el estudio según las actas 06 del 14 de abril de 2014 y 07 del 24 de abril de 2014 respectivamente.

## RESULTADOS

Con respecto a los resultados de las variables sociodemográficas se encontró lo siguiente:

**Tabla 1.** Variables sociodemográficas de los participantes del estudio

| Edad                          | Grupo control (n=22) | Grupo experimental (n=22) |
|-------------------------------|----------------------|---------------------------|
| Media                         | 62.4                 | 62.1                      |
| Desviación estándar           | 8.76                 | 11.53                     |
| <b>Género</b>                 | %                    | %                         |
| Masculino                     | 68.2                 | 54.6                      |
| Femenino                      | 31.8                 | 45.4                      |
| <b>Estado civil</b>           | %                    | %                         |
| Soltero                       | 13.6                 | 13.6                      |
| Casado                        | 54.5                 | 40.9                      |
| U. libre                      | 18.2                 | 18.2                      |
| Viudo                         | 4.6                  | 22.7                      |
| Divorciado                    | 9.1                  | 4.6                       |
| <b>Escolaridad</b>            | %                    | %                         |
| Primaria                      | 22.7                 | 31.82                     |
| Bachillerato                  | 54.5                 | 36.36                     |
| Universitario                 | 18.2                 | 18.18                     |
| Especialización               | 4.6                  | 13.64                     |
| <b>Estrato socioeconómico</b> | %                    | %                         |
| 1                             | 4.6                  | 9.1                       |
| 2                             | 18.2                 | 27.2                      |
| 3                             | 59                   | 50                        |
| 4                             | 0                    | 4.6                       |
| 5                             | 13.6                 | 9.1                       |
| 6                             | 4.6                  | 0                         |
| <b>Red de apoyo</b>           | %                    | %                         |
| Esposo/a                      | 45.3                 | 27.3                      |
| Hijos                         | 36.3                 | 40.9                      |
| Esposo/a + hijos              | 4.6                  | 22.7                      |
| Hermana                       | 4.6                  | 9.1                       |
| Nuera                         | 4.6                  | 0                         |
| Amigo                         | 4.6                  | 0                         |

**Fuente:** Elaborado por la autora a partir de los resultados de investigación.

Los resultados de las variables sociodemográficas demostraron que tanto el grupo control como del grupo experimental tuvo una media de edad de 62 años y

predominio del género masculino, el estado civil casado, la escolaridad secundaria, el estrato socioeconómico 3 y una red de apoyo ofrecida por el núcleo familiar primario.

A continuación, se detallan los resultados del análisis derivado de la comparación del grupo control y el grupo experimental, tabla 2.

**Tabla 2.** Análisis Inter-grupal de la adherencia al tratamiento en cada uno de los momentos de medición

| Variable                               | Medición | Basal | 1 semana pos-intervención | 5 semanas pos-intervención |
|--|----------|-------|---------------------------|----------------------------|
| Media de adherencia Grupo control      |          | 167   | 170                       | 169                        |
| Media de adherencia Grupo experimental |          | 164   | 169                       | 167                        |
| Valor P - Prueba U de Mann-Whitney     |          | 0.068 | 0.705                     | 0.253                      |

**Fuente:** Elaborado por la autora a partir de los resultados de investigación.

El análisis de la comparación entre el grupo control e intervención contempló la interpretación de los resultados de la adherencia global en cada una de las mediciones, para lo cual se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney que permite comparar las medias de dos grupos independientes <sup>(19)</sup>, en dicho análisis no se encontraron diferencias estadísticamente significativas tras la comparación entre el grupo experimental y el grupo control.

Por otra parte, el procesamiento de los datos incluyó también el análisis intra-grupal, en el cual se compararon los resultados de la adherencia global y por dimensiones en los diferentes momentos de medición a partir de la prueba de Wilcoxon, tal como se muestra en la tabla 3.

