

Construcción y validación de una escala de comportamientos de autocuidado para personas con insuficiencia cardiaca en población mexicana

Construction and validation of a scale of self-care behaviors for people with heart failure in Mexican population

Rey Arturo Salcedo-Álvarez,^{1a} Dulce Carolina Nava-Portillo,^{1b} Sofía Vega-Hernández^{2a}

¹Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, División de Estudios Profesionales, Ciudad de México, México

²Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, Servicio de Tanatología, Ciudad de México, México

Aprobación del proyecto por el Departamento de Investigación en Enfermería de la Institución con el número DI/TT/21/15

ORCID:

^{1a}0000-0002-5321-3996

^{1b}0000-0002-7976-4657

^{2a}0000-0003-4108-483X

Palabras clave:

Autocuidado
Insuficiencia cardiaca
Enfermería

Keywords:

Self care
Heart failure
Nursing

Correspondencia:

Rey Arturo Salcedo-Álvarez
Correo electrónico:
rasalced@hotmail.com

Fecha de recepción:

19/06/2017

Fecha de dictamen:

17/11/2017

Fecha de aceptación:

08/01/2018

Resumen

Introducción: la teoría de mediano rango de autocuidado en la enfermedad crónica representa un área de oportunidad para la promoción de prácticas saludables en enfermería (comportamientos de autocuidado y gestión de la enfermedad), además de dos procesos subyacentes: la reflexión y la toma de decisiones.

Objetivo: construir y validar un instrumento que permita evaluar y analizar los comportamientos de autocuidado en población mexicana con insuficiencia cardiaca.

Metodología: estudio observacional, transversal, descriptivo, con una muestra por conveniencia que incluyó pacientes ya diagnosticados, mayores de 18 años y sin deterioro cognitivo que aceptaron participar. El análisis se hizo mediante estadística descriptiva e inferencial no paramétrica.

Resultados: al juicio de varios expertos, la escala se evaluó como clara, comprensible y precisa; estuvo integrada en dos dimensiones (monitoreo-mantenimiento y monitoreo-gestión), que representan el 30.28% de la varianza explicada en una solución factorial confirmatoria.

Conclusiones: el estudio constituye el primer instrumento validado para medir conductas de autocuidado en población mexicana con insuficiencia cardiaca, identifica la discontinuidad en el proceso de autocuidado y facilita la selección de estrategias e intervenciones que previenen la descompensación.

Abstract

Introduction: The theory of medium range of self-care in chronic disease represents an area of opportunity for promoting healthy practices (behaviors of self-care and disease management), together with two underlying processes: reflection and decision-making.

Objective: To construct and validate an instrument for assessing and analyzing self-care behaviors in Mexican population with cardiac insufficiency.

Methods: Observational, cross-sectional, descriptive study, with a convenience sample that included patients who agreed to participate, already diagnosed, over 18 years of age, without cognitive impairment. The analysis was made using descriptive and non-parametric inferential statistics.

Results: The scale was evaluated by several experts and they concluded that it was understandable and accurate; it was integrated in two dimensions (monitoring-maintenance and monitoring-management) that represent 30.28% of the variance explained in a confirmatory factorial solution.

Conclusions: The study is the first validated instrument to measure self-care behaviors in Mexican population with cardiac insufficiency, identifies discontinuity in the self-care process and facilitates the selection of strategies and interventions that prevent decompensation.

Introducción

El cuidado es inherente al ser humano; cuidarse, cuidar y ser cuidado son funciones naturales e indispensables, vinculadas históricamente con actividades desarrolladas para mantener la vida y el bienestar personal o colectivo.¹

Con el paso del tiempo, el significado y la forma de cuidarse, así como el compromiso de asumir la responsabilidad ante el cuidado han sido una construcción compuesta por prácticas, ritos, creencias, actitudes, representaciones y conocimientos que una cultura tiene en torno a este concepto.²

Desde la corriente filosófica griega del estoicismo se planteó “el cuidado de sí” o “la práctica de sí” con un pensamiento que promovía una vida sin excesos y el cuidado no solo del cuerpo sino también del alma; por otro lado, la antropología, la ética y las ciencias sociales han contribuido y abordado a profundidad el tema del autocuidado.³

Además, el cuidado conlleva la capacidad de los individuos, familias y comunidades para realizar actividades cotidianas en su propio beneficio, al prevenir la enfermedad o hacer frente a una condición de discapacidad aguda o crónica, integrados en redes de apoyo (familiar, social y de proveedores de atención a la salud).^{4,5}

En este sentido, las prácticas de autocuidado para el caso de la insuficiencia cardiaca (IC) representan un área de oportunidad para los profesionales de enfermería, ya que es una de las enfermedades crónico-degenerativas que son consideradas como un problema de salud pública a nivel mundial, la cual debe ser valorada y atendida por los distintos niveles de atención.⁶