**Tabla 3.** Resultados de la prueba de Wilcoxon para la comparación del puntaje total y por dimensiones en cada uno de los momentos de medición.

| Variable   | Grupo Control | Grupo Experim |
|--|---------------|---------------|
| <b>Diferencias entre la primera y segunda medición</b>   |               |               |
| Adherencia global.   | 0.020         | <0.0001       |
| Dimensión 1: Expectativas y conductas de autoeficacia.   | 0.011         | 0.004         |
| Dimensión 2: Seguimiento a las indicaciones del personal de salud en R/C la ingesta de medicamentos y alimentos. | 0.086         | 0.096         |
| Dimensión 3: Necesidad de apoyo para la adherencia.  | 0.340         | 0.266         |
| Dimensión 4: Conductas de adherencia a largo plazo.  | 0.480         | 0.257         |
| Dimensión 5: Manejo de las situaciones tensionantes.   | 0.081         | 0.006         |
| Dimensión 6: Realización de actividad física.  | 0.835         | 0.072         |
| <b>Diferencias entre la segunda y tercera medición</b>   |               |               |
| Adherencia global.   | 0.124         | 0.007         |
| Dimensión 1: Expectativas y conductas de autoeficacia.   | 0.499         | 0.417         |
| Dimensión 2: Seguimiento a las indicaciones del personal de salud en R/C la ingesta de medicamentos y alimentos. | 0.122         | 0.974         |

|  |       |       |
|--|-------|-------|
| Dimensión 3: Necesidad de apoyo para la adherencia.  | 0.726 | 0.066 |
| Dimensión 4: Conductas de adherencia a largo plazo   | 1.000 | 0.317 |
| Dimensión 5: Manejo de las situaciones tensionantes.   | 0.949 | 0.061 |
| Dimensión 6: Realización de actividad física.  | 0.056 | 0.049 |
| <b>Diferencias entre la primera y tercera medición</b>   |       |       |
| Adherencia global.   | 0.045 | 0.007 |
| Dimensión 1: Expectativas y conductas de autoeficacia.   | 0.048 | 0.013 |
| Dimensión 2: Seguimiento a las indicaciones del personal de salud en R/C la ingesta de medicamentos y alimentos. | 0.462 | 0.175 |
| Dimensión 3: Necesidad de apoyo para la adherencia.  | 0.132 | 0.013 |
| Dimensión 4: Conductas de adherencia a largo plazo.  | 0.414 | 0.655 |
| Dimensión 5: Manejo de las situaciones tensionantes.   | 0.134 | 0.240 |
| Dimensión 6: Realización de actividad física.  | 0.259 | 0.477 |

**Fuente:** Elaborado por la autora a partir de los resultados de investigación.

En el análisis intra-grupal del grupo control, se encontró un cambio estadísticamente significativo en la adherencia global y en la dimensión que corresponde a las “expectativas y conductas de autoeficacia”, tanto en la diferencia entre la primera y segunda medición, como en la diferencia entre la primera y tercera medición.

Con respecto al grupo experimental, las diferencias entre la primera y segunda medición dejaron ver cambios estadísticamente significativos en la adherencia global, las “expectativas y conductas de autoeficacia” y el “manejo de las situaciones tensionantes”. En relación a las diferencias entre la segunda y tercera medición, los cambios estadísticamente significativos se encontraron en la adherencia global y la “realización de actividad física”, y finalmente para las diferencias entre la primera y tercera medición, los cambios estadísticamente significativos se ubicaron en la adherencia global, las “expectativas y conductas de autoeficacia” y la “necesidad de apoyo para la adherencia”.

Finalmente, previa verificación del ajuste a la normalidad evaluado por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov, se aplicó la Prueba t de Student para evaluar la direccionalidad de la modificación en la adherencia global y junto con los intervalos de confianza para el promedio del incremento, tal como se observa en la tabla 4.