En 2015 la *American Heart Association* reportó que 5.7 millones de estadounidenses mayores de 20 años padecen IC; estimó una incidencia de 870 000 nuevos casos cada año y le adjudicó el 7.3% del total de las defunciones de origen cardiovascular. Entre otros datos refiere 1 023 000 casos de hospitalización por descompensación de IC con un costo de 30.7 billones de dólares.⁷

En Estados Unidos y otros países europeos se han creado líneas de investigación de enfermería enfocadas en el desarrollo de intervenciones basadas en el autocuidado para incrementar la calidad de vida, la reducción de la mortalidad y los costos sanitarios.^{8,9,10}

En México es difícil establecer la magnitud de la problemática debido a la falta de información epidemiológica nacional;¹¹ sin embargo, la complejidad que implica el fenómeno de la IC ha generado la necesidad de consolidar programas de rehabilitación cardiaca encaminados a la

prevención secundaria y a la modificación de los factores de riesgo.^{12,13}

Actualmente en el país se intenta redireccionar la atención a la salud de forma general desde un nuevo modelo de atención integral de salud (MAI), bajo la directriz de la atención primaria en salud renovada (APS), misma que utiliza el autocuidado como una estrategia metodológica con la finalidad de dar respuesta a los procesos de transición causados por un “perfil epidemiológico mixto”.¹⁴

En el año 2012 Barbara Riegel, Tiny Jaarsma y Anna Strömberg (investigadoras y docentes en la División de Ciencias de Enfermería en la Universidad de Linköping, Suecia) dieron a conocer la *teoría de mediano rango de autocuidado* en la enfermedad crónica. Según esta teoría el autocuidado en la enfermedad crónica es un proceso de mantenimiento de la salud a través de la promoción de prácticas saludables (comportamientos de autocuidado y la gestión de la enfermedad), aunado a dos procesos subyacentes: la reflexión y la toma de decisiones.¹⁵

La teoría establece tres conceptos interrelacionados:

- El *mantenimiento del autocuidado*, el cual incluye actividades para mejorar el bienestar (físico y emocional). Estas actividades son elegidas por la persona o recomendadas por un profesional de la salud o familiares.
- El *monitoreo del autocuidado* es el enlace entre el mantenimiento y la gestión. Con un seguimiento efectivo, la persona (dirigida por la conciencia somática), o su red de apoyo, se enfoca en identificar y reconocer los signos y síntomas con cambios clínicamente significativos mediante un método confiable.
- La *gestión del autocuidado* se encarga de dar respuesta a los signos y síntomas que la persona presente, mediante un proceso activo y deliberado que se desarrolla en cinco etapas: a) reconocer un cambio de estado (aparición de un signo o síntoma); b) medir el cambio; c) comprender el significado de los cambios y razonar sobre las opciones con las que cuenta para contrarrestarlos; d) implementar acciones; e) buscar que un profesional de la salud evalúe los resultados.¹⁵

En México no se ha utilizado ningún instrumento en investigación o práctica clínica que permita medir, evaluar, analizar y retroalimentar los comportamientos de autocuidado en personas con IC; de ahí la responsabilidad y necesidad de generar conocimiento científico sobre ello, motivo por el cual se propone construir y validar una escala de comportamientos de autocuidado en población mexicana con IC.

Metodología

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, sobre el nivel de autocuidado en población con IC que acudió a recibir atención y tratamiento durante el turno matutino en la clínica de IC en un instituto nacional especializado.

El cálculo de la muestra se hizo según los criterios para estudios psicométricos.¹⁶ Se seleccionaron 108 pacientes diagnosticados con IC, de forma sucesiva (hombres y mujeres) no aleatorizada, ≥ 18 años de edad, que hablaran español y aceptaran participar en el estudio al firmar un consentimiento informado; los pacientes fueron captados durante el periodo del 30 de noviembre de 2015 al 30 de enero de 2016; no se incluyeron los pacientes con nivel cognitivo inadecuado y se eliminaron los cuestionarios con el 10% de reactivos sin contestar.

La recolección de los datos se realizó con dos instrumentos: el primero fue el test PFEIFFER (detección de trastorno cognitivo en personas), el cual con una puntuación ≥ 8 indicaba un nivel cognitivo adecuado;¹⁷ dicho cuestionario incluyó una sección de datos sociodemográficos (15 ítems), estado de salud (siete ítems) y de información de autocuidado general (tres ítems); el segundo instrumento fue la Escala de Comportamientos de Autocuidado en Población Mexicana con IC, diseñada por los autores de esta investigación para ser autoaplicable.

Escala de Comportamientos de Autocuidado

Fase I: validez de contenido (análisis del concepto)

Esta fase se basó en un estudio exhaustivo de la teoría de mediano rango de autocuidado en la enfermedad crónica y en la literatura sobre los instrumentos utilizados por enfermería para medir el autocuidado en la IC, mediante una búsqueda sistemática en la plataforma *Discovery Service* que contiene las bases de datos Science Citation Index, MEDLINE, ScienceDirect, CINAHL, SciELO y Scopus, en la que se ingresaron los siguientes términos *MeSH*: *Scale, Self care, Heart failure, Patients, Nursing*.

Fase II: primera versión de la escala

Se integró una matriz con los elementos teóricos más representativos y se redactaron 19 ítems identificados en tres dimensiones y evaluados mediante una escala tipo Li-

kert que comprendía conceptos que iban de Totalmente de acuerdo (cuyo valor era 5) a Totalmente en desacuerdo (con valor 0); posteriormente, la escala fue sometida a juicio de expertos por un panel de seis enfermeras y un médico cardiólogo que pertenecían a un instituto especializado. Los expertos evaluaron la escala con un formato mediante el cual documentaron la relevancia y pertinencia de acuerdo con el índice propuesto por Lawse, que resultó de 1; consensuaron que la escala era clara (68.2%), comprensible (71.4%) y precisa (55.5%); por recomendación de los jueces, se eliminaron cuatro ítems (12,13,15 y 19) y se agregaron siete. La escala quedó conformada por un total de 22 ítems redefinidos en dos dimensiones de autocuidado de la insuficiencia cardiaca, la dimensión de *prácticas de monitoreo-mantenimiento y prácticas de monitoreo-gestión*. Los ítems se distribuyeron en positivos del 1 al 8 y del 16 al 22, y en negativos del 9 al 15 (cuadro I). En la escala de frecuencia Likert, las opciones de respuesta para el primer bloque fueron: tres o más veces por semana = 4, dos veces por semana = 3, una vez por semana = 2, solo en la consulta = 1, nunca = 0. En el segundo bloque, de acuerdo con la lógica en que se realizan las actividades de autocuidado, las opciones fueron: siempre = 4, la mayoría de las veces = 3, algunas veces = 2, rara vez = 1, nunca = 0.

Fase III: prueba piloto y versión final de la escala

Esta fase se aplicó a 20 personas y se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.92. Con base en dicha prueba se determinaron los puntos de corte en nivel alto, medio y bajo, para la medición global del comportamiento de autocuidado.

La versión final de la escala fue aplicada a 108 personas, cuyos datos fueron capturados en el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 21, y analizados mediante estadística descriptiva, inferencial no paramétrica y pruebas psicométricas.

Las consideraciones éticas fueron las establecidas en la Ley General de Salud en materia de investigación. El presente estudio se catalogó como investigación sin riesgo, ya que no se llevó a cabo ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos.

Resultados

A fin de mejorar el índice de consistencia interna alfa de Cronbach, se decidió eliminar cuatro ítems (13, 15, 20 y

Cuadro I. Matriz de datos para la Escala de Comportamientos de Autocuidado en Población Mexicana con IC

Variable	Dimensión	Indicadores ¹⁸⁻²³	Ítems
Autocuidado en la insuficiencia cardíaca	Prácticas de <i>monitoreo-mantenimiento</i>	Somatometría y signos vitales	1, 2 y 3
		Actividad física	4
		Alimentación	5 y 6
		Apego a tratamiento farmacológico	7
		Educación para el autocuidado	8
	Prácticas de <i>monitoreo-gestión</i>	Reconocimiento e identificación de signos y síntomas clínicamente significativos	9,10, 11, 12,13,14,15
		Implementación de acciones que contrarresten signos y síntomas de descompensación y buscar su evaluación por un profesional de la salud	16,17,18,19,20,21,22

Fuente: elaboración propia

22), para obtener un alfa global de 0.738, en la dimensión *monitoreo-mantenimiento* de 0.434 y la dimensión *monitoreo-gestión* de 0.767.

La estructura interna de la escala se determinó en primera instancia por un análisis factorial exploratorio (método de componentes principales bajo el criterio de extracción de factores con autovalores iguales o superiores a la unidad), el cual arrojó una estructura de siete

componentes. Sin embargo, la prueba de adecuación de muestreo KMO (0.615) y la de esfericidad de Bartlett (chi cuadrada = 461.045; gl = 153; $p = 0.000$) confirmaron la factibilidad de aplicar una reducción de factores.

Por lo tanto se fijó una solución factorial confirmatoria con la extracción de dos factores (componentes) bajo el método de rotación ortogonal varimax con Kaiser, para ser contrastado con el modelo teórico propuesto, el

Cuadro II. Análisis factorial confirmatorio con rotación varimax y alfa de Cronbach