**Tabla 4.** Resultados de la prueba t de Student para evaluar la direccionalidad del cambio de en la adherencia global en los diferentes momentos de medición.

| Variable   | Grupo   | Valor p | Diferencia de promedio | Intervalo de confianza |                 |
|--|---------|---------|------------------------|------------------------|-----------------|
|  |         |         |                        | Límite inferior        | Límite superior |
| Diferencia de adherencia entre la 1ra y 2da medición | Control | 0.012   | 3,136                  | 0.7574                 | 5,5154          |
|  | Experi. | <0.001  | 5,500                  | 3,2736                 | 7,7264          |



|  |         |       |        |         |         |
|--|---------|-------|--------|---------|---------|
| Diferencia de adherencia entre la 2da y 3ra medición | Control | 0.141 | -1.181 | -2.7871 | 0.4234  |
|  | Experi. | 0.005 | -2,454 | -4,0835 | -0.8256 |
| Diferencia de adherencia entre la 1ra y 3ra medición | Control | 0.124 | 1,9545 | -0.5850 | 4.4941  |
|  | Experi. | 0.009 | 3,0454 | 0.8456  | 5,2453  |

**Fuente:** Elaborado por la autora a partir de los resultados de la investigación

La Prueba t de Student reveló en el grupo experimental cambios estadísticamente significativos en todos los momentos de medición con una  $p < 0.05$ , mientras que en el grupo control solo lo fue para la diferencia entre la primera y segunda medición. No obstante, análisis de los intervalos de confianza deja ver que dichos cambios fueron positivos en todos los momentos, excepto en la diferencia de la adherencia entre la segunda y tercera medición, lo cual es de esperarse dado el comportamiento normal de la adherencia, la cual tiende a disminuir con el tiempo en la medida en la que cesa el estímulo generado por la intervención.

## DISCUSIÓN

Con respecto a los hallazgos de las variables sociodemográficas, los resultados de la presente investigación son similares a los reportados en las estadísticas nacionales, en donde se considera que la enfermedad isquémica es característica de personas de 45 – 55 años de edad. Así mismo, Chavarriaga y colaboradores<sup>(20)</sup>, hallaron en su estudio una media de 62 años y una prevalencia de enfermedad coronaria en adultos de género masculino entre los 41 y 80 años. Por su parte Varela y Barrón López<sup>(21)</sup> encontraron que la pareja juega un papel relevante en cumplimiento de los hábitos cardiosaludables a largo plazo, de manera que ello favorece significativamente la adherencia, considerando así la presencia de familias nucleares como un factor protector, aspectos que son congruentes con los resultados del estudio. Con respecto a los niveles de escolaridad, algunos autores consideran que esta variable puede influir en la mortalidad a largo plazo después de un infarto agudo de miocardio y en la adherencia al tratamiento, pues influencia el entendimiento, la apropiación y el cumplimiento de las actividades prescritas como parte del tratamiento de la enfermedad<sup>(22)</sup>, de manera que una escolaridad media como la evidenciada en este estudio puede haber influenciado los resultados posteriores a la intervención.

Con respecto al análisis inter-grupal, los resultados no son congruentes con los reportes de la literatura en donde se evidencia que la entrevista motivacional es capaz de generar cambios de conducta necesarios para el manejo de distintas condiciones de salud, como lo es el caso de los pacientes con factores de riesgo cardiovascular<sup>(23)</sup> y enfermedades crónicas<sup>(24)</sup>; ni tampoco con los reportes de Pietrabissa y colaboradores quienes implementaron tres sesiones de entrevista motivacional a un paciente en rehabilitación cardiaca y consiguieron al final de la intervención un incremento en la sensación de control de la enfermedad y en la autoeficacia, lo que llevo al paciente a tomar responsabilidad sobre su propio proceso, cambiar comportamientos y finalmente alcanzar resultados a largo plazo<sup>(25)</sup>.

Sin embargo, estos resultados pueden estar relacionados con la duración en el tiempo de la intervención realizada, ya que un reciente meta-análisis publicado por Easthall y

colaboradores <sup>(26)</sup>, demostró que técnicas cognitivo conductuales como la entrevista motivacional, son intervenciones más eficaces en el incremento de la adherencia que la mayoría de las intervenciones educativas que se desarrollan en la práctica actual, no obstante, dichos cambios solo resultan estadísticamente significativos en estudios con una duración de la intervención entre 3 y 12 meses. En ese mismo sentido, Rubak y colaboradores <sup>(27)</sup> encontraron en su meta-análisis que la media de los periodos de seguimiento de las investigaciones fue de 12 meses con un mínimo de 2 y un máximo de 4 años, lo que los lleva a afirmar que los seguimientos prolongados en el tiempo incrementan el porcentaje de efectividad de las intervenciones.

A pesar de que la intervención implementada en esta investigación no generó cambios estadísticamente significativos en el análisis inter-grupal, debe mencionarse la relevancia clínica que trae consigo el incremento de la adherencia resultante del cambio en el comportamiento de individuos que padecen de enfermedad coronaria, pues ello repercute a mediano y largo plazo en una reducción de la morbimortalidad, mejoría de la calidad de vida y en la reincorporación de los pacientes a las diferentes actividades de la vida cotidiana. En torno a esto, es bien conocida la discusión acerca del p valor <sup>(28)</sup>, el cual, si bien refleja la probabilidad de comprobación de las hipótesis del estudio, puede variar con el tamaño de la muestra y la magnitud del cambio que se desee detectar <sup>(29)</sup>, de manera, que hace imprescindible considerar el efecto de las intervenciones desde la significancia clínica y con ello, la repercusión en la vida de los pacientes.

Adicionalmente, es importante resaltar que tras realizar el análisis inter-grupal de las dimensiones de la adherencia, se encontró una diferencia estadísticamente significativa en el manejo de las situaciones tensionantes transcurridas 5 semanas de haber culminado la intervención de enfermería sustentada en la entrevista motivacional. Un estudio piloto realizado por Fried <sup>(30)</sup> demostró que la entrevista motivacional reduce los niveles de estrés percibidos por un grupo de estudiantes y cita estudios que demuestran que al utilizar estrategias motivacionales han encontrado cambios en el estrés a lo largo del tiempo, lo cual guardaría relación con los datos obtenidos del presente estudio. También, vale la pena resaltar el déficit de conocimiento de los pacientes en relación con la importancia del manejo del estrés como parte del tratamiento de la enfermedad cardiovascular y con ello, el poco dominio de técnicas que favorecen su control, de manera que el abordaje de este tema a partir de la entrevista motivacional puede también estar relacionado con el resultado obtenido en esta dimensión.

Por otra parte, el análisis intra-grupal demostró la efectividad de los programas de rehabilitación cardíaca en términos tanto de la adherencia global, como de las expectativas y conductas de autoeficacia, ya que se evidenciaron cambios estadísticamente significativos en los diferentes momentos de medición en el grupo control, sin embargo, la intervención de enfermería basada en la entrevista motivacional fue capaz de generar cambios significativos en la adherencia global en los tres momentos y en una mayor cantidad de dimensiones, lo que ubica a la entrevista motivacional como una estrategia prometedora en la consecución de una mejor adherencia al tratamiento en los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio.

### **Limitaciones**

Se consideran dos factores que pudieron haber influenciado los resultados de la presente investigación: el alto nivel de adherencia de base con el que ingresaron los

participantes al estudio y el tamaño de la muestra de los grupos, los cuales pudieron haber limitado la identificación de modificaciones en términos de la adherencia al tratamiento.

### **Recomendaciones para estudios posteriores**

Se recomienda que investigaciones posteriores amplíen el tamaño de la muestra y realicen comparaciones en el número intervenciones, con el objetivo de determinar cuál es la cantidad ideal de sesiones de entrevista motivacional para mejorar la adherencia al tratamiento, de forma que se puedan clarificar las intervenciones que como parte del proceso educativo y de atención de enfermería, deben ser utilizadas para asegurar una mejor adherencia de los pacientes en post infarto agudo de miocardio a los diferentes tratamientos de la enfermedad.

## **CONCLUSIONES**

Las mediciones basales de la adherencia al tratamiento tanto en el grupo control como en el grupo experimental demostraron unos valores altos de adherencia, lo cual puede relacionarse con las percepciones de gravedad que genera el infarto agudo de miocardio, dado que, una peor percepción del estado de salud se relaciona con una mayor adherencia al tratamiento de la enfermedad.