Ítems	Factor 1	Factor 2	Alfa de Cronbach
Me peso por la mañana antes de ingerir alimentos	0.223	-	0.736
Mido y registro mi perímetro abdominal de acuerdo con las indicaciones	0.413	-	0.737
3. Acudo a que midan y registren las cifras de mi presión arterial	0.400	-	0.732
4. Hago ejercicio físico de acuerdo con las indicaciones sobre mi estado de salud	0.324	-	0.748
5. Limito la cantidad de líquidos que ingiero de acuerdo con lo que se me ha indicado	0.338	-	0.743
6. Ingiero una dieta baja en sal	0.648	-	0.729
7. Tomo los medicamentos como me lo han indicado	0.575	-	0.738
8. Solicito o acepto que el equipo de salud me proporcione información para mi cuidado	0.719	-	0.736
Reconozco e identifico [solo se aplica del ítem 9 al 13]			
9. La falta de aire (disnea)	-	0.443	0.724
10. Hinchazón de pies, tobillos o piernas (edema)	-	0.367	0.726
11. El aumento de dos o más kg de peso en una semana	-	0.515	0.731
12. El aumento de cansancio (fatiga)	-	0.515	0.690
13. Cambios en la cantidad y frecuencia en la eliminación de orina	-	0.833	0.705
Implemento alguna acción para _____ y busco que la evalué un profesional de la salud [se aplica del ítem 14 al 18]			
14. La falta de aire (disnea)	-	0.378	0.710
15. La hinchazón de pies, tobillos o piernas (edema)	-	0.641	0.723
16. El aumento de peso de más de 2 kg en una semana	-	0.681	0.704
17. El aumento de cansancio (fatiga)	-	0.344	0.732
18. Alteraciones en la cantidad y frecuencia de eliminación de orina	-	0.733	0.712

Fuente: elaboración propia

cual finalmente comprobó la bidimensionalidad de la escala, al observar la carga factorial positiva de cada uno de los ítems en relación con la dimensión propuesta, representando el 30.27 % de la varianza explicada (cuadro II).

De acuerdo con los datos sociodemográficos, el 69.4% fueron hombres y el 30.6% mujeres, con edad promedio de 59.14 ± 12.85 , en un rango de 19 a 81 años; el 51.9% vivía con una pareja (en unión libre o casado), a diferencia del 48.1% que vivían como solteros, viudos, separados o divorciados.

El 89% refirió que tenía hijos; el 69.4% provenía del centro del país, 21.3 % del sur y 9.3% del norte. Más de la mitad de los pacientes tenía nivel académico básico (55.6%), el 13.9% y el 18.5%, nivel medio y superior, respectivamente, y el 12% no tenía estudios.

El 41.7% se dedicaba al hogar, el 11.1% se encontraba desempleado y el 47.2% desempeñaba actividades profesionales u oficios con remuneración económica. En cuanto al ingreso mensual aproximado, el 66.7% reportó $\leq \$3000$, el 22.2% entre $\$3001$ y $\$6000$ pesos y solo el 11.1% ganaba más de $\$6000$ al mes.

En el 58.3% de los pacientes, la causa de IC fue una afección isquémica; en el 26.9% se presentó por otras causas, como arritmia, lesión valvular, endocarditis y enfermedades autoinmunes; sin embargo, el 14.8% de los pacientes solo reconoció que padecía una miocardiopatía. Cabe señalar que el 31% de los pacientes con IC no había recibido información sobre autocuidado.

En los pacientes con IC, el tiempo de diagnóstico osciló en una media de 4.67 ± 4.17 años. Se identificó comorbilidad, sobre todo de tipo metabólica, en 37% y cardiovas-

cular en 23.1%. Con base en la Escala NYHA (*New York Heart Association*) para la valoración funcional de insuficiencia cardíaca se identificó que el 44.4% de los pacientes estuvo calificado como clase I (no presentaban limitación a la actividad física, la actividad ordinaria no ocasionaba excesiva fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso) y el 31.5% en clase II, III, IV (de ligera, marcada limitación e incapacidad para llevar a cabo cualquier actividad física).

El puntaje global de comportamiento de autocuidado de los pacientes con IC, dio en 32% alto, en 30.6% medio y en 37% bajo; para la dimensión de *monitoreo-mantenimiento* 23.1% fue alto, 61.1% medio y 15.7% bajo; en la dimensión *monitoreo-gestión* el 52.8% fue alto, 32.4% medio y 14.8% bajo.

En el análisis inferencial se encontró que los hombres presentan un mejor autocuidado tanto global ($Z = -2.740$, $p = 0.006$) como en diabetes mellitus 2 (DM2) ($Z = -2.48$, $p = 0.013$) y esta diferencia fue estadísticamente significativa en comparación con las mujeres.

Vivir y convivir con una pareja representó una contribución positiva para el autocuidado global ($Z = -3.89$, $p = 0.000$), diabetes mellitus tipo 1 (DM1) ($Z = -2.75$, $p = 0.006$), DM2 ($Z = -3.36$, $p = 0.001$) al encontrar una diferencia estadísticamente significativa respecto a los solteros, separados o divorciados (cuadro III).

Las personas que refirieron que no utilizaban los servicios de urgencias en el último mes mostraron un mejor nivel de autocuidado global ($Z = -3.96$, $p = 0.000$), DM1 ($Z = -2.76$, $p = 0.006$), DM2 ($Z = -3.34$, $p = 0.001$), así como las que contaban con un ingreso económico de más de $\$6000$ ($\chi^2 = 8.03$, $gl = 2$, $p = 0.018$).