El análisis inter-grupal demostró que solo existen diferencias estadísticamente significativas ( $p= 0.013$ ) en la tercera medición de la dimensión que se refiere al manejo de las situaciones tensionantes, sin embargo, el análisis intra-grupal mostró para los tres momentos de comparación una diferencia estadísticamente significativa mayor, tanto en la adherencia global como en la cantidad de dimensiones del grupo experimental versus el grupo control, lo cual resulta también clínicamente significativo dados los beneficios que ello conlleva.

La entrevista motivacional es una estrategia que pretende un cambio comportamental a partir del incremento de la autoeficacia y el autocontrol, lo cual resulta ser efectivo en el manejo de pacientes con enfermedades crónicas, por lo tanto, el profesional de enfermería debe reorientar su relación terapéutica con el fin de optimizar los resultados en términos de toma de decisiones y empoderamiento del paciente frente al manejo de su condición de salud.

La entrevista motivacional es una estrategia que puede utilizarse de forma complementaria a las actividades previamente establecidas como parte de los programas de rehabilitación cardíaca, pues dado el carácter multicausal de la adherencia, se requiere de la estructuración e implementación de diversas intervenciones dirigidas a manejar los diversos factores que la influyen, con el fin único de mejorar la calidad de vida de los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio y facilitar así, tanto su reincorporación a las actividades de la vida cotidiana, como la reducción de la incidencia de complicaciones derivadas de la situación de salud. No obstante, se requiere más investigación en el área.

## REFERENCIAS

1. Global Health Data Exchange. Institute for Health Metrics and Evaluation. University of Washington. 2016. Estados Unidos de America [Internet] [Citado 19 de Julio de 2018]. Recuperado a partir de: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
2. Mozaffarian D, Benjamin E, Go A, Arnett D, Blaha M, Cushman M, et al. Heart Disease and Stroke Statistics – 2016. Update. A report from de American Heart Association. *Circulation*. 2016;133(8):000-000.
3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Defunciones no fetales 2015, preliminar. Colombia; [Internet] [Citado 5 de julio de 2017]. Recuperado a partir de: <http://www.dane.gov.co/index.php/esp/component/content/article/118-demograficas/estadisticas-vitales/6234-defunciones-no-fetales-2015-preliminar>
4. Rios Oropesa D, Cervera Estrada L, Hernández Riera R. Reincorporación laboral en pacientes con antecedente de infarto del miocardio. *AMC*. 2013;17(4):419 – 434.
5. Núñez LY, Vargas González D, Núñez Quintero M. Psicoterapia breve con pacientes infartados en fase extra hospitalaria. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marínelo Vidaurreta [revista en internet]*. 2013 [citado 15 abril 2018];38(IV).
6. Esquivel Zúñiga MR, Garzona Navas AF, Sauma Webb AJ. Depresión post infarto agudo del miocardio: implicaciones en el manejo y la mortalidad. *Revista cúpula*. 2015;29(12):23– 31.
7. Mendoza Franco RA. Prevalencia de la depresión posterior a un episodio de infarto agudo al miocardio en Cartagena. [Tesis en internet]. [Colombia]: Universidad de Cartagena; 2012. [Citado julio de 2017]. Recuperado a partir de: <http://190.242.62.234:8080/jspui/handle/11227/1949>
8. Rodríguez Rodríguez CT. Factores emocionales en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares. Valoración actualizada desde la psicocardiología. *Rev Finlay*. 2012;2(3):158–168.
9. Vargas Toloza R, Ordoñez Pabón E, Montalvo miranda O, Díaz Torres V. Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes postinfarto agudo de miocardio. *Revista ciencia y cuidado*. 2008;5(1):40 – 50.
10. Ramos Morales LE. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Rev Cubana Angiol Cir Vasc*. 2015;16(2):175 – 189.
11. Martin Alfonso LA, Grau Abalo JA, Espinosa Brito AD. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Rev Cubana Salud Pública*. 2014;40(2):225 – 238.
12. Camacho-Miñano M, Del Campo C. Impacto de la motivación intrínseca en el rendimiento académico a través de trabajos voluntarios: un análisis empírico. *Revista Complutense de Educación*. 2015;26(1):67 – 80.
13. Droppa M, Lee H. Entrevista motivacional: un camino para mejorar la salud. *Nursing*. 2014;31(6):24 – 29.
14. Sánchez Monfort J. Entrevista motivacional para enfermería y otras profesiones sanitarias. 2017. España [Internet] [Citado 19 de Julio de 2018]. Recuperado a partir de: <http://imc-diabetes.es/wp-content/uploads/2017/01/Entrevista-motivacional-para-enfermeri%CC%81a.pdf>
15. Bóveda Fontán J, Perula de Torres LA, Campiñez Navarro M, Bosh Fontcuberta J, Barragán Brun N, Prados Castillejo JA. Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. *Aten primaria*. 2013; 45(9):486-495.