Cuadro III. Diferencia en el comportamiento de autocuidado de las personas con IC en relación con las variables sociodemográficas

Características	Global Media \pm DE		Valor		Dimensión 2 Media \pm DE		Valor		Dimensión 2 Media \pm DE		Valor	
			Z	p			Z	p			Z	p
Género												
Hombre	47.41	9.66	-2.74	0.006*	18.28	3.78	-1.89	-0.058	29.13	8.16	-2.48	0.013*
Mujer	41.45	10.17										
Con quién vive												
Familia	46.20	9.79	-1.06	0.287	18.07	3.60	-1.25	0.208	28.14	8.31	-0.97	0.331
Otros	42.90	11.48										
Estado civil												
Con pareja	49.18	9.40	-3.89	0.000*	18.88	3.27	-2.75	0.006*	30.30	8.03	-3.36	0.001*
Sin pareja	41.73	9.57										
Acudió a urgencias												
Sí	42.07	10.41	-3.96	0.000*	16.80	3.80	-2.76	0.006*	25.26	8.87	-3.34	0.001*
No	50.17	7.78										

Se usó prueba U de Mann Whitney = Z, $p > 0.05^*$

Discusión

El presente estudio significa un avance en la medición del autocuidado en personas con IC en México, pues comprueba el apego psicométrico de la escala en sus dos dimensiones *monitoreo-mantenimiento* y *monitoreo-gestión*, por medio de un análisis factorial confirmatorio contrastado con la teoría de mediano rango de autocuidado en la enfermedad crónica.¹⁵

Asimismo, la escala aquí descrita coincide con estudios previos que miden el comportamiento de autocuidado en personas con IC, ya que toma en cuenta aspectos de mantenimiento, gestión, reconocimiento de los síntomas, consultoría, adherencia autónoma o por recomendación de su proveedor de salud, con excepción de la autoconfianza para el autocuidado.^{9,24,25,26}

En relación con las características psicométricas se obtuvo un alfa de Cronbach global de 0.738, que es considerado un parámetro satisfactorio para escalas de medición en salud según Luján-Tangarife;²⁷ además, es una cifra que no dista de las obtenidas por Jaarsma en la Escala Europea de Comportamientos para el Autocuidado en la IC (alfa de 0.81) y Riegel con el índice de autocuidado en la IC (alfa de Cronbach de 0.76), principales autoras en el tema.^{28,29}

Un aspecto trascendente fue el precisar las categorías de respuesta en una escala Likert de frecuencia, lo cual permite cuantificar la medida en que las personas con IC refieren que llevan a cabo los comportamientos de au-

tocuidado, a diferencia de la escala Likert con opciones de respuesta, que van de Totalmente de acuerdo a Totalmente en desacuerdo, puesto que una persona puede estar totalmente de acuerdo en implementar medidas de cuidado como ingerir una dieta baja en sodio y no llevarlas a la práctica.^{30,31,32}

Se observó que la edad y el estado civil tienen un impacto sobre el nivel de autocuidado en la IC (los jóvenes y las personas con pareja alcanzaron un mayor nivel de autocuidado), a diferencia de los hallazgos de un estudio de España y otro de Colombia, los cuales infieren una nula relación entre las puntuaciones de autocuidado y las características sociodemográficas o clínicas.^{33,34}

Sin embargo, hay coincidencias en cuanto a que el ingreso económico medio o alto es un factor protector para el autocuidado (cuadros IVa, IVb), así como el género, dado que los hombres del grupo de intervención duplicaron su autocuidado y aprendieron más sobre el control de su afección cardiovascular respecto de las mujeres.

Cabe resaltar que un mejor nivel de autocuidado disminuye el índice de asistencia al servicio de urgencia por descompensación, lo cual confirma la importancia sobre el impulso del autocuidado como estrategia para solucionar la sobrecarga de pacientes, principalmente en el servicio de urgencias, tal y como lo describe Rodríguez-Artalejo cuando concluye que a menor número de actividades de autocuidado, mayor frecuencia de reingreso hospitalario (tendencia lineal $p = 0.006$).²³

Cuadro IVa. Diferencia del nivel de autocuidado de las personas con IC con las variables sociodemográficas y de salud

Características de la población	Global		Chi cuadrada	gl	p	Dimensión 1		Chi cuadrada	gl	p	Dimensión 2		Chi cuadrada	gl	p
	Media ± DE	Media ± DE				Media ± DE	Media ± DE				Media ± DE	Media ± DE			
Edad															
Adulto	56.27	5.10	32.64	2	0.000*	20.64	3.23	8.97	2	0.012*	35.64	3.80	28.40	2	0.000*
Joven	40.48	9.73				16.98	4.01				23.50	8.13			
Maduro	48.53	8.29				18.11	3.25				30.43	7.33			
Mayor															
Procedencia			4.42	2	0.110	16.20	3.22	4.67	2	0.096	24.00	7.39	3.18	2	0.203
Norte	40.20	8.52				18.29	3.73				28.33	8.84			
Centro	46.22	10.45				17.09	3.84				27.48	7.78			
Sur	44.57	9.29													
Nivel académico			2.78	3	0.425	18.92	3.17	2.06	3	0.560	24.23	10.45	3.67	3	0.299
Ninguno	43.15	11.27				17.85	3.91				28.58	8.45			
Básico	46.43	10.62				16.96	3.12				29.47	8.37			
Medio	46.40	9.29				17.80	3.86				26.25	7.18			
Superior	44.05	8.76													
Ocupación			2.58	2	0.275	16.98	3.61	5.75	2	0.56	27.20	8.48	1.27	2	0.527
Hogar	44.18	9.75				18.00	4.41				25.92	9.26			
Desempleado	43.92	11.31				18.57	3.62				28.67	8.45			
Empleado	47.24	10.17													

Se usó prueba de Kruskal-Wallis = chi cuadrada, $p > 0.05^*$

Cuadro IVb. Diferencia del nivel de autocuidado de las personas con IC con las variables sociodemográficas y de salud

Características de la población	Global Media ± DE		Chi cuadrada	gl	p	Dimensión 1 Media ± DE		Chi cuadrada	Gl	p	Dimensión 2 Media ± DE		Chi cuadrada	gl	p
Ingreso al mes (\$)															
≤ 3000	43.97	9.81	8.03	2	0.018*	17.38	3.51	8.28	2	0.016*	26.60	8.58	4.37	2	0.112
De 3000 a 6000	47.42	9.47				17.92	3.74				29.50	8.02			
> 6000	51.67	11.33				20.50	4.33				31.17	8.33			
Causa de la IC															
Isquemia	44.46	10.52	2.44	1	0.018	17.19	4.11	3.60	1	0.058	27.27	8.43	1.10	1	0.293
Miocardiopatía	48.13	12.03				19.44	3.59				28.69	10.73			
Otra	46.66	8.00				18.38	2.61				28.28	7.59			
Comorbilidad															
Cardiovascular	41.80	9.97	3.23	2	0.198	16.16	3.87	4.79	2	0.091	25.64	8.15	1.32	2	0.515
Metabólica	45.73	9.34				18.28	3.56				27.45	8.29			
Otra	44.52	10.86				17.04	3.87				27.48	9.36			
Ninguna	52.06	8.64				20.33	2.24				31.72	7.64			

Se usó prueba de Kruskal-Wallis = chi cuadrada, $p > 0.05^*$

Conclusión

El presente estudio cumplió con el objetivo de construir una escala de comportamientos de autocuidado en población mexicana con IC y demostró que tiene propiedades psicométricas (validez y confiabilidad) aceptables. Estas permiten recomendarla para uso del equipo de salud, tanto en la práctica clínica como en la investigación; sin embargo, se sugiere reforzar la confiabilidad y ampliar los criterios de validez en próximas investigaciones.

Disponer del instrumento antes mencionado permitió analizar el fenómeno para abordar la prevención secundaria como área de oportunidad para el planteamiento de un plan de trabajo que incluya el desarrollo de estrategias e intervenciones acerca de los comportamientos de autocuidado en las personas con IC. Esto debería tener alcance institucional para ser consolidado y en un futuro trascender a una red interinstitucional, a fin de que perme la gestión del autocuidado en personas con IC en todo el sistema de salud.

En relación con las estrategias que se podrían implementar con respecto a este instrumento, proponemos:

- Mantener la integración de un grupo multidisciplinario especializado, líder en desarrollar proyectos que impulsen la adopción de comportamientos de autocuidado en personas con IC.

- Incrementar el conocimiento, la habilidad práctica y la autoconfianza para el autocuidado de las personas con IC mediante los grupos psicoeducativos.
- Crear y mantener actualizado un banco de datos (número de teléfono, correo electrónico o cuentas en redes sociales), ya sean del paciente, familiares o cuidadores.

En cuanto a las intervenciones, sugerimos:

- Diseñar e integrar una consulta de enfermería para el autocuidado de forma personalizada para cada uno de los pacientes y sus cuidadores.
- Implementar una hoja de valoración de enfermería para la persona con IC.
- Diseñar y proporcionar herramientas que faciliten el registro de los comportamientos de autocuidado llevados a cabo en el hogar (carnet de registro para la TA, peso, perímetro abdominal, diario de ingesta de líquidos y sodio).
- Crear una cuenta en redes sociales que funja como plataforma electrónica y permita difundir material didáctico asertivo (videos, guías, gacetas, etcétera) que incite a la implementación cotidiana de autocuidado en las personas que padecen IC y sea un medio de educación para los familiares o cuidadores.
- Continuar con el taller teórico-práctico sobre el autocuidado de la IC.

- Implementar el telemonitoreo, es decir, operar un centro de atención de llamadas que facilite y agilice el contacto con el personal de la salud especializado para la búsqueda de ayuda al identificar signos y síntomas de una descompensación.
- Diseñar un sistema de recordatorios vía mensaje de texto que aborde actividades primordiales de autocuidado y los métodos para identificar signos y síntomas de alarma.

Finalmente, es importante destacar que este trabajo coadyuvará a que el cuidado de enfermería se enfoque también en el ámbito preventivo y con base en el conocimiento de los comportamientos de autocuidado que tiene la población mexicana se logre un mejor seguimiento de las personas que viven con IC, a fin evitar internamientos, complicaciones y muertes prematuras.

Referencias

1. Arenas-Monreal L, Jasso-Arenas J, Campos-Navarro R. Autocuidado: elementos para sus bases conceptuales. *Glob Health Promot.* 2011;18(4):42-8. Disponible en <http://ped.sagepub.com/content/18/4/42> [Consultado el 10 de noviembre de 2016].
2. Uribe-Jaramillo TM. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. *Invest educ enferm.* 1999;17(2):109-18. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5331981> [Consultado el 15 de noviembre de 2016].
3. Restrepo-Rozo JA. El estoicismo como una propuesta alternativa para la contemporaneidad. *Rev Lasallista de Investigación.* 2006;3(2):53-61. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69530210> [Consultado el 16 de noviembre de 2016].
4. World Health Organization (WHO). Self-care in the Context of Primary Health Care. Report of the Regional Consultation. Bangkok, Thailand: WHO; 2009. Disponible en http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B4301.pdf [Consultado el 16 de noviembre de 2016].
5. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
6. Barrio-Ruiz C, Parellada-Esquius N, Alvarado-Montesdeoca C, Moll-Casamitjana D, Muñoz-Segura MD, Romero-Menor C. Insuficiencia cardíaca. Perspectiva desde atención primaria. *Aten Primaria.* 2010;42(3):134-42. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656709004429> [Consultado el 10 de noviembre de 2016].
7. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, et al. Heart disease and Stroke Statistics 2015 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation.* 2015;131(4):29-322. Disponible en <http://circ.ahajournal.org/cgi/doi/10.1161/CIR.000000000000152> [Consultado el 1 de mayo de 2016].
8. Riegel B, Lee CS, Albert N, Lennie T, Chung M, Song EK, et al. From novice to expert: confidence and activity status determine heart failure self-care performance. *Nurs Res.* 2011; 60(2):132-8.
9. Jaarsma T, Arestedt KF, Mårtensson J, Dracup K, Strömberg A. The European Heart Failure Self-care Behaviour scale revised into a nine-item scale (EHFScB-9): a reliable and valid international instrument. *Eur J Heart Fail.* 2009;11(1):99-105. Disponible en <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1093/eurjhf/hfn007/full> [Consultado el 20 de octubre de 2015].
10. Sánchez-Reyes E, Pinal-Moreno E, Ortega-Vargas MC. Guía clínica de enfermería del enfermo con insuficiencia cardíaca. *Arch. Cardiol. Méx.* 2007;77(Suppl 1):91-5. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402007000500013 [Consultado el 20 de octubre de 2015].
11. Blair JE, Huffman M, Shah SJ. Heart failure in North America. *Curr Cardiol Rev.* 2013;9(2):128-46. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3682397/> [Consultado el 1 de mayo de 2015].
12. Orea-Tejeda A, Castillo-Martínez L, Férrez-Santander S, Ortega-Sánchez A. Programa Nacional de Registro de Insuficiencia Cardíaca. Resultados de un estudio multicéntrico mexicano. *Med Int Mex.* 2004;20(4):243-52.
13. Pinson-Guerra AG. Participación y proyección de enfermería en los programas de rehabilitación cardíaca. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica.* 2000; 8(1-4):35-41. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2000/en001-4g.pdf> [Consultado el 18 de octubre de 2015].
14. Secretaría de Salud. Modelo de Atención Integral de Salud (MAI) documento de arranque. Primera edición [Internet] México: Secretaría de Salud, 2015. Disponible en <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/83268/ModeloAtencionIntegral.pdf>
15. Riegel B, Jaarsma T, Strömberg A. A middle-range theory of self-care of chronic illness. *Adv Nurs Sci.* 2012;35(3):194-204.
16. Argibay JC. Muestra en investigación cuantitativa. *Subj. procesos cogn.* 2009; 13(1):13-29. Disponible en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73102009000100001 [Consultado el 1 de mayo de 2015].
17. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc.* 1975;23(10):433-41.
18. Santos SAZM, Saraiva OKR, Oliveira SKR, Costa VCM. Cliente portador de insuficiencia cardíaca - demandas de autocuidado. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.* 2004;8(2):243-50. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127717713011> [Consultado el 8 de mayo de 2015].
19. Rabelo RE, Aliti BG, Linch CGF, Sauer MJ, Mello FSA, Martins MS et al. Manejo não farmacológico de pacientes com insuficiencia cardíaca descompensada: estudo multicêntrico - EMBRACE. *Acta paul. Enferm.* 2012;25(5):660-5. Disponible en http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000500003 [Consultado el 8 de mayo de 2015].
20. Moreira RL, Omura CM. Tratamento não medicamentoso da insuficiencia cardíaca. *Rev Enferm UNISA.* 2003;4(4):29-31. Disponible en: <http://happyslide.org/doc/621804/tratamento-n%C3%A3o-medicamentoso-da-insufici%C3%A2ncia-card%C3%ADaca> [Consultado el 3 de junio de 2015].
21. McMurray JV, Adamopoulos S, Anker DS, Auricchio A, Bohm M, Dickstein K, et al. Guía de práctica clínica de la ESC sobre diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardíaca aguda y crónica 2012. *Rev Esp Cardiol.* 2012;65(10):938.e1-e59. Disponible en <http://www.revescardiol.org/es/guia-practica-clinica-esc-sobre/articulo/90154894/> [Consultado el 3 de junio de 2015].
22. Rodríguez-Gázquez Mde A, Arredondo-Holguín E, Salamanca-Acevedo YA. Capacidad de agencia de autocuidado y factores relaciona-

- nados con la agencia en personas con insuficiencia cardíaca de la ciudad de Medellín (Colombia). *Enferm. Glob.* 2013;12(30):183-95. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200009 [Consultado el 15 de junio de 2015].
23. Rodríguez-Artalejo F, Guallar-Castillón P, Montoto-Otero C, Conde-Herrera M, Carreño-Ochoa C, Tabuenca-Martín AI et al. El autocuidado y el conocimiento del manejo de la enfermedad predicen la rehospitalización en ancianos con insuficiencia cardíaca. *Rev Clin Esp.* 2008;208(6):269-75. Disponible en <http://www.revclinesp.es/es/el-autocuidado-el-conocimiento-del/articulo/S0014256508717442/> [Consultado el 20 de junio de 2015].
 24. Vellone E, Riegel B, Cocchieri A, Barbaranelli C, D'Agostino F, Antonetti G, et al. Psychometric Testing of the Self-Care of Heart Failure Index Version 6.2. *Res Nurs Health.* 2013;36(5):500-11.
 25. Vellone E, Jaarsma T, Strömberg A, Fida R, Arestedt K, Rocco G, et al. The European Heart Failure Self-care Behaviour Scale: new insights into factorial structure, reliability, precision and scoring procedure. *Patient Educ Couns.* 2014;94(1):97-102.
 26. Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B. An Update on the Self-Care of Heart Failure Index. *J Cardiovasc Nurs.* 2009;24(6):485-97. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2877913/> [Consultado el 28 de febrero de 2017].
 27. Luján-Tangarife JA, Cardona-Arias JA. Construcción y validación de escalas de medición en salud: revisión de propiedades psicométricas. *Arch Med.* 2015;11(3): e1. Disponible en <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/construccion-y-validacion-de-escalasde-medicin-en-salud-revisin-depropiedades-psicomtricas.php?aid=6694> [Consultado el 28 de febrero de 2017].
 28. Jaarsma T, Stromberg A, Mårtensson J, Dracup K. Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *Eur J Heart Fail.* 2003 Jun;5(3):363-70.
 29. Riegel B, Carlson B, Moser D, Sebern M, Hicks F, Roland V. Psychometric testing of the self-care of heart failure. *Index. J Card Fail.* 2004;10(4):350-60.
 30. Köberich S, Glattacker M, Jaarsma T, Lohrmann C, Dassen T. Validity and reliability of the German version of the 9-item European Heart Failure Self-care Behaviour Scale. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2013;12(2):150-8.
 31. Uchmanowicz I, Loboz-Rudnicka M, Jaarsma T, Loboz-Grudziér K. Cross-cultural adaptation and reliability testing of Polish adaptation of the European Heart Failure Self-care Behavior Scale (EHF-ScBS). *Patient Prefer Adherence.* 2014;8:1521-6.
 32. Feijó MK, Ávila CW, de Souza EN, Jaarsma T, Rabelo ER. Cross-cultural adaptation and validation of the European Heart Failure Self-Care Behavior Scale for Brazilian Portuguese. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2012;20(5):988-96.
 33. Camargo-Rojas CM, Córdoba-Rojas DN, Guio-Reyes AM. La entrevista motivacional como intervención de enfermería para promover el autocuidado en pacientes con insuficiencia cardíaca en una institución de cuarto nivel en Bogotá, Colombia. *Investig. Enferm.* 2013;15(1):31-49.
 34. 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.
-
- Cómo citar este artículo: Salcedo-Álvarez RA, Nava-Portillo DC, Vega-Hernández S. Construcción y validación de una escala de comportamientos de autocuidado para personas con insuficiencia cardíaca en población mexicana. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2018;26(2):73-81.