16. Rivera Mercado S, Villouta Cassinelli MF, Ilabaca Grez A. Entrevista motivacional: ¿Cuál es su efectividad en problemas prevalentes de atención primaria?. *Aten primaria*. 2008; 40(5):257-261.
17. Spoelstra SL, Schueller M, Hilton M, Ridenour K. Interventions combining motivational interviewing and cognitive behavior to promote medication adherence: a literature review. *J Clin Nurs*. 2015; 24(9-10):1163-73.
18. Achury- Beltrán LF. Validez y confiabilidad del cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de pacientes con enfermedad cardiovascular. *Aquichan*. 2017;17(4):460-471.
19. Rivas-Ruiz R, Moreno-Palacios J, Talavera J. Diferencias de medianas con U de Mann-Whitney. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2013;51(4):414-9.
20. Chavarriaga J, Beltrán J, Senior J, Fernández A, Rodríguez A, Toro J. Características epidemiológicas, clínicas, tratamiento y pronóstico de los pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo en unidad especializada. *Acta médica colombiana*. 2014;39(1):21-28.
21. Varela Montero I, Barrón López A. La influencia de la pareja en el ajuste a la enfermedad cardiaca. *Acta de Investigación psicológica*. 2016; 6(2):2459–2468.
22. Consuegra-Sanchez L, Melarejo-Moreno A, Galcera-Tomás J, Alonso-Fernández N, Díaz-Pastor Á, Escudero-Garcia G, et al. Educational level and long term mortality in patients with acute myocardial infarction. *Rev Esp Cardiol*. 2015;68(11):935-942.
23. Hardcastle S, Taylor A, Bailey M, Harley R, Hagger M. Effectiveness of a motivational interviewing intervention on weight loss, physical activity and cardiovascular disease risk factors: a randomised controlled trial with a 12 month post intervention follow-up. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2013;10(40):2 – 16.
24. Castilla Nieto R. Entrevista motivacional en el tratamiento de personas con enfermedades crónicas. *Rev Esp común Salud*. 2016;7(1):113 – 123.
25. Pietrabissa G, Ceccarini M, Borrello M, Manzoni GM, Titon A, Nibbio F, et al. Enhancing behavioral change with motivational interviewing: a case study in a Cardiac Rehabilitation Unit. *Front Psychol*. 2015;6:1-9.
26. Easthall C, Song F, Bhattacharya D. A meta-analysis of cognitive-based behavior change techniques as interventions to improve medication adherence. *BMJ open*. 2013;3(8):1–17.
27. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 2005;55(513):305 – 312.
28. Cohen J. The earth is round ( $p < .05$ ). *American psychologist*. 1994;49(12):997–1003.
29. Manterola C, Pineda V. El valor de la “p” y la “significación estadística” aspectos generales y su valor en la práctica clínica. *Rev Chil Cir*. 2008;60(1):86–89.
30. Fied R. Calmly coping: a motivational interviewing via co-Active life coaching (MI-via\_CALC) interventions for university students suffering from stress. [Tesis en internet]. [Canadá]: University of Western Ontario; 2014. [Citado noviembre de 2017]. Recuperado a partir de: <https://ir.lib.uwo.ca/cgi/viewcontent.cgi?referer=&httpsredir=1&article=3772&context=etd>

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia