

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

RELACIÓN ENTRE LA AUTOEFICACIA Y LAS CONDUCTAS PROMOTORAS DE
SALUD EN PERSONAS CON CÁNCER QUE ASISTEN A LA ASOCIACIÓN
FUNCAVIDA: UN ANÁLISIS DESDE EL MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD
DE NOLA PENDER.

Trabajo Final de Investigación Aplicada sometido a la consideración de la Comisión del
Programa de Estudios de Posgrado en Ciencias de la Enfermería para optar al grado y título
de Maestría Profesional en Enfermería Oncológica y Hematología.

ADRIÁN ÁLVAREZ BRICEÑO
ANDREA ARAYA RODRÍGUEZ

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2022

Dedicatoria

A nuestras familias, que sin su apoyo incondicional durante todo este proceso no habría sido posible llegar a la meta.

Adrián y Andrea

Agradecimiento

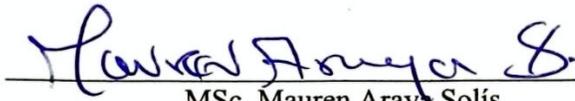
A FUNCAVIDA, ya que sin su colaboración y apertura, el desarrollo de esta investigación no habría sido posible.

A la profesora Ana Laura Solano López, por todo su apoyo y guía durante todo el recorrido.

Agradecemos infinitamente haber creído en nosotros y darnos el impulso para seguir adelante. Infinitas gracias.

Adrián y Andrea

“Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Ciencias de la Enfermería de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Maestría Profesional en Enfermería Oncológica y Hematología.”



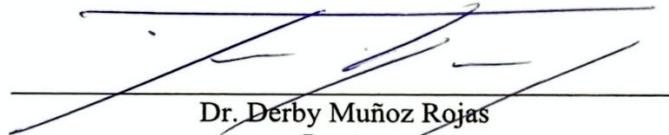
MSc. Mauren Araya Solís

Representante de la Decana del Sistema de Estudios de Posgrado



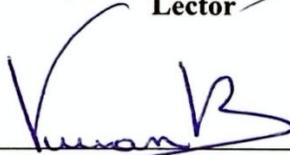
Dra. Ana Laura Solano López

Profesora Guía



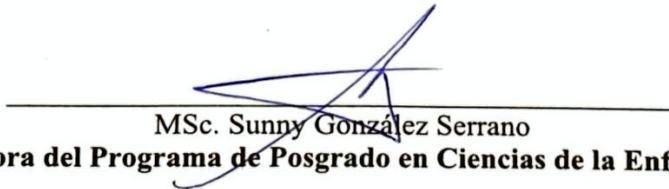
Dr. Derby Muñoz Rojas

Lector



Dra. Vivian Vilchez Barboza

Lectora



MSc. Sunny González Serrano

Directora del Programa de Posgrado en Ciencias de la Enfermería



Adrián Arturo Alvarez Briceno

Sustentante



Andrea Araya Rodríguez

Sustentante

Tabla de Contenidos

Dedicatoria y agradecimientos	ii
Hoja de Aprobación	iii
Tabla de Contenidos.....	iv
Resumen.....	vi
Lista de Tablas	vii
Lista de Figuras	vii
Lista de Abreviaturas	viii
Capítulo I Introducción	2
1.1 Introducción	2
1.2 Justificación.....	6
1.3 Pregunta de investigación	17
1.4 Objetivos	18
1.4.1 Objetivo general.....	18
1.4.2 Objetivos específicos.....	18
1.5 Hipótesis.....	18
Capítulo II Marco Referencial.....	23
2.1 Marco conceptual.....	20
2.1.1 Enfermería.....	20
2.1.2 Enfermería Oncológica	22
2.1.3 Conductas de salud.....	23
2.1.4 Autoeficacia	25
2.2 Marco Teórico.....	27
2.2.1 Modelo de Promoción de la Salud	29
2.2.2 Conceptos y definiciones del modelo de Pender.....	31
2.3 Marco Empírico	39
2.3.1 Antecedentes relacionados a la autoeficacia.....	39
2.3.2 Antecedentes relacionados al estilo de vida promotor de salud.....	45
2.3.3 Antecedentes entre autoeficacia y estilos de vida promotor de salud.....	47
Capítulo III Marco Metodológico.....	53
3.1 Diseño y tipo de investigación	54
3.2 Lugar de la Investigación.....	55
3.3 Población de Estudio y Muestra.....	55
3.4 Criterios de Inclusión y exclusión.....	55

3.5 Sistema de variables.....	56
3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	66
3.6.1 Cuestionario sociodemográfico.....	66
3.6.2 Escala estilo de vida promotor de salud II.	66
3.6.3 Escala de autoeficacia de enfermedades crónicas.	67
3.7 Procedimientos de reclutamiento y recolección de datos	68
3.8 Análisis de los Datos.....	69
3.9 Consideraciones Éticas.....	70
3.10 Confidencialidad y resguardo de la información	74
Capítulo IV Resultados.....	75
4.1 Selección de la población.....	76
4.2 Características sociodemográficas	77
4.3 Datos oncológicos de la población.....	79
4.4 Autoeficacia para el manejo de enfermedades crónicas	83
4.5 Conductas promotoras de salud	87
4.6 Correlación de las variables principales.....	92
Capítulo V Discusión.....	94
5.1 Datos personales.....	96
5.2 Autoeficacia	100
5.3 Conductas promotoras en salud	104
5.4 Relación entre la autoeficacia y las conductas promotoras en salud	112
5.5 Limitaciones del estudio	117
Capítulo VI Conclusiones y Recomendaciones.....	119
6.1 Conclusiones	120
6.2 Recomendaciones.....	122
Bibliografía	125
Anexos	136
Anexo 1: Consetimiento informado	137
Anexo 2. Cuestionario de recolección de datos	142

Resumen

Introducción: En el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender se establece que hay factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales que al interactuar con las características y experiencias individuales producen respuestas específicas de conducta y un resultado final (conducta promotora de salud). Donde la autoeficacia resulta ser un componente importante al ser el juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud. Por lo que resulta interesante para la Enfermería Oncológica, ya que trabajar en estos factores en las personas con cáncer puede influir en la adopción y modificación de estilos de vida promotores de salud. Por lo que el objetivo de este trabajo es analizar la relación entre autoeficacia y las conductas promotoras en salud en personas con cáncer que asisten a la asociación FUNCAVIDA. **Metodología:** Estudio cuantitativo descriptivo de tipo correlacional y corte transversal. Población conformada por 60 personas con cáncer que asisten a FUNCAVIDA. La recolección de datos fue por un instrumento autoadministrado, conformado por tres partes: cuestionario sociodemográfico, Escala de autoeficacia de enfermedades crónicas y Escala estilo de vida promotor de salud II. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva e inferencial (coeficiente de correlación de Pearson). **Resultados y discusión:** Variable Autoeficacia: Autoeficacia de Enfermedades Crónicas total en promedio de 7.46. Variable Conductas promotoras de salud: participantes en total obtuvieron en promedio puntaje de 2.62, lo que significa realizan “algunas veces” las conductas. Se obtuvieron promedios más altos en las dimensiones de crecimiento espiritual, relaciones interpersonales y responsabilidad en salud, y más bajos en las dimensiones de manejo del estrés, nutrición y actividad física. Correlación de las variables principales: existe una correlación significativa positiva ($r=.35, p<0.05$) entre la autoeficacia para el manejo de enfermedades crónicas y las conductas promotoras de salud de las personas participantes, mostrando un tamaño de efecto mediano. **Conclusiones:** se corroboró la hipótesis propuesta, ya que las personas adultas con cáncer que tienen un alto nivel de autoeficacia percibida tendrán mejores conductas promotoras de salud. **Palabras claves:** Modelo de Promoción de la Salud, Nola Pender, Autoeficacia Percibida, Conductas Promotoras de Salud, Enfermería Oncológica, FUNCAVIDA

Lista de Tablas

Tabla 1.....	07
Tabla 2.....	78
Tabla 3.....	84
Tabla 4.....	86
Tabla 5.....	87
Tabla 6.....	90
Tabla 7.....	92

Lista de Figuras

Figura 1.....	08
Figura 2.....	11
Figura 3.....	32
Figura 4.....	38
Figura 5.....	79
Figura 6.....	80
Figura 7.....	82
Figura 8.....	83

Lista de Abreviaturas

7-DPARQ	7-Day Physical Activity Recall Questionnaire
ASCO	American Society of Clinical Oncology
BCDMQ	Breast Cancer Decision-Making Questionnaire
CEC-UCR	Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica
FUNCAVIDA	Fundación Calidad de Vida para las personas con Cáncer
GEPAC	Grupo Español de Pacientes con Cáncer
HPLP	Health-Promoting Lifestyle Profile
INEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
ITU	Infección del tracto urinario
MHLC	Multidimensional health locus of control
MPS	Modelo de Promoción de la Salud
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
PRQ-II	Personal Resource Questionnaire-II
RDCQ	Reaction to the Diagnosis of Cancer Questionnaire
RNT	Registro Nacional de Tumores
SEMCD-S	Self-Efficacy to Manage Chronic Disease Scale



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Andrea Araya Rodríguez, con cédula de identidad 206330556, en mi condición de autor del TFG titulado RELACIÓN ENTRE LA AUTOEFICACIA Y LAS CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD EN PERSONAS CON CÁNCER QUE ASISTEN A UNA ASOCIACIÓN FUNCAVIDA: UN ANÁLISIS DESDE EL MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA PENDER.

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI NO *

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.


FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Adrián Arturo Alvarez Briceño, con cédula de identidad 1-1478-0495, en mi condición de autor del TFG titulado RELACIÓN ENTRE LA AUTOEFICACIA Y LAS CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD EN PERSONAS CON CÁNCER QUE ASISTEN A LA ASOCIACIÓN FUNCAVIDA: UN ANÁLISIS DESDE EL MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA PENDER

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI NO *

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

Adrián Álvarez B

FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

Capítulo I

Introducción

1.1 Introducción

Actualmente el cáncer es una de las enfermedades con mayor prevalencia en la población mundial. Con una alta incidencia y mortalidad, se ha convertido en uno de los principales puntos de acción y lucha por parte de las instancias sanitarias. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se calcula que en el 2005 murieron de cáncer 7,6 millones de personas y que en los próximos 10 años morirán 84 millones más si no se emprenden acciones. (OMS, 2013)

Toda la población está propensa a padecer cáncer, en ocasiones por factores genéticos o hereditarios. El cáncer también está asociado al contexto en el que se desenvuelve cada individuo, al acceso a los servicios de salud, al tratamiento oportuno y eficaz, redes de apoyo y asistencia; esto por su parte se desprende del desarrollo del país. Por tanto, el cáncer es una enfermedad que se define y se desarrolla desde un nivel macrosocial, y se diluye en aquellas personas que lo padecen. Estas personas deben desarrollar herramientas de afrontamiento para que puedan afrontar las necesidades que surjan en este proceso.

Una de las principales causas recae sobre los estilos de vida poco saludables de la población; Gil Villa (2012) afirma “Las enfermedades, comunes y graves, se deben a varios factores de riesgo que tienen que ver en buena parte con el estilo de vida” (p.23) Sin embargo, el autor añade que esto no es un problema individual, sino que se ve inmerso en la comunidad, especialmente en el acceso de cada persona al sistema de salud, en donde lamentablemente hay un sector importante de la población que se ve excluido y por tanto más vulnerable.

Es aquí, donde entran en función las conductas de salud, y cómo estas inciden en el abordaje de la propia salud de un individuo para manejar la enfermedad y prevenir las complicaciones por medio de acciones promotoras de salud. "Las conductas en salud, son

conductas que adoptan las personas para mejorar o para conservar la salud. Las conductas inapropiadas de salud son importantes no solo porque conllevan enfermedades, sino también porque fácilmente pueden convertirse en hábitos inadecuados de salud.” (Gallegos Cerón, 2018, p.47). Este comportamiento también se ve influenciado de forma importante o hasta inherente, en el entorno en el que se desarrolla la persona, sus experiencias personales y las conductas aprendidas.

Es por esto, que el autocuidado o autogestión que posea la persona va a incidir en las conductas de salud que adopten las personas. La adopción de estilos de vida saludables en personas con cáncer depende de varias capacidades que poseen las personas para enfrentarse a las distintas situaciones que se presentan a lo largo de la vida y que van a favorecer o al contrario a repercutir de forma negativa en sus comportamientos de salud. Estos comportamientos pueden verse marcados por experiencias previas y por características propias de la persona que ha ido adoptando a lo largo de su existencia y su interacción con el entorno. A esto se asocia directamente la conducta promotora de la salud y la autoeficacia, que ambas modelan la calidad de vida que pueda tener el individuo.

Raile & Marriner (2011) definen la autoeficacia desde el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Nola Pender como el juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud. La autoeficacia percibida influye sobre las barreras de acción percibidas, de manera que la mayor eficacia lleva a unas percepciones menores de las barreras para el desempeño de esta conducta. (p.438).

Entre mayores y más eficaces sean las herramientas como la autoeficacia que posea el individuo para afrontar situaciones relacionadas con su salud, tendrá mayor capacidad resolutive. Es por esto que, el impacto de una enfermedad en la persona, en este caso

hablando sobre procesos oncológicos, puede variar dependiendo de factores asociados directamente a la misma, más que por la enfermedad en sí.

La calidad de vida se verá influida no solamente por la enfermedad y su tratamiento, sino que también inciden características y circunstancias personales del paciente, produciendo de esta manera respuestas diferentes ante un mismo diagnóstico (Reich & Remor, 2010).

Esto es lo que propone en su modelo, la enfermera Nola Pender, quien afirma que, a partir de características y experiencias individuales, la conducta cognitiva y perceptiva del individuo se va a ver influenciada y esto a su vez va a generar un resultado conductual, que puede desarrollarse como factor protector o al contrario, puede que imposibilite la capacidad de fomentar su salud. El modelo de promoción de la salud “(...) pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden” (Aristizábal, Blanco, Sánchez, & Ostiguín, 2011, p.17).

Pender expone cómo las características y experiencias individuales, así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta, como la autoeficacia, llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud.

Esto es muy importante en el ámbito de la enfermería oncológica, dado que, como profesionales en esta área, se debe promover conductas facilitadoras en salud, para favorecer el proceso que implica el padecimiento de cáncer. Esto entonces no sólo se desprende de las acciones generalizadas que se instauran en la población para mantener la salud, va más a fondo, implica conocer a la persona, sus características, su entorno, su papel dentro de su grupo social, su posibilidad de acceso a los servicios de salud, las redes de apoyo. Estos

factores externos, impactan a la persona que, dependiendo sus experiencias y conductas resolutivas, puede autogestionar su salud, en medio de un padecimiento como lo es el cáncer.

En la presente investigación, se analizó a partir del Modelo de Nola Pender, la relación que existe entre la autoeficacia y las conductas promotoras en salud de personas con cáncer que forman parte de la Fundación para la Calidad de Vida (FUNCAVIDA), en San Ramón de Alajuela

1.2 Justificación

El cáncer es uno de los problemas más importantes de salud tanto en el mundo como en nuestro país. La incidencia y mortalidad por enfermedades oncológicas ha ido en aumento con el pasar de los años en la población costarricense. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) (2017) las defunciones por cáncer han aumentado más del doble en los últimos 45 años, ya que en 1970 representaron 9,7% de las defunciones y para el 2016 ese dato llegó a 21,3%. Además, de acuerdo con proyecciones del XIX Informe del Estado de la Nación (2013), en el periodo del 2013 al 2030 las principales causas de deceso en Costa Rica serán las enfermedades cardiovasculares y en el segundo lugar lo ocupará el cáncer (ver tabla 1). Dicho informe estima que “el total de decesos crecerá un 49% entre 2013 y 2030, como resultado del aumento acelerado de los fallecimientos por cáncer de próstata e infarto al miocardio” (Estado de la Nación, 2013, p. 87).

A su vez, los datos proporcionados por el Registro Nacional de Tumores (RNT) indican que para el 2014 fueron nueve tipos de tumores malignos los que concentraron el 75,8 % de los casos, siendo el tumor maligno de la piel el que tuvo la mayor incidencia ese año (25%). Pero al hablar de mortalidad es el tumor maligno del estómago el que se presenta como la principal causa de muerte. (INEC, 2017)

Asimismo, resulta interesante el análisis de las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer según el sexo (ver figura 1), ya que resalta que las mujeres tienen mayores porcentajes de incidencia que los hombres, pero menores porcentajes de mortalidad. Lo cual puede ser explicado por el hecho que las mujeres hacen más uso de los servicios de salud que los hombres, lo que genera un subregistro de los casos nuevos y una elevada mortalidad en hombres que consultan en etapas avanzadas de la enfermedad. (INEC, 2017)

Tabla 1

Costa Rica: Proyecciones del número de muertes según las primeras cinco causas específicas de muerte. 2013, 2020 y 2030

Causa específica de muerte	2013	2020	2030
Infarto agudo al miocardio (no especificado) (I219)	1.641	1.744	1.928
Cáncer de estómago (no especificado) (C169)	571	566	582
Persona lesionada en accidente de tránsito, de vehículo de moto no especificado (V892)	508	598	734
Cáncer de próstata (C610)	416	533	806
Enfermedad isquémica del corazón (no especificado) (I259)	491	527	595

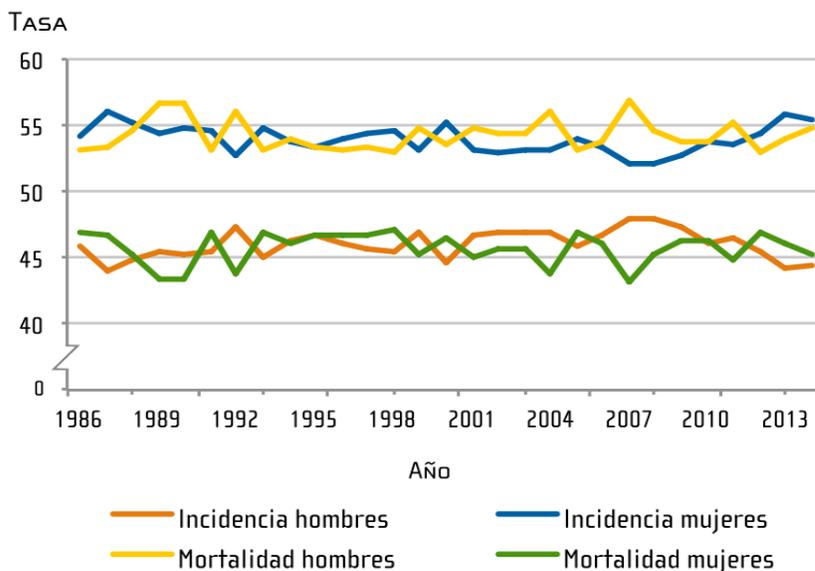
Nota: Recuperado de XIX Informe del Estado de la Nación, 2013

Asimismo, resulta interesante el análisis de las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer según el sexo (ver figura 1), ya que resalta que las mujeres tienen mayores porcentajes de incidencia que los hombres, pero menores porcentajes de mortalidad. Lo cual puede ser explicado por el hecho que las mujeres hacen más uso de los servicios de salud que los hombres, lo que genera un subregistro de los casos nuevos y una elevada mortalidad en hombres que consultan en etapas avanzadas de la enfermedad. (INEC, 2017)

De acuerdo con últimos datos del RNT para el 2014, el cáncer más diagnosticado entre los hombres fue el de piel, después pulmón, estómago y colon. Y en cuanto a mortalidad en el 2015 el primer lugar es estómago, seguido de próstata, pulmón y colon.

Figura 1

Distribución porcentual de la incidencia y de la mortalidad por neoplasias, por sexo, 1986 - 2014



Nota: Recuperado de INEC (2017). Realizado con datos de la Unidad de Estadísticas Demográficas del INEC 1986-2014 y del Registro Nacional de Tumores 1986-2014

Por su parte, en mujeres los tipos de cáncer con mayor incidencia en el 2014 fueron mamá, piel, cérvix y tiroides. Mientras que la mayor tasa de mortalidad en el 2015 fue por cáncer de mama, estómago, colon y cérvix. (Ministerio de Salud, 2014-2015)

El cáncer se define como una enfermedad en la cual existe un crecimiento anormal en las células del individuo y se puede presentar en cualquier parte del cuerpo; asimismo, estas células pueden emigrar de una zona a otra, proceso conocido como metástasis (OMS, 2013). Afirma la American Cancer Society (2011) que “si la propagación no se controla, puede provocar la muerte” (p.1). El cáncer es una enfermedad multicausal, en la cual factores internos y externos a la persona pueden iniciar o promover la carcinogénesis, y en algunas ocasiones puede pasar un largo periodo de tiempo mientras se desarrolla (American Cancer Society, 2011).

Con este panorama sobre el cáncer es de suma importancia que sea un punto sobre el cual los países continúen trabajando y reforzando sus estrategias para hacerle frente a la enfermedad. La OMS (2013) ha hecho un llamado para que las naciones orienten sus recursos, realicen investigaciones, fortalezcan sus sistemas de salud y formulen planes para el control, el tratamiento y la prevención del cáncer y lograr hacerle frente a esta enfermedad.

En el caso de Costa Rica, el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social analizaron y aprobaron en junio de 1998 el “Plan Nacional de Prevención y Atención Integral del Cáncer”, como respuesta a la situación de dicha enfermedad en el país. Los objetivos de dicho plan son (Ministerio de Salud, 2012):

- Disminuir la incidencia del cáncer en el ámbito nacional
- Reducir la mortalidad por cáncer en el país
- Aumentar la cobertura en la atención integral del cáncer
- Mejorar la calidad de los servicios de atención del cáncer
- Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas afectadas

Para lograr estos objetivos, es necesario un cambio en la forma de brindar atención a las personas con cáncer, lo cual requiere no solo invertir en equipos de alta tecnología sino también en la preparación de personal capacitado para dar respuesta a las necesidades de cuidado en esta población.

Además, se resalta la importancia de las investigaciones para el cumplimiento de estos objetivos, ya que estas brindarán insumos acerca del estado actual de la población oncológica en el país y permitirán también medir el impacto de las acciones que se tomen en esta materia.

Con este trabajo se pretende llegar a aportar al cumplimiento del segundo, tercer y cuarto objetivo que presenta el Plan Nacional de Prevención y Atención Integral del Cáncer, al

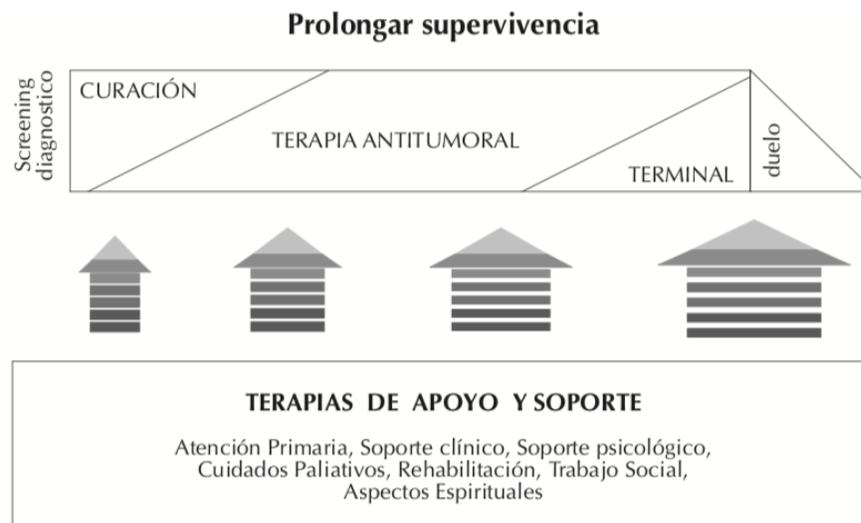
obtener información sobre el estilo de vida saludables de las personas lo que podría llegar a generar intervenciones que reduzcan la mortalidad, mejore la calidad de vida y que los servicios de tengan más insumos de información para guiar su atención.

La lucha contra el cáncer requiere el trabajo conjunto de distintos actores sociales. Desde el sector salud, hay mucho por hacer mediante la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, la detección y el tratamiento temprano del cáncer, además de brindar cuidados que mejoren la calidad de vida de las personas en procesos terminales. En relación con lo mencionado, la OMS (2010), citada por el Ministerio de Salud (2012), indica que existen algunos tipos de cáncer que puede ser prevenidos al abordar ciertos estilos de vida, en etapas iniciales de la enfermedad se debe realizar una detección y tratamiento temprano, y en etapas avanzadas se busca aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida al final de vida.

Las personas diagnosticadas con cáncer presentan necesidades de cuidado a lo largo de todo el proceso de la enfermedad y las mismas se transforman dependiendo del momento en que se encuentre la persona, ya sea al momento del diagnóstico o durante el tratamiento. Valentín, Murillo, Valentín, & Royo (2004) mencionan que la persona con cáncer debe recibir “Cuidados Continuos”, refiriéndose a una atención integral de la persona enferma acorde a su realidad, es decir, una atención holística e integral a lo largo de todo el proceso (figura 2).

Figura 2

Curso evolutivo del tratamiento del cáncer



Nota: Recuperado de Valentín, Murillom Valentín y Royo (2004)

En todo este proceso debe estar presente un aspecto esencial, que es el promover la salud de la persona con cáncer. La promoción de la salud puede ser definida como “el empoderamiento de las personas, familias y comunidades, que permita su plena y efectiva participación en la discusión y elaboración de las políticas públicas las cuales colaboran a la mejora de la calidad de vida” (Firmino Bezerra et al., 2013, p.261). Esto también se relaciona con la definición de promoción de la salud de la OMS , quienes proponen que es “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud” (2016) y además mencionan que para lograr esto se debe trabajar en cinco áreas fundamentales para la promoción de la salud: construcción de políticas públicas saludables, mejoramiento de los entornos o ambientes, fortalecimiento de la participación social, desarrollo de actitudes personales y reorientación de los servicios. Visto de esta manera, resulta que la promoción de la salud es un concepto muy amplio y del cual la persona enferma no está exenta. Por lo tanto, se puede afirmar que es importante buscar formas de fomentar la promoción de la salud y que de esta manera las personas en general tengan un mayor control de su situación de salud.

Con respecto a lo anterior, en la práctica cotidiana podría caerse en la equivocación de enfocarse únicamente en la enfermedad, dejando de lado la salud global de la persona. Firmino Bezerra et al (2013) indican que muchos profesionales de salud relacionan tener una “buena salud” con tener una buena calidad de vida, asociando por ejemplo que los signos vitales y exámenes de laboratorio en parámetros adecuados son sinónimo de calidad de vida. Sin embargo, esta idea es errónea y pertenece a un paradigma biomédico centrado en la enfermedad y que no ve a la persona como un todo.

Al hablar de calidad de vida, nos referimos a la percepción que tiene la persona sobre su “posición en la vida, en el contexto de la cultura y de los sistemas de valores en los cuales vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones” (Firmino Bezerra et al., 2013, p.265). Por lo tanto, si es posible poder conocer la percepción que tiene la persona sobre este aspecto y también realizar acciones que ayuden a mejorarla.

Aunado a lo anterior, mencionan Stromborg, Pender, Walker, & Sechrist (1990) que gracias a la mejora en las tasas de supervivencia en personas con cáncer y la diferentes modalidades de tratamiento (quimioterapia, radioterapia y cirugía) que permiten el manejo ambulatorio de forma efectiva efectivo, es posible que los profesionales de salud se centren en la promoción de la salud de esta población.

La enfermería es una ciencia cuyo objeto de estudio es el cuidado humano, tomando en cuenta para esto las necesidades reales de las personas, familias y comunidades. Pender, Murdaugh, & Parsons (2015) mencionan que profesionales en enfermería tienen una posición clave para tomar un rol de liderazgo para alcanzar las metas de la promoción de la salud, que

son 1) ayudar a personas de todas las edades a mantenerse sanas, 2) optimizar la salud en casos de enfermedad crónica o discapacidad y 3) crear ambientes saludables.

Asimismo, los y las profesionales de enfermería deben aprovechar cada encuentro con la persona para modelar y enseñar prácticas positivas de promoción de la salud y prevención (Pender et al., 2015). En el ámbito de la enfermería oncología, los y las profesionales trabajan en distintos escenarios como el hogar, la comunidad, hospitales y centros de rehabilitación. Indiferentemente del lugar en que se desenvuelvan su capacidad educadora y de orientación para estimular la participación de las personas en los programas de prevención del cáncer y fomentar estilos de vida saludables serán fundamentales (Smeltzer y Bare, 2002).

Empoderar a una persona en temas de salud le permite tener un mejor control de la misma y si presentara una enfermedad puede sentirse más segura al hacerle frente a los síntomas y efectos secundarios del tratamiento. Además, que pueden evitar complicaciones de la enfermedad al mantener un estilo de vida saludable. Firmino Bezerra et al. (2013) opinan al respecto que el empoderamiento y la educación en salud generan cambio de actitud en las personas y comunidades, además son un “soporte para adhesión a los tratamientos, motivación para identificar factores que interfieren en el tratamiento, como la práctica de ejercicio, dieta saludable y la participación activa, o sea, la salud depende de la calidad de vida” (p.266).

Al brindar a la persona las herramientas necesarias para su cuidado, es de esperar que esta logre realizarlo de forma adecuada. En este cambio de actitud, menciona Pender et al. (2015), la autoeficacia juega un papel importante ya que es el fundamento de la motivación y acción humana. La autoeficacia, definida como “el juicio de la capacidad personal de organizar y

ejecutar una conducta promotora de salud” (Raile & Marriner, 2011, p.438), influye sobre las barreras de acción percibidas o aquellas ideas que evitan la adopción de cierta conducta, por lo que a mayor eficacia menores serán las percepciones de dichas barreras. Grembowski et al (1993) citado por Olivari Medina & Urra Medina (2007) apoyan esta idea al afirmar que “los individuos con alta autoeficacia percibida también tienen más probabilidad de evaluar su salud como mejor, estar menos enfermos o depresivos, y recuperarse mejor y más rápidamente de las enfermedades, que las personas con baja autoeficacia” (p. 11)

Según mencionan Holloway & Watson (2002) los estudios que han surgido como un intento por comprender los comportamientos de salud de las personas centrándose en factores cognitivos, fisiológicos y ambientales han permitido el surgimiento de la autoeficacia, brindando de esta manera un marco para entender este fenómeno y lograr un cambio de comportamientos en salud.

Asimismo, Holloway y Watson (2002) hacen mención especial a la importancia de la autoeficacia para la práctica de enfermería, ya que sus beneficios se han visto en diferentes contextos y permiten un mayor éxito en la promoción de la salud y el cambio de comportamiento.

Específicamente en la oncología la autoeficacia resulta ser determinante eficaz para predecir los comportamientos de prevención de enfermedad, detección temprana y adaptación al cáncer (Holloway y Watson, 2002). Es así como para este trabajo es importante conocer cuál es la autoeficacia en población oncológica, al tener esta una relación influyente en la adopción y modificación de estilos de vida promotores de salud de las personas con cáncer, permitiéndoles a éstas alcanzar una mejor calidad de vida.

En la misma línea a lo expuesto anteriormente, resulta importante conocer qué conductas promotoras de salud tienen las personas con historia de cáncer y qué relación existe con su autoeficacia percibida. Con esta valoración de la persona, los y las profesionales enfermería tendrán más información sobre los usuarios y usuarias y de esta forma podrán realizar un planeamiento individualizado para cada uno.

En una relación enfermera(o)-persona existen dos partes, por lo tanto, son tan importantes los esfuerzos de los y las profesionales por brindar un cuidado integral centrada en la persona, como de la persona misma que busca un mejor estado de salud, de otra forma cualquier intervención podría estar destinada al fracaso al no estar la persona motivada o no sentirse preparada para cuidar de sí misma.

Las conductas promotoras de salud forman parte de la dimensión de la promoción de la salud que hace referencia al desarrollo de actitudes personales ya que es aquí donde se necesita el compromiso de las personas desarrolle comportamientos positivos que beneficien su salud (Triviño, 2012). Este concepto de conductas promotoras de salud es dado por Nola Pender en su Modelo de Promoción de la Salud, el cual está constituido "por factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales que al interactuar con las características y experiencias individuales; producen respuestas específicas de conducta y un resultado final en ésta" (Triviño, Stieповich, & Merino, 2007, p.397), en este modelo este resultado final que se menciona es la conducta promotora de salud.

Pender et al. (2015) indican que las conductas promotoras de salud, especialmente cuando se integran en un estilo de vida saludable, pueden mejorar la salud, la capacidad funcional y

la calidad de vida de las personas en todas las etapas del desarrollo, y podríamos agregar, en cualquier proceso de enfermedad que estas vivan.

Las conductas promotoras de salud que contribuyen a formar parte del estilo de vida promotor de salud de las personas cáncer están establecidas por dimensiones en la Escala de Estilo de vida promotor de salud II, desarrolla por Walker, Sechrist y Pender (1987). Dichas conductas o dimensiones son: la actividad física, el manejo del estrés, la responsabilidad en salud, las relaciones interpersonales, la nutrición y el crecimiento espiritual. Al estudiar dichas dimensiones en la población oncológica podríamos obtener un acercamiento al tipo de estilo de vida que tienen estas personas.

Como ejemplo de la importancia de algunas de las conductas promotoras de salud en personas con cáncer, la Sociedad Americana del Cáncer, citada por Quintana, Díaz López, & Juvera (2018), “recomienda a los sobrevivientes de cáncer a realizar a la semana al menos 150 minutos de actividad física moderada o 60 minutos de actividad vigorosa, mantener un peso corporal saludable, no fumar y consumir seis porciones de fruta y verduras cada día” (p. 980). Pese a ello, mencionan que muy pocas mujeres sobrevivientes de cáncer mamario reciben y realizan estas recomendaciones sobre estilos de vida saludable, de ahí que más del 70% de ellas presentan sobrepeso y obesidad, entre otras complicaciones físicas y emocionales.

La importancia de los estilos de vida saludable en la vida de cualquier persona traerá beneficios sobre la salud general de estas y su calidad de vida. Por lo tanto, en personas con algún proceso mórbido se vuelve un tema más relevante. Según Pérez García (2016) para las personas con cáncer que reciben quimioterapia los “cambios en el estilo de vida hacia

medidas más saludables es reconocido como positivo por los pacientes, les aporta efectos beneficios a corto plazo y aumentan sus herramientas de afrontamiento frente al estrés provocado por su enfermedad” (p. 150).

A pesar de esto, en Costa Rica no existen estudios que permitan conocer información referente al estilo de vida en personas con cáncer, ni a la autoeficacia percibida en esta población, tampoco acerca de la relación entre ellos, razón por la cual se propone esta investigación. Con la misma se espera poder aportar conocimiento desde enfermería sobre estos temas, cuyos resultados pueden ser utilizados para brindar una mejor atención a la persona con cáncer e implementar programas que trabajen la promoción de la salud, los estilos de vida saludables y la autoeficacia en esta población, lo cual generaría un mayor impacto sobre la calidad de vida con una atención más integral.

Asimismo, en nuestro contexto nacional, existen diversos programas estatales y de organizaciones no gubernamentales que buscan mejorar el estilo de vida y la calidad de vida de las personas con cáncer, pero también existe poca evidencia de investigaciones que demuestren el impacto real de las mismas. Al ser esta una investigación que se llevará a cabo con una asociación que trabaja con personas con cáncer podrá visualizarse los logros de esta en la materia o dar pautas para redirigir sus esfuerzos a nuevas formas de fomentar la buena salud en esta población.

1.3 Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación que tiene la autoeficacia con las conductas promotoras de salud en personas adultas con cáncer que asisten a FUNCAVIDA?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general.

Analizar la relación entre autoeficacia y las conductas promotoras en salud en personas con cáncer que asisten a la asociación FUNCAVIDA.

1.4.2 Objetivos específicos.

1. Identificar factores personales de las personas adultas con cáncer que asisten a la asociación FUNCAVIDA que podrían influir en el desarrollo de conductas promotoras de salud.
2. Describir el nivel de autoeficacia en las personas adultas con cáncer que asisten a la asociación FUNCAVIDA.
3. Describir las conductas promotoras en salud en las personas adultas con cáncer que asisten a la asociación FUNCAVIDA.
4. Determinar la relación entre la autoeficacia y las conductas promotoras en la salud de las personas con cáncer que asisten a la asociación FUNCAVIDA

1.5 Hipótesis

Las personas adultas con cáncer que tienen un alto nivel de autoeficacia percibida tendrán mejores conductas promotoras de salud.

Capítulo II

Marco Referencial

Este apartado contiene antecedentes al tema de investigación, aspectos conceptuales y teóricos en los cuales estará fundamentado el estudio en relación con la autoeficacia y los estilos de vida promotor de salud de las personas con diagnóstico de cáncer.

A continuación, se procede a desarrollar cada uno de los marcos:

2.1 Marco conceptual

En el presente apartado, se expondrán los distintos y principales conceptos que darán estructura a esta investigación. El fin de este marco conceptual, es ahondar en cada significado y definirlo ampliamente para así, lograr una comprensión global del objetivo de este estudio.

2.1.1 Enfermería

La enfermería es una disciplina científica, compuesta por un cuerpo de conocimiento que le da además del componente biologicista, la orientación meramente social y humanista; sustentada con distintas corrientes epistemológicas. “La ciencia de Enfermería se ha definido como un cuerpo de conocimientos científicos acumulativo y único derivado de las ciencias biológicas, humanísticas del comportamiento y otras que son pertinentes a enfermería, y de conocimiento conformado por las teorías propias de la enfermería.” (Sanhueza Alvarado; Vílchez Barboza, 2011)

La enfermería a través del tiempo ha ido transformando su ser, buscando su propia identidad profesional. A lo largo de la historia, el cuidado ha sido el objetivo de enfermería, sin embargo, en estos tiempos, la ejecución del mismo se ha intentado sentar bajo bases científicas que justifiquen el accionar del profesional y se dé la intervención oportuna y eficaz a la persona que precisa del cuidado enfermero.

Es así como lo afirma Ramírez (2015) “El cuidado debe contemplar la capacidad de la persona para tomar decisiones hacia una búsqueda continua del desarrollo personal, haciendo uso de la aplicación de un plan de atención sustentado en evidencias científicas que resguarden la seguridad de la persona y fortalezcan la construcción de la ciencia desde la práctica.”

Es por esto que la intervención de enfermería debe estar sustentada en bases científicas que le den un orden real y adecuado al accionar profesional. Lo que sucede, es que la desarticulación que existe entre la práctica y la teoría, en la mayoría de las ocasiones, no fortalece el objetivo principal, por lo que muchas veces se sobreponen las necesidades y prioridades del profesional ante lo que realmente requiere la persona, esto se da, porque no hay comprensión real de la razón de ser de la enfermería, se ejecuta un cuidado tecnificado, sin valor científico. “Se hace necesario un abordaje centrado en la persona en el que la asimetría del poder de los(as) profesionales de salud se vea reducida y aumente la dosis de poder de la persona cuidada y que sus necesidades sean el centro de atención.” (Ramírez Elizondo, 2015)

Enfermería es por tanto una ciencia que se manifiesta a través del cuidado, compuesta por elementos biológicos, sociales y humanistas; que busca fortalecer una intervención holística dirigida a la persona y su entorno.

El especializar el cuidado, por tanto, da un enfoque distinto y permite una intervención más oportuna. Es por esto que la enfermería toma mucho más fuerza e identidad cuando dirige su acción a poblaciones específicas con conocimiento y bases teóricas que fortalezcan su quehacer. La población con historia oncológica requiere ser intervenida por personal especializado, es por esto que la formación de profesionales de enfermería en esta área es

vital. Sin embargo, la enfermería oncológica como tal no había sido parte de la formación académica en el país, hasta ahora. Por tanto, el definir este concepto, es fundamental para comprender el fin de esta investigación y así sensibilizar a la población en general sobre esta rama.

2.1.2 Enfermería Oncológica

“La Sociedad Española de Enfermería Oncológica define la práctica de la enfermería oncológica como la prestación de servicios de enfermeras o enfermeros profesionales y competentes, al individuo, familia o comunidad, en todo el continuum salud-enfermedad, desde la prevención del cáncer a los cuidados del enfermo en situación terminal.” (Díaz, Gattas, López, & Tapia, 2013, p.696)

La atención a las personas que cursan con procesos oncológicos debe ser brindada por personal profesional capacitado, que sepa intervenir tanto en el manejo clínico de la persona usuaria, así como aspectos que engloban el ser y el sentir de ese individuo y su familia o personas que lo acompañan en su proceso.

“El enfermero que trabaja en unidades hospitalarias, especialmente aquellos que prestan servicios especializados a pacientes con cáncer, debe estar capacitados para cuidar de todos los portadores de neoplasia, utilizando un abordaje que les asegure integridad y que las acciones de enfermería en el cuidado al paciente oncológico sean participativas y resolutivas en todos los niveles de actuación.” (Santos, Camelo, Laus, & Leal, 2015 p.302)

Según Díaz, et al, 2013, la enfermera oncológica desarrolla sus funciones de asistencia, docencia, gestión e investigación, utilizando un método científico que le permite identificar y tratar respuestas humanas y determinar la influencia de sus servicios en la evolución física, psicosocial y espiritual del cliente.

A partir de las herramientas adquiridas, los y las profesionales en enfermería oncológica, podrían identificar conductas de salud que las personas mantienen y que pueden ser riesgosas, estos comportamientos pueden ser modificados, si se interviene de una forma integral y con conocimiento especializado. Por esta razón, es de vital importancia conocer qué son las conductas en salud, y cómo estas pueden influir directamente en la salud de las personas.

2.1.3 Conductas de salud

La conducta define la forma de actuar y desenvolverse de la persona, puede ser modificada, creando una buena conducta o al contrario, puede ser una mala conducta que afecte el desenvolvimiento de la persona en su entorno, sea cual sea el área. Es por esto que, dirigiéndose a las conductas en salud, éstas pueden favorecer y servir como factores de protección o al contrario convertirse en conductas de riesgo que atenten con la salud de la persona.

Lo anterior lo afirma Gallegos (2018), indicando que las conductas de salud son conductas que adoptan las personas para mejorar o para conservar la salud. Las conductas inapropiadas de salud son importantes no solo porque conllevan enfermedades, sino también porque fácilmente pueden convertirse en hábitos inadecuados de salud. (p. 47). Por lo tanto, como lo menciona la autora, una conducta repetida y marcada, puede convertirse en un hábito que, según la misma, es una conducta ya instaurada en la persona, y difícil de erradicar. “Un hábito de salud es una conducta de salud firmemente arraigada y que con frecuencia se realiza automáticamente. Estos hábitos, por lo general se desarrollan durante la infancia y empiezan a estabilizarse alrededor de los 11 o 12 años.” (Gallegos Cerón, 2018, p. 47).

Las conductas en si son las que pueden marcar en gran medida el mantener o deteriorar la salud de la persona, al punto de llevar al padecimiento de enfermedades. El desarrollo de

cáncer, por ejemplo, tiene mucha relación con conductas deficientes en el área de la salud. Si bien, tiene gran influencia en la mayoría de los mismos el factor hereditario, una buena conducta en salud puede evitar el que aparezca este tipo de enfermedad. “En la actualidad hay evidencia más que considerable de que las causas de la enfermedad radican en la conducta y el estilo de vida del individuo.” (Desarrollo Humano Integral, 2013, p.2)

El equipo antes mencionado afirma que aún se puede apreciar que mucha gente mantiene una actitud pasiva hacia su salud y enfermedad. Como consecuencia de ello, esos individuos presentan sobrepeso, fuman, abusan del alcohol, no hacen ejercicio con regularidad y evitan los reconocimientos médicos (chequeos). (p. 14)

Por tanto, buenas conductas en salud son acciones que pueden beneficiar a la persona, evitando en gran medida la aparición de enfermedades o afecciones en la salud. Sin embargo, en personas que ya padecen enfermedades crónicas, entre estas el cáncer, puede promoverse el mantener o recuperar conductas positivas que favorezcan su calidad de vida relacionada con salud.

Según Bayes (1994) citado por Vinaccia y Orozco (2005), afirma que el evaluar la calidad de vida del paciente crónico es importante porque permite: conocer el impacto de la enfermedad y/o del tratamiento, a un nivel relevante, diferente y complementario al del organismo; conocer mejor al enfermo, su evolución y su adaptación a la enfermedad; evaluar mejor las terapias paliativas; potenciar la comunicación médico- paciente; y facilitar la rehabilitación de los pacientes. (p.128).

Es así como en cualquier escenario, las conductas en salud van a marcar la evolución de la calidad de vida de la persona, y el mantener adecuados estilos de salud que colaboren con el bienestar de la misma, va más allá de la educación que se le brinde a la persona en un

centro de salud, es conocer a esa persona, su entorno, sus experiencias y la capacidad de asumir su autocuidado.

Por su parte, las conductas en salud pueden verse influenciadas por aspectos cognitivos y emocionales, que van a generar cambios los cuales pueden convertirse en factores protectores o riesgosos, uno de estos aspectos de gran influencia en la conducta de la persona es la autoeficacia.

2.1.4 Autoeficacia

La autoeficacia es un término que se utiliza para muchos ámbitos del accionar humano. Es un factor medible, que fluctuando puede favorecer o al contrario deteriorar las conductas de las personas para sí mismas. Este término fue introducido por Albert Bandura, en su teoría social cognitiva, siendo uno de los elementos esenciales de su teoría. De acuerdo a esta teoría, la motivación humana y la conducta están regulados por el pensamiento y estarían involucradas tres tipos de expectativas: a) Las expectativas de la situación, en la que las consecuencias son producidas por eventos ambientales independientes de la acción personal, b) Las expectativas de resultado, que se refiere a la creencia que una conducta producirá determinados resultados y c) Las expectativas de autoeficacia o autoeficacia percibida, que se refiere a la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados (Bandura, 1995, citado por Olivari y Urra, 2007, p.10).

Esta última expectativa involucrada en la teoría social cognitiva es relevante en la presente investigación. La autoeficacia entonces va a ser un aspecto que va a intervenir en la conducta a tomar de una persona para ejecutar una acción, y de acuerdo al nivel de autoeficacia, podrá mantenerse una conducta protectora o al contrario riesgosa para sí mismo. “La autoeficacia

influye en cómo la gente siente, piensa y actúa. Respecto a los sentimientos, un bajo sentido de autoeficacia está asociado con depresión, ansiedad y desamparo” (Bandura, 1995, citado por Olivari y Urra, 2007, p.10).

Los niveles de autoeficacia pueden aumentar o reducir la motivación. Así, por ejemplo, las personas con alta autoeficacia eligen desempeñar tareas más desafiantes, colocándose metas y objetivos más altos. (Olivari y Urra, 2007, p.10)

Bandura citado por Chacón (2006) plantea que los individuos poseen un sistema interno que les permite ejercer control sobre sus propias acciones, conductas y pensamientos, siendo este sistema un componente fundamental de influencia en el logro de las metas que cada quien se propone.

Es así como la instauración de conductas o modificación de las mismas para un comportamiento positivo está altamente influenciado por el nivel de autoeficacia que posea la persona, esto sustentado con lo anteriormente expuesto.

En las enfermedades crónicas como el cáncer, la autoeficacia tiene un valor muy importante, puesto que el nivel de la misma puede fortalecer el afrontamiento de la persona ante su enfermedad. “Cabe resaltar que, siendo la autoeficacia una predicción significativa de la calidad de vida física, la persona que se siente auto eficaz es capaz de controlar el dolor y sus síntomas y, por lo tanto, percibir su salud de forma positiva”. (Castro et al., 2011)

La intervención desde enfermería debe enfocarse en hallar los distintos factores que pueden incidir en el nivel de autoeficacia presentado por la persona, para ir siempre hacia la mejora del bienestar del individuo. El y la profesional de enfermería, desde el concepto de autoeficacia propuesto por Pender debe lograr una modificación de las conductas de riesgo y

promocionar aquellas que benefician a las personas. Se ha observado que los cambios de conducta se realizan en forma activa cuando los y las profesionales de enfermería motivan en las personas su capacidad de iniciarlos; sin embargo, es necesario considerar que la autoeficacia percibida, término también utilizado por Pender, influye sobre las barreras de acción percibida, de manera que la mayor eficacia, conlleva una menor percepción de las barreras para el desempeño de esta conducta. (Cadena Estrada, 2017, p.112)

2.2 Marco Teórico

La presente investigación tiene como sustento teórico el Modelo de Promoción de la Salud de la enfermera Nola Pender. Quien utiliza específicamente las conductas en salud y la autoeficacia como variables de su modelo y que van a incidir en la salud de las personas y la forma de afrontar su situación de enfermedad, por ejemplo, el cáncer.

El sustentar la investigación con un modelo enfermero es de vital importancia para la profesión, dado que los resultados obtenidos tendrán bases teóricas propias de la enfermería y así mismo dará pie para próximas investigaciones o intervenciones que fortalezcan la profesión y la disciplina.

Para comprenderlo mejor a continuación se desarrollarán los principales puntos de su modelo y la asociación con esta investigación.

Nola Pender es una profesora emérita de enfermería en la Universidad de Michigan. Nació el 16 de agosto de 1941 en Lansing, en Michigan. Su primer contacto con la enfermería fue a los 7 años cuando vio como cuidaban de su tía hospitalizada. Obtuvo su diploma en enfermería en 1962 y en 1964 se graduó en enfermería en la Michigan State University en East Lansing. Completó un máster en el crecimiento y el desarrollo humano en 1965 y finalizó su programa de doctorado en psicología y educación en 1969 en la Northwestern

University of Evanston. Este doctorado le permitió entender cómo la gente piensa y en cómo los pensamientos de una persona motivan la conducta. Varios años más tarde, completó su trabajo en un máster en enfermería de salud comunitaria en la Rush University en Chicago. En 1975, Pender publicó “A Conceptual Model for Preventive Health Behavior”, que sirvió como base para el estudio de cómo las personas tomaban decisiones sobre su propio cuidado de la salud en un contexto de enfermería. El modelo original de promoción de la salud (MPS) se presentó en su primera edición del texto “Health Promotion in Nursing Practice”, publicado en 1982. Pender a lo largo de su carrera ha contribuido al conocimiento enfermero de la promoción de la salud mediante su investigación, enseñanza, presentaciones y escritos. (Raile & Marriner, 2011).

Además, Pender ha aportado a la profesión, desde su modelo, la capacidad de intervenir en la población para estudiar las conductas de salud de las mismas con la idea de mejorarlas. Pender “expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud.” (Aristizábal Hoyos, Blanco Borjas, Sánchez Ramos, & Ostiguín Meléndez, 2011 p.17)

Según estos autores, el Modelo de Promoción de la Salud pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr. (Aristizábal Hoyos, Blanco Borjas, Sánchez Ramos, & Ostiguín Meléndez, 2011 p.17)

Nola Pender sustentó su modelo en varias teorías, pero la principal de ellas es la Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura que en esta teoría, el pensamiento y la acción humana se perciben como el producto de la interacción dinámica de factores personales (cogniciones, afectos, estados biológicos), conductuales y ambientales. De esta manera, la interpretación que las personas realicen de los resultados de su comportamiento afectará sus pensamientos, emociones y demás factores personales, los cuales a su vez influirán en su conducta subsiguiente y en la forma en que estructuren su entorno. (Pérez, 2014, p.159).

Esta teoría incluye las siguientes autocreencias: autoatribución, autoevaluación y autoeficacia. En donde la autoeficacia es una construcción central del Modelo de Nola Pender. (Raile & Marriner, 2011, p.437). El concepto de expectativa de autoeficacia hace referencia a las creencias que tiene una persona acerca de sus propias capacidades para organizar y ejecutar adecuadamente el curso de sus acciones a situaciones próximas (BanduraA., 1999). Bandura (1999), menciona que la autoeficacia influye en como las personas piensan, sienten y actúan ante una situación favorable o desfavorable. Un bajo nivel de autoeficacia está asociado con la depresión, ansiedad y el desamparo. En cambio, un alto nivel de autoeficacia mejora el control de sus acciones ante dificultades y amenazas, reduce los niveles de depresión, ansiedad y el estrés que le lleva a afrontar las diferentes situaciones vitales.

2.2.1 Modelo de Promoción de la Salud

Este modelo fue presentado por primera vez en el año de 1982, siendo esta la primera edición que exponía la enfermera Nola Pender. En 1988, Pender con otras colaboradoras, realizaron un estudio que validó este modelo, desarrollando un instrumento llamado el perfil del estilo de vida promotor de salud, para estudiar la conducta de promoción de la salud de

los adultos que trabajan, los adultos más mayores, los pacientes en rehabilitación cardíaca y los pacientes de cáncer tratados en el ambulatorio. (Pender, 2002 citado por Raile & Marriner, 2011, p.435)

El propósito del MPS es el de integrar las perspectivas de Enfermería y las ciencias conductuales sobre los factores que influyen en las conductas de la salud. Cada persona tiene características personales, únicas y experiencias que afectan sus acciones subsecuentes, por ello es importante una adecuada valoración que integre estos aspectos para encontrar las respuestas positivas a las necesidades y que pueden ser altamente relevantes para el mantenimiento de su salud. (Beristáin García, Navarro, & Clínica, 2009, p.279)

Por lo anterior este modelo se adapta de forma muy oportuna a personas con algún tipo de enfermedad crónica como el cáncer, en donde a partir del estudio y análisis de las conductas en salud de las personas y algunos otros factores como es el nivel de autoeficacia, podría conocerse la capacidad de la persona para sobrellevar su enfermedad y fortalecer sus conductas saludables, así como modificar las que no colaboran con su bienestar, partiendo tanto desde las conductas ya implantadas desde la infancia, así como las que se obtienen producto de la aparición de una patología crónica.

Así lo menciona Pender (2015) en su modelo, aseverando que el Modelo de Promoción de la Salud en la Práctica Enfermera es una herramienta esencial, ya que desarrollan y prestan servicios de promoción de la salud basado en la evidencia para diversas poblaciones. De la misma forma afirma que la promoción de la salud mejorará la calidad de vida de todos los individuos, incluyendo sobrevivientes de cáncer, personas con algún tipo de discapacidad o enfermedades crónicas.

El modelo de Nola Pender, está estructurado mediante un diagrama (Figura 3) que brinda definiciones y resume de forma clara y concisa la idea del mismo. Éste además de concentrar el sentido del modelo, proporciona una guía para la utilización del mismo y la aplicabilidad en las distintas poblaciones. A continuación, se detalla cada concepto tomado de la autora Raile & Marriner, (2011).

2.2.2 Conceptos y definiciones del modelo de Pender

Estas primeras definiciones, están relacionadas con características y experiencias individuales que inciden en las acciones referentes a la salud. (Pender, currículum vitae, 2000, citado por Raile & Marriner, 2011, p. 438)

Conducta previa relacionada

La frecuencia de la misma conducta o similar en el pasado. Los efectos directos e indirectos de la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud.

Factores Personales

Categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales. Estos factores son predictivos de una cierta conducta y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de la conducta.

Factores personales biológicos: Incluyen variables como la edad, el sexo, el índice de masa corporal, el estado de pubertad, el estado de menopausia, la capacidad aeróbica, la fuerza, la agilidad y el equilibrio.

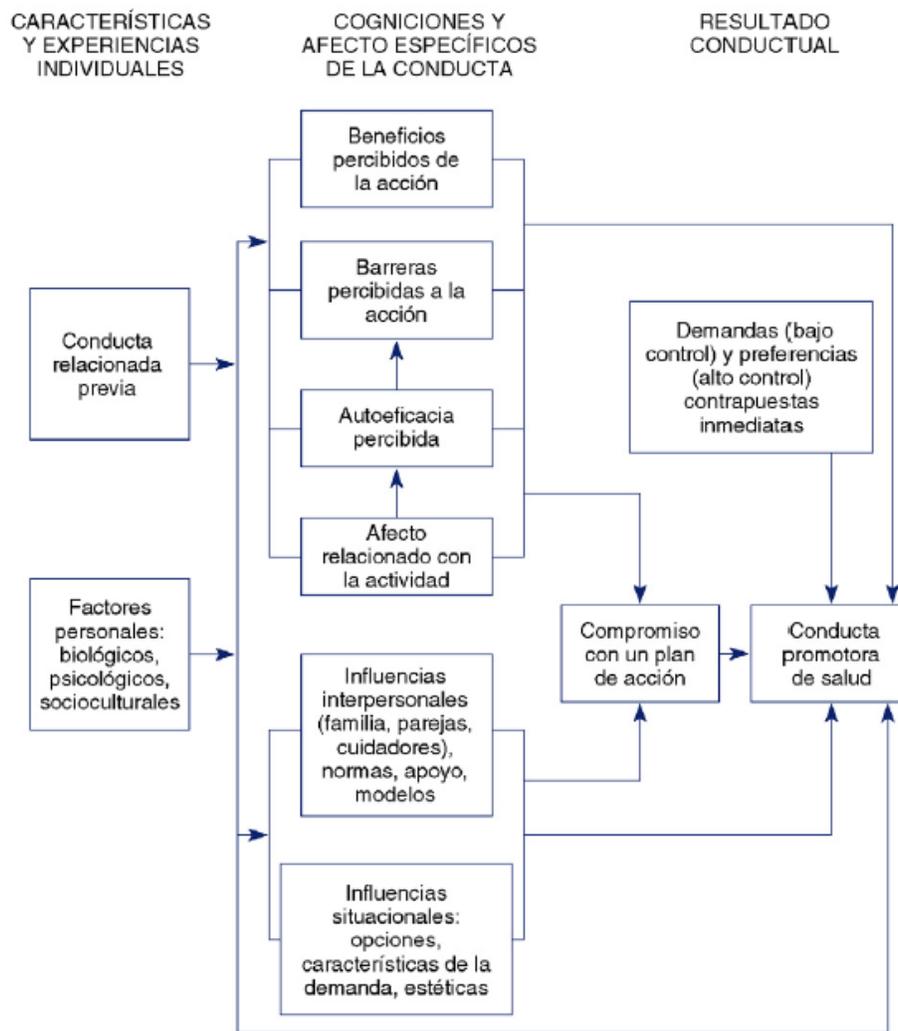
Factores personales psicológicos: Incluyen variables como la autoestima, la automotivación, la competencia personal, el estado de salud percibido y la definición de la salud.

Factores personales socioculturales: Incluyen factores como la etnia, la aculturación, la formación y el estado socioeconómico.

Seguidamente se enumera una serie de conocimientos específicos de la conducta y del

Figura 3

Modelo de promoción de la salud revisado



Nota: Recuperado de Pender, Murdaugh y Parsons (2002).

Seguidamente se enumera una serie de conocimientos específicos de la conducta y del afecto los cuales se consideran de gran importancia motivacional; estas variables son modificables mediante las acciones de enfermería (Pender, 1996, citado por Raile & Marriner, 2011, p. 438).

Beneficios Percibidos de Acción

Los resultados positivos anticipados que se producirán desde la conducta de salud.

Barreras Percibidas de Acción

Bloqueos anticipados, imaginados o reales y costes personales de la adopción de una conducta determinada.

Autoeficacia Percibida

El juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud.

La autoeficacia percibida influye sobre las barreras de acción percibidas, de manera que la mayor eficacia lleva a unas percepciones menores de las barreras para el desempeño de esta conducta.

Afecto Relacionado con la Actividad

Los sentimientos subjetivos positivos y negativos que se dan antes, durante y después de la conducta basada en las propiedades de los estímulos de la conducta en sí. El afecto relacionado con la actividad influye en la autoeficacia percibida, lo que significa que cuanto más positivo es el sentimiento subjetivo mayor es el sentimiento de eficacia. Poco a poco, el aumento de sentimientos de eficacia puede generar un mayor afecto positivo.

Influencias Interpersonales

Los conocimientos acerca de las conductas, creencias o actitudes de los demás. Las influencias interpersonales incluyen: normas (expectativas de las personas más importantes), apoyo social (instrumental y emocional) y modelación (aprendizaje indirecto mediante la observación de los demás comprometidos con una conducta en particular). Las fuentes primarias de las influencias interpersonales son las familias, las parejas y los cuidadores de salud.

Influencias Situacionales

Las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado que pueden facilitar o impedir la conducta. Incluyen las percepciones de las opciones disponibles, características de la demanda y rasgos estéticos del entorno en que se propone que se desarrollen ciertas conductas promotoras de la salud. Las influencias situacionales pueden tener influencias directas o indirectas en la conducta de salud.

A continuación, se enumeran algunos antecedentes inmediatos de la conducta o de los resultados conductuales. Un suceso conductual se inicia con el compromiso de actuar a menos que haya una demanda contrapuesta que no se pueda evitar o una preferencia contrapuesta que no se pueda resistir (Pender, entrevista personal, 19 de julio, 2000, citada por Raile & Marriner, 2011, p. 439).

Compromiso con un Plan de Acción

El concepto de la intención y la identificación de una estrategia planificada lleva a la implantación de una conducta de salud.

Demandas y Preferencias Contrapuestas Inmediatas

Las demandas contrapuestas son aquellas conductas alternativas mediante las cuales los individuos tienen un bajo control porque existen contingentes del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia. Las preferencias contrapuestas son conductas alternativas mediante las cuales los individuos poseen un control relativamente alto, como la elección de un helado o una manzana o «picar» algo.

Conducta Promotora de Salud

El punto de mira o el resultado de la acción dirigido a los resultados de salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva. Los ejemplos de la conducta de promoción de la salud son: mantener una dieta sana, realizar ejercicio físico de forma regular, controlar el estrés, conseguir un descanso adecuado y un crecimiento espiritual y construir unas relaciones positivas.

Todos estos conceptos y definiciones antes expuestos son los distintos moduladores que pueden generar o modificar las conductas promotoras en salud. Por tanto, el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, busca mostrar cómo las características y experiencias individuales, así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud específico.

Nola Pender ha participado en distintas investigaciones para probar su modelo con diferentes poblaciones. La misma ha actualizado su teoría con 7 ediciones, en donde se confrontan con las nuevas investigaciones que sustentan la utilización del Modelo en la práctica enfermera.

En la cuarta edición citada por Raile & Marriner (2011), se deducen catorce afirmaciones teóricas del modelo, entre ellas se mencionan:

- La conducta previa y las características heredadas y adquiridas influyen en las creencias, el afecto y la promulgación de las conductas de promoción de la salud.
- La eficacia de uno mismo más percibida tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica.
- Cuando las emociones positivas o el afecto se asocian con una conducta, aumenta la probabilidad de compromiso y acción.
- Es más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de la salud cuando los individuos importantes para él/ella modela su conducta, esperan que se produzca la conducta y ofrecen ayuda y apoyo para permitirla.
- Las familias, las parejas y los cuidadores de la salud son fuentes importantes de influencias interpersonales que pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso para adoptar una conducta promotora de salud.
- Las influencias situacionales en el entorno externo pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud.
- Cuanto mayor es el compromiso de un plan específico de acción, más probable es que se mantengan las conductas promotoras de salud a lo largo del tiempo.
- El compromiso de un plan de acción es menos probable que acabe en una conducta deseada cuando las exigencias contrapuestas en las que las personas tienen menos control requieren una atención inmediata.
- Las personas pueden modificar los conocimientos, el afecto y los entornos interpersonales y físicos para crear incentivos para las acciones de salud. (p. 442)

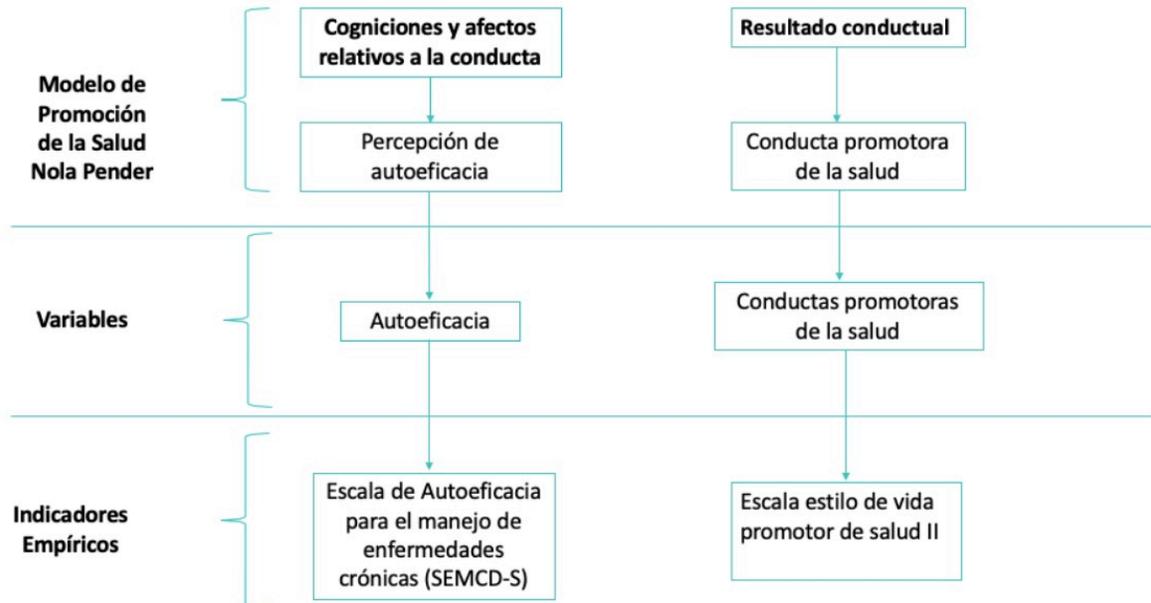
Todas estas afirmaciones corroboran que la implementación del modelo en las distintas investigaciones, han arrojado resultados que demuestran la efectividad de este. A través del

MPS, el cuidado que proporciona enfermería pretende promover que los pacientes busquen regular de forma activa su propia conducta (...) La enfermera incentiva al individuo a modificar su conducta previa, adquiriendo nuevos hábitos saludables (Cadena Estrada, 2017, p.112).

Los conceptos del Modelo de Promoción de Salud de Nola Pender presenta dos componentes esenciales para el desarrollo de este trabajo de investigación, los cuales serán tomados como variables de estudio (autoeficacia y conductas promotoras de salud) y que serán indagados por los instrumentos “Escala de Autoeficacia para el Manejo de Enfermedades Crónicas” y “Escala Estilos de Vida Promotor de Salud II”, los cuales serán descritos en el siguiente capítulo. Esta relación se ilustra en la figura 4.

Figura 4

Interrelación entre la teoría, las variables y los instrumentos.



Fuente: Elaboración propia.

2.3 Marco Empírico

Con el fin de conocer sobre el tema de investigación se realizó una búsqueda exhaustiva en distintas bases de datos, utilizando los términos normalizados DeCS en español autoeficacia, conductas relacionadas con la salud, pacientes, neoplasias. Así mismo para la búsqueda en inglés se incluyeron los términos DeCS self efficacy, health behavior, patients, neoplasms; también se utilizaron términos MeSH: healthy lifestyles, oncology. Además de utilizaron las siguientes palabras clave relacionadas a la investigación person with cancer, cancer patient, health-promoting behavior

Las bases de datos revisadas fueron Science direct, Clinical Key, Ovid, Wiley y Ebsco. También fueron consultados los trabajos que se encuentran en el Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información (SIBDI) de la Universidad de Costa Rica.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos, que incluyen publicaciones contenidas en el periodo del año 1990 al 2018. Algunas publicaciones fueron tomadas en cuenta a pesar de su fecha de publicación debido a la relevancia de los datos que presentaron o bien por ser trabajos seminales, importantes desde el punto de vista teórico conceptual, los cuales aún hoy son válidos. Se presentan los antecedentes en tres apartados a saber: antecedentes relacionados a la autoeficacia, relacionados al estilo de vida promotor de salud y aquellos que establecen relaciones entre autoeficacia, estilos de vida promotor de salud y por último se menciona una investigación a nivel nacional. A continuación, se presentan dichas las investigaciones encontradas:

2.3.1 Antecedentes relacionados a la autoeficacia.

Lam & Fielding publicaron en el año 2007 una investigación titulada *“Is self-efficacy a predictor of short-term post-surgical adjustment among Chinese women with breast*

cancer? En este estudio los autores se planteaban que la alta autoeficacia se considera beneficiosa para las personas con cáncer ya que facilita la adaptación a la enfermedad, sin embargo, mencionan que esto puede no ser siempre cierto. Es así como exploraron si las mujeres con cáncer de mama sometidas a cirugía que tienen una autoeficacia elevada y que se enfrentan a una expectativa confusión por su situación tienen niveles más bajos de morbilidad psicológica que las mujeres con una autoeficacia más baja.

Para lograr su objetivo realizaron un estudio de cohorte longitudinal con 405 mujeres que se sometieron a cirugía de cáncer de mama en seis hospitales regionales de Hong Kong, China. Utilizaron un cuestionario para la recolección de los datos que incluía: la Escala de Autoeficacia general versión china, para medir la incongruencia de la expectativa del resultado (que es la satisfacción del paciente con el resultado quirúrgico) utilizaron una modificación del cuestionario “Breast Cancer Decision-Making Questionnaire (BCDMQ)”, con el “Chinese Health Questionnaire (CHQ-12)” midieron la morbilidad psicológica, la escala “Chinese Social Adjustment Scale (ChSAS)” modificada fue utilizada para medir el ajuste social y para medir el optimismo fue implementado la versión en chino de “Life Orientation Test (CLOT-R)”. La recolección de los datos se realizó en dos momentos: la primera entrevista se realizó 2 y 12 días después de la cirugía, la misma se centró en recolectar información demográfica, la autoeficacia percibida, el resultado quirúrgico esperado y la morbilidad psicológica básica. La segunda entrevista de seguimiento, realizada por teléfono, se realizó un mes después de la cirugía, en esta midió el resultado quirúrgico percibido, el optimismo, la experiencia de los síntomas físicos y el ajuste en forma de morbilidad psicológica y social.

Como conclusión, los investigadores encontraron que la autoeficacia alta posquirúrgica beneficia la adaptación social temprana, pero también lleva a subestimar los impactos negativos de la cirugía, lo que altera el ajuste psicológico. De este modo, una alta autoeficacia puede contribuir indirecta y significativamente al aumento de la morbilidad psicológica.

En el 2008 se publicó en Turquía el trabajo “*The quality of life and self-efficacy of Turkish breast cancer patients undergoing chemotherapy*” realizado por Akin, Can, Durna & Aydiner. Esta investigación tenía como propósito describir la calidad de vida y la autoeficacia de las mujeres turcas con cáncer de mama tratadas con quimioterapia. Este estudio fue descriptivo, longitudinal y se llevó a cabo entre enero y agosto del 2006 en la Unidad de Quimioterapia Ambulatoria del Instituto de Oncología de la Universidad de Estambul. Las personas fueron evaluadas antes de que comenzara su quimioterapia y durante el tratamiento en cada ciclo de quimioterapia (6 tiempos de evaluación).

El estudio reveló que la autoeficacia de las personas con cáncer de mama se vio afectada negativamente en un grado moderado y la calidad de vida en un nivel significativo. Además, encontraron que la mayoría de las mujeres con baja autoeficacia fueron amas de casa y que este mismo grupo presentó más reportes de efectos secundarios y complicaciones asociadas al tratamiento. Se concluye que un aumento en el nivel de autoeficacia puede tener un efecto positivo en las quejas psicológicas y físicas y en la calidad de vida de las personas, la percepción de la autoeficacia y la calidad de vida en personas que reciben quimioterapia debe mejorarse. Por este motivo instan a las enfermeras y enfermeros a planificar programas educativos que atiendan las necesidades de estas personas.

Perkins, Baum, Taylor, & Basen-Engquist en el 2009 realizaron en Estados Unidos la investigación “*Effects of treatment factors, comorbidities and health-related quality of life*

on self-efficacy for physical activity in cancer survivors” en la que mencionan que los beneficios físicos y psicológicos del ejercicio para los sobrevivientes de cáncer han sido bien documentados, pero refieren que la autoeficacia como un objetivo para promover el ejercicio no ha sido examinada exhaustivamente. Es por esto que se proponen el objetivo de examinar la asociación entre las variables relacionadas con el cáncer y su tratamiento (estadio del cáncer al momento del diagnóstico, tiempo transcurrido desde el diagnóstico de cáncer y efectos adversos del tratamiento contra el cáncer), los problemas de salud concomitantes, la calidad de vida relacionada con la salud, la depresión y la autoeficacia para aumentar la actividad física en sobrevivientes de cáncer. Para lograrlo realizaron un estudio correlacional transversal con una muestra de 148 sobrevivientes de cáncer de mama y 134 de cáncer de próstata que participaron en estudios que examinaron el ejercicio y la calidad de vida. Se desarrolló un modelo de regresión predictiva probando cada variable individualmente con la autoeficacia e incluyendo las variables que tenían una significancia de ≤ 0.2 en un modelo de regresión multivariable. Para la recolección de datos utilizaron: información demográfica y de comorbilidad, “Medical Outcomes Study Short Form -36 (SF-36)”, “Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CESD)”, Escala de autoeficacia para la actividad física, y la actividad física se evaluó utilizando el “7-Day Physical Activity Recall Questionnaire (7-DPARQ)”.

Como conclusiones del estudio encontraron que los factores de tratamiento y las comorbilidades no se asocian con la autoeficacia para la actividad física, pero los factores de la calidad de vida relacionados con la salud y el dolor corporal si asociaron. El valor de esta investigación radica en que la identificación de los factores que influyen en la autoeficacia

para la actividad física en esta población es importante para planificar programas efectivos de actividad física y actividades de supervivencia.

Otra investigación sobre la autoeficacia en población oncológica fue desarrollada por Baskin, Kwan, Connor, Maliski, & Litwin en 2016 en la Universidad de California, Estados Unidos, titulada “*Low self-efficacy is associated with decreased emergency department use in underserved men with prostate cancer*”. Este estudio tenía el objetivo de examinar la relación entre la autoeficacia y las visitas al departamento de emergencias en una población hombres con cáncer de próstata de bajos ingresos, con seguro insuficiente y sin seguro, que recibirán atención gratuita.

Con un estudio de cohortes se analizó prospectivamente la calidad de vida, el comportamiento y los datos de autoeficacia de 469 hombres inscritos en un programa financiado por el estado que brinda atención gratuita para el cáncer de próstata y resumieron las características de las personas estratificadas por los puntajes de autoeficacia (alto, medio y bajo) y por número de visitas al departamento de emergencias, por un tiempo de 84 meses. De la muestra, 70 hombres habían visitado el servicio de emergencias durante su inscripción, para un total de 118 visitas únicas. También se observó un número decreciente de visitas al servicio de emergencias a lo largo del tiempo para los grupos de autoeficacia baja y media, y los principales motivos de consulta fueron el dolor, la retención urinaria y la fiebre.

Los investigadores concluyen que las intervenciones para mejorar la comunicación entre los pacientes y los equipos de tratamiento primario podrían resultar beneficiosas para evitar el uso excesivo del departamento de emergencias en hombres con cáncer de próstata con diferentes niveles de autoeficacia.

En el año 2016 se realizó publicó el estudio “*Opioid-taking self-efficacy as influencing emotional status in patients with cancer pain*” por Ding, Liang, Wu, Liu, & Cheng realizado en un hospital de Taiwán. En el mismo se plantea que la autoeficacia en la toma de opioides se refiere a la creencia en su capacidad para tener una adecuada adherencia que tienen las personas para controlar el dolor del cáncer; además, mencionan que la autoeficacia es una variable potencialmente modificable y que puede proporcionar la base para intervenciones efectivas que mejoren los resultados de salud. Por este motivo el propósito del estudio fue evaluar cuánta de la variación en el estado emocional entre las personas de cáncer taiwaneses podría explicarse por la autoeficacia de tomar opioides.

El estudio fue transversal e incluyó a 109 pacientes con cáncer que tomaron analgésicos opioides recetados para el dolor relacionado con el cáncer la semana anterior y completaron la Escala de autoeficacia para el consumo de opiáceos (OTSES-CA por sus siglas en inglés) y la Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS por sus siglas en inglés).

Dentro de las conclusiones del estudio se destaca la existencia de un factor predictivo de la autoeficacia de la toma de opioides en la angustia emocional de estas personas, lo cual sugiere que una evaluación de la autoeficacia en la práctica puede ayudar a identificar a aquellas personas con riesgo de presentar un mal estado emocional. Por lo tanto, mencionan los investigadores que con los resultados del estudio se recomiendan las estrategias centradas en el desarrollo de la autoeficacia de las personas con cáncer, ya que estas son relevantes en el tratamiento con analgésicos opioides del dolor por cáncer, lo cual puede mejorar la angustia emocional de estas personas.

2.3.2 Antecedentes relacionados al estilo de vida promotor de salud

Una investigación sobre los estilos de vida promotores de salud en personas con cáncer encontrada fue la realizada en Estados Unidos en el año 2000 por Demark, Peterson, McBride, Lipkus y Clipp. La investigación fue titulada “***Current Health Behaviors and Readiness to Pursue Life-Style Changes among Men and Women Diagnosed with Early Stage Prostate and Breast Carcinomas***”

Esta investigación plantea que gracias a los avances en el diagnóstico temprano y tratamiento del cáncer existe un gran número de personas sobrevivientes de cáncer o que viven con la enfermedad, y que además tienen un alto riesgo de desarrollar tumores secundarios, diabetes, osteoporosis y enfermedades cardiovasculares, convirtiéndolos en una importante población objetivo para las intervenciones relacionadas con la salud, de las cuales existe poca información.

Es por lo anterior que los autores tienen como objetivo conocer el comportamiento de los sobrevivientes de cáncer y su interés en seguir dietas más saludables, el ejercicio y dejar de fumar. Para lograrlo diseñaron un estudio descriptivo, con 1667 personas con diagnóstico de carcinoma de mama o próstata en etapa temprana, a los cuales les enviaron por correo un cuestionario de 65 ítems que incluía: datos demográficos, comportamientos de salud, estado de preparación para dejar de fumar, ejercicio, mayor consumo de frutas y verduras y disminución de grasa ingesta, así como interés en programas de salud específicos.

En los resultados que la gran mayoría (85%) informaba que su salud era buena o excelente, pero concluyen que aunque muchos sobrevivientes de cáncer ya practican comportamientos saludables de estilo de vida, hay una proporción sustancial que no lo hacen. Además, mencionan que el 57% de los sobrevivientes de cáncer encuestados tiene una alta

receptividad hacia los programas de promoción de la salud, la cual debe iniciarse al momento del diagnóstico o poco después (dentro de 6 meses).

El estudio “*Conductas promotoras de salud en estudiantes de una institución de educación superior*” publicado por Triviño en el 2012 tuvo como objetivo determinar los factores predictores que influyen en conductas promotoras de salud según modelo de enfermería de Pender en estudiantes de una institución de educación superior de Cali, Colombia. Para lograrlo la autora planteó una investigación descriptiva correlacional, con muestra aleatoria estratificada de 384 estudiantes, a quienes se les pasó 4 instrumentos (escala estilo de vida promotor de salud II, percepción de autoeficacia, percepción del estado de salud y variables sociodemográficas) que medían las variables de conducta promotora de salud y los factores biopsicosocioculturales. Como resultado encontraron que los factores predictores que más influyen en la variabilidad de las Conductas Promotoras de Salud fueron la percepción del estado de salud, la percepción de autoeficacia y el tipo de relación familiar en la vivienda.

Otro estudio relacionado con el estilo de vida promotor en salud fue el realizado por Yi & Kim en 2013 en Corea, titulado “*Factors influencing health-promoting behaviors in Korean breast cancer survivors*”. Esta investigación tenía el propósito de examinar las relaciones entre el locus de control de la salud interna, la depresión, el apoyo social y las conductas promotoras la salud en las mujeres sobrevivientes de cáncer de mama en Corea e identificar cuales factores influyen en estas conductas.

La metodología utilizada fue un diseño predictivo y recolectaron datos por medio de un cuestionario (que incluía información sociodemográfica y relacionada a la enfermedad, la escala “la escala “Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D)” y para medir el

apoyo social “Personal Resource Questionnaire-II (PRQ-II)). Este cuestionario fue enviado por correo electrónico a una muestra por conveniencia de 258 sobrevivientes de cáncer de mama en Corea durante el 2007.

Los principales resultados encontrados fueron que las variables que más afectaron a un estilo de vida que promotor de salud fueron el apoyo social, seguido de la quimioterapia y la depresión. Los autores concluyeron que el estudio demuestra claramente la importancia del apoyo social y la depresión para explicar la ocurrencia de un estilo de vida que promueve la salud entre los sobrevivientes de cáncer de mama en Corea.

2.3.3 Antecedentes que establecen la relación entre autoeficacia y estilos de vida promotor de salud

Silva & Lautert en 2010 realizaron en Brasil la investigación “*The sense of self-efficacy in maintaining health promoting behaviors in older adults*”. En esta se realizó un abordaje cualitativo, con personas adultas mayores que asistían a un centro recreativo para la tercera edad en Porto Alegre (Brasil), con el objetivo de comprender la influencia del sentido de la autoeficacia en el mantenimiento de las conductas promotoras de la salud de dicha población.

La población constaba de 125 adultos mayores que asistían al centro recreativo y la muestra estuvo conformada de 11 personas adultas mayores (número definido al alcanzar saturación de la información) que alcanzaron puntajes con un desvío estándar igual o por encima de la media del grupo en el cuestionario sobre calidad de vida WHOQOL-bref.

En el análisis de contenido de las entrevistas realizadas surgieron cuatro elementos: actitudes y atributos personales positivos, expectativa de vivir mejor, expectativa de vivir más tiempo y priorizar las conductas promotoras de la salud.

Los investigadores recomiendan que tanto profesionales de enfermería como otros profesionales del área de la salud utilicen la teoría de autoeficacia como instrumento de educación en salud, ya que el fortalecimiento de este sentido ayuda al cumplimiento y el mantenimiento del comportamiento de los individuos.

Como conclusión, el estudio evidenció que dichos individuos mantienen conductas promotoras de la salud similares a los recomendados por profesionales y organizaciones de salud. Asimismo, los investigadores indican que el mantenimiento de tales conductas fue determinado por el sentido positivo de autoeficacia de esos individuos. Sin embargo, recalcan que tienen la limitante del tipo de estudio, ya que sus resultados no pueden generalizarse y evidencian que es necesario realizar estudios más extensos utilizando la teoría de la autoeficacia, así como el uso de instrumentos específicos para medirla.

En el año 2014 se publicó “*Effect of health on knowledge, self-efficacy and health behaviours of women with urinary tract infection*”, un estudio dirigido por Tehrani & Nikpour con el objetivo de investigar el efecto de la educación para la salud en el conocimiento, la autoeficacia y los comportamientos de salud de las mujeres con infección del tracto urinario. Este es un estudio cuasi-experimental, con diseño de prueba previa y posterior, realizado con 170 mujeres con infección del tracto urinario (ITU). Se realizaron administró un cuestionario a ambos grupos, antes de la intervención educativa y 12 semanas después. Los autores concluyeron que la educación para la salud tuvo efectos positivos en el conocimiento, la autoeficacia y conductas de salud en las mujeres con ITU, ya que los hábitos de salud desempeñan un papel importante en la aparición de ITU y que las expectativas de autoeficacia tienen un impacto directo en el comportamiento.

Específicamente en investigación con población oncológica que relaciona la autoeficacia con las conductas promotoras de salud se encuentra el estudio realizado por Stromborg, Pender, Walker, & Sechrist en 1990 titulado “***Determinants of Health-Promoting Lifestyle in Ambulatory Cancer Patients***” cuyo objetivo principal fue probar la utilidad del Modelo de Promoción de la Salud para explicar la aparición de estilos de vida que promueven la salud entre los pacientes con cáncer que reciben quimioterapia y radiación ambulatoria.

La metodología utilizada fue un estudio de tipo descriptivo correlacional, donde a una muestra de 385 personas con cáncer en tratamiento ambulatorio les administraron 7 instrumentos: importancia de la salud, percepción del control de la enfermedad, definición de salud (The Laffrey Health Conception Scale), percepción del nivel de salud, reacción al diagnóstico de cáncer (The Reaction to the Diagnosis of Cancer Questionnaire RDCQ), mediciones demográficas y estilo de vida saludable (The Health-Promoting Lifestyle Profile HPLP).

Los autores concluyen que los resultados del estudio apoyan la importancia de los factores cognitivos/perceptivos tanto relacionados con la salud en general como específicos del cáncer para explicar la ocurrencia de conductas que mejoran la salud entre los pacientes ambulatorios con cáncer, por lo tanto, estos factores pueden ser objetivos adecuados para intervenciones que fomenten la adopción de estilos de vida saludables.

En el año 2005 fue publicado el estudio “***Causal Relationship Between Health Promoting Behavior and Quality of Life in Cervical Cancer***” por Taechaboonsermsak, Kaewkungwal, Singhasivanon, Fungladda, & Wilailak. El mismo tenía como objetivo principal examinar las relaciones causales entre edad, educación, ingresos familiares y estadio del carcinoma, beneficios percibidos, barreras percibidas, autoeficacia percibida, conductas promotoras de

la salud y calidad de vida en pacientes con cáncer de cuello uterino. Realizaron para esto una investigación correlacional de corte transversal, con una muestra de 488 mujeres con cáncer de cérvix que asistían a radioterapia en 7 hospitales públicos de Tailandia y a quienes se les administraron 5 cuestionarios (formulario de datos personales, formulario de percepción cognitiva, escala de conductas promotoras de salud, cuestionario de apoyo social y el formulario de evaluación funcional de la terapia del cáncer FACT-G).

Como conclusión encontraron que el efecto directo de los factores estudiados sobre la calidad de vida demostró que los pacientes con cáncer cervicouterino con mayor práctica de conductas promotoras de salud tienden a tener una mejor calidad de vida. También rescatan la importancia del Modelo de Promoción de la Salud de Pender, ya que consideran que es una guía útil para explicar y predecir las conductas promotoras de salud y la calidad de vida de las personas.

Por último, se hace mención que a nivel nacional se encontró la estudio titulada “*Estilos de vida promotor de salud en personas trabajadoras de una institución pública costarricense: un análisis desde el modelo de Nola Pender*” realizada por Ramírez, Rodríguez, Rojas, Tames, & Vilchez en el año 2018. Este fue un proyecto final de graduación con la modalidad de seminario para obtener el grado de licenciatura en Enfermería.

El objetivo del trabajo fue analizar desde el modelo de Nola Pender, un estilo de vida promotor de salud en persona trabajadoras de una institución pública costarricense en el año 2017. La metodología utilizada fue de tipo cuantitativa descriptiva y transversal, con una muestra inicial de 95 personas y 64 que concluyeron todo el proceso de seguimiento de enfermería. La recolección de datos fue llevada a cabo por medio de un cuestionario biosociodemográfico, la Escala de Estilo de vida promotor de salud y el instrumento de

percepción de barreras y beneficios de la actividad física, además llevaron a cabo un registro de pasos diarios con un podómetro y datos antropométricos. Además, se realizaron sesiones individuales durante tres meses desde una intervención de enfermería basada en el modelo de promoción de la salud de Nola Pender.

En los resultados encontraron que según la Escala de Estilo de vida promotor de salud las dimensiones con puntajes más bajos fueron actividad física, manejo del estrés y responsabilidad en salud. También encontraron que la muestra tuvo un adecuado conocimiento de los beneficios de realizar ejercicio físico y una baja percepción de las barreras.

En sus conclusiones mencionan que la muestra con la que se trabajó consideró que el estilo de vida saludable se relaciona principalmente a la actividad física y nutrición, sin embargo, se necesita realizar intervenciones que hagan ver que el manejo del estrés, el crecimiento espiritual, relaciones interpersonales y la responsabilidad en salud son igualmente importante para mantener una vida saludable.

Capítulo III

Marco Metodológico

En la siguiente sección se explicará el diseño metodológico que se utilizará para hacer la investigación, el lugar donde se desarrollará, la población participante, técnicas de recolección de datos, análisis de estos, así como los principios bioéticos contemplados a lo largo de todo el proceso.

3.1 Diseño y tipo de investigación

Esta investigación tiene un enfoque cuantitativo debido a que se considera como el más apropiado para la verificación de hipótesis fundamentadas en el conocimiento teórico existente (Ugalde & Balbastre, 2013).

El tipo de investigación cuantitativa propuesto es el correlacional descriptivo, ya que mencionan Hernández, Fernández, & Baptista (2014) “estos diseños describen relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado”. (p. 157), pero hacen la mención que estos pueden identificar la relación correlacional y no necesariamente demostrar relaciones causales (causa-efecto). En la investigación propuesta se pretende demostrar la relación existente entre la autoeficacia y las conductas promotoras de salud de las personas con cáncer, sin llegar a demostrar alguna relación causal entre ellas. Por lo que cuando estos estudios “se limitan a relaciones no causales, se fundamentan en planteamientos e hipótesis correlacionales” (p.157).

Además, es una investigación de corte transversal, ya que se recolectaron datos en un solo momento, es decir que “las causas y los efectos ya ocurrieron en la realidad (estaban dados y manifestados) o suceden durante el desarrollo del estudio, y quien investiga los observa y reporta” (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014, p.158). El propósito según los autores es “describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como “tomar una fotografía” de algo que sucede” (p.154).

3.2 Lugar de la Investigación

Esta investigación se realizó en la Fundación Calidad de Vida para las personas con Cáncer (FUNCAVIDA), cuya sede se encuentra en San Ramón de Alajuela. Según la organización, su misión trabajar en favor de la calidad de vida, aduciendo condiciones de vulnerabilidad de las personas diagnosticadas con cáncer y su núcleo familiar directo, desarrollando programas y proyectos que estimulen la prevención del cáncer, promoción de la salud, la atención integral y reinserción sociolaboral, generando sensibilidad en la sociedad en torno a estilos de vida saludables.

3.3 Población de Estudio y Muestra

La población está conformada por las personas con cáncer y sobrevivientes de la enfermedad que forman parte de FUNCAVIDA. Esta organización cuenta con 60 miembros en total. Debido al tamaño de la población en esta investigación se trabajó con la totalidad de esta y no se utilizó un método de muestreo, esto con el fin de cumplir con los objetivos propuestos.

3.4 Criterios de Inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión que fueron tomados en cuenta para delimitar la población e incluidos en el estudio son: que sea

- Ser mayor de persona mayor de edad.
- Que sea miembro activo de FUNCAVIDA y participe de las actividades que se realizan en dicha organización.
- Persona con diagnóstico de cáncer o sobreviviente de la enfermedad, la cual podrá brindar la información requerida para el cumplimiento de los objetivos de la investigación.

En cuanto a los criterios de exclusión se encuentran:

- Personas con alguna alteración cognitiva y que le impida brindar información acerca de su experiencia con la enfermedad. Estas personas serán identificadas con ayuda de los líderes de la asociación y posteriormente los investigadores les realizarán un mini mental test para conocer qué grado de deterioro presentan.
- Personas con una crisis de la enfermedad o recaída del cáncer que le impida asistir las actividades de la asociación.
- - Personas que dependan de un o una cuidador(a) principal para realizar su autocuidado, ya que la investigación pretende obtener información sobre autoeficacia y conductas promotoras de salud de personas que se realizan el autocuidado por sí solas.

3.5 Sistema de variables

Para la realización de la operacionalización de variables se utilizó el formato que propone Barrantes (2013), en el cual se recolecta información de suma importancia como hechos, características o fenómenos que varían o toman diferentes valores.

Sistema de variables

Objetivo Específico	Variable	Definición Conceptual	Definición Instrumental	Ítem
Identificar factores personales	Factores personales	Se refiere a todos los factores relacionados con las personas que influyen en el individuo para que se relacione con su medio para desarrollar conductas promotoras de salud que incluyen factores biológicos, psicológicos y socioculturales. (Trejo, 2010, p. 40)	Cuestionario sociodemográfico	Pregunta N° 1 La persona encuestada escribirá cuál es su edad en años cumplidos.
				Pregunta N° 2 La persona encuestada escogerá una opción entre masculino y femenino, según corresponda.
				Pregunta N° 3 La persona encuestada indicará dónde vive actualmente.
				Pregunta N° 4 La persona encuestada indicará con quién vive.
				Pregunta N° 5 La persona encuestada escogerá una opción entre - Primaria incompleta -Primaria completa -Secundaria incompleta -Secundaria completa -Universidad incompleta -Universidad completa
				Pregunta N° 6 La persona encuestada escribirá en el espacio correspondiente la actividad a la que se dedica.
				Pregunta N° 7

Objetivo Específico	Variable	Definición Conceptual	Definición Instrumental	Ítem
				<p>La persona encuestada escogerá alguna de las opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Soltero/a -Casado/a -Divorciado/a -Viudo/a -Unión libre -Separado/a
				<p>Pregunta N° 8</p> <p>La persona encuestada indicará si tiene hijos o no.</p> <ul style="list-style-type: none"> -No -Si. Cuántos:
				<p>Pregunta N° 9</p> <p>La persona encuestada escribirá en el espacio correspondiente el tipo de cáncer con el que fue diagnosticada</p>
				<p>Pregunta N° 10</p> <p>La persona encuestada escribirá en el espacio correspondiente la fecha en que fue diagnosticada</p>
				<p>Pregunta N° 11</p> <p>La persona encuestada indicará en que estado de su enfermedad se encuentra</p> <ul style="list-style-type: none"> -En estudios iniciales -En tratamiento -En tratamiento por recidiva -En remisión

Objetivo Específico	Variable	Definición Conceptual	Definición Instrumental	Ítem
				Pregunta N° 12 Indique cual tratamiento recibió -Quimioterapia -Radioterapia -Cirugía -Otro:
				Pregunta N° 13 La persona encuestada indicará si presenta alguna secuela producto del cáncer o del tratamiento.
				Pregunta N° 14 La persona encuestada indicará en que centro médico recibe tratamiento y/o seguimiento del cáncer.
				Pregunta N° 15 La persona encuestada escribirá en el espacio correspondiente otras enfermedades que presenta.
				Pregunta N° 16 La persona encuestada marcará si necesita ayuda para su cuidado. En caso positivo deberá especificar de quién recibe el cuidado.
				Pregunta N° 17 La persona encuestada indicará en que actividades necesita ayuda.
				Pregunta N° 18

Objetivo Específico	Variable	Definición Conceptual	Definición Instrumental	Ítem
				<p>La persona encuestada indicará cuanto tiempo tiene de pertenecer a la fundación.</p> <p>Pregunta N° 19 La persona encuestada indicará como describe su estado de salud. -Excelente -Bueno -Regular -Malo</p>
Escala de autoeficacia de enfermedades crónicas				
<p>Describir el nivel de autoeficacia en las personas adultas con cáncer que asisten a una asociación</p>	<p>Autoeficacia</p>	<p>El juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud. (Pender, 1996, citado por Raile & Marriner, 2011, p. 438).</p>	<p>Escala de Autoeficacia de Enfermedades Crónicas</p>	<p>Pregunta N° 20 ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder evitar que la fatiga o cansancio debido a su enfermedad interfiera con las cosas que quiere hacer?</p> <p>La persona encuestada deberá marcar en una escala del 1 al 10 (1=muy insegura, 10=muy segura) cuál es su percepción de la capacidad que tiene para realizar lo que se pregunta.</p> <p>Pregunta N° 21 ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder evitar que las dolencias debido a su enfermedad interfieran con las cosas que quiere hacer?</p> <p>La persona encuestada deberá marcar en una escala del 1 al 10 (1=muy</p>

Objetivo Específico	Variable	Definición Conceptual	Definición Instrumental	Ítem	
				<p>insegura, 10=muy segura) cuál es su percepción de la capacidad que tiene para realizar lo que se pregunta.</p> <p>Pregunta N° 22 ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder evitar que el estado emocional debido a su enfermedad interfiera con las cosas que quiere hacer?</p> <p>La persona encuestada deberá marcar en una escala del 1 al 10 (1=muy insegura, 10=muy segura) cuál es su percepción de la capacidad que tiene para realizar lo que se pregunta.</p> <p>Pregunta N° 23 ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder evitar que algunos otros síntomas o problemas de salud que tiene interfieran con las cosas que quiere hacer?</p> <p>La persona encuestada deberá marcar en una escala del 1 al 10 (1=muy insegura, 10=muy segura) cuál es su percepción de la capacidad que tiene para realizar lo que se pregunta.</p>	
“Escala Estilo de vida promotor de salud”					
Objetivo	Variable	Dimensión	Definición conceptual	Definición instrumental	Ítem
Describir el nivel de autoeficacia en	Estilo de vida	Responsabilidad en salud	Implica un sentido activo de responsabilidad por el propio		Preguntas N°

Objetivo Específico	Variable	Definición Conceptual		Definición Instrumental	Ítem
las personas adultas con cáncer que asisten a una asociación	promotor de salud		bienestar. Incluye prestar atención a la propia salud, educarse a sí mismo sobre la salud y ejercer un consumismo informado al buscar asistencia profesional. (Walker, Sechrist, & Pender, 1995)	Escala Estilo de vida promotor de salud	26, 32, 38, 44, 50, 56, 62, 68, 74 La persona encuestada deberá marcar en la escala la frecuencia con que realiza la actividad Nunca (1) Algunas veces (2) Frecuentemente (3) Rutinariamente (4)
		Actividad física	Es la participación regular en actividades ligeras, moderadas y / o vigorosas. Puede ocurrir dentro de un programa planificado y monitoreado por para un buen estado físico y salud o incidentalmente como parte de la vida diaria o las actividades de ocio. (Walker, Sechrist, & Pender, 1995)		Preguntas N° 27, 33, 39, 45, 51, 57, 63, 69 La persona encuestada deberá marcar en la escala la frecuencia con que realiza la actividad Nunca (1) Algunas veces (2)

Objetivo Específico	Variable	Definición Conceptual		Definición Instrumental	Ítem
					Frecuentemente (3) Rutinariamente (4)
		Nutrición	<p>Implica la selección y el consumo de alimentos que son esenciales para el sustento, la salud y el bienestar. Incluye la elección de una dieta diaria saludable que cumpla con las pautas proporcionadas por la Guía Pirámide de los Alimentos. (Walker, Sechrist, & Pender, 1995)</p>		Preguntas N° 25, 31, 37, 43, 49, 55, 61, 67, 73 La persona encuestada deberá marcar en la escala la frecuencia con que realiza la actividad Nunca (1) Algunas veces (2) Frecuentemente (3) Rutinariamente (4)
		Crecimiento espiritual	<p>Se enfoca en el desarrollo de recursos internos y se logra a través de la trascendencia, la conexión y el desarrollo. Trascender nos pone en contacto con nuestros seres más equilibrados; nos proporciona paz interior y nos abre la posibilidad de crear nuevas opciones para</p>		Preguntas N° 29, 35, 41, 47, 53, 59, 65, 71, 75 La persona encuestada deberá marcar en la escala la frecuencia con

Objetivo Específico	Variable	Definición Conceptual		Definición Instrumental	Ítem	
			<p>convertirnos en algo más al ir más allá de quiénes y qué somos. Conectarse es el sentimiento de armonía, plenitud y conexión con el universo. Desarrollar implica maximizar el potencial humano para el bienestar a través de la búsqueda de un significado, encontrar un sentido de propósito y trabajar hacia los objetivos de la vida. (Walker, Sechrist, & Pender, 1995)</p>			<p>que realiza la actividad Nunca (1) Algunas veces (2) Frecuentemente (3) Rutinariamente (4)</p>
		Relaciones interpersonales	<p>Es el uso de la comunicación para lograr un sentido de intimidad y cercanía dentro de relaciones significativas con los demás. La comunicación implica compartir pensamientos y sentimientos a través de mensajes verbales y no verbales, (Walker, Sechrist, & Pender, 1995)</p>			<p>Preguntas N° 24, 30, 36, 42, 48, 54, 60, 66, 72 La persona encuestada deberá marcar en la escala la frecuencia con que realiza la actividad Nunca (1) Algunas veces (2) Frecuentemente (3) Rutinariamente (4)</p>

Objetivo Específico	Variable	Definición Conceptual		Definición Instrumental	Ítem
		Manejo del estrés	Implica la identificación y movilización de recursos psicológicos y físicos para controlar o reducir efectivamente la tensión. (Walker, Sechrist, & Pender, 1995)		Preguntas N° 28, 34, 40, 46, 52, 58, 64, 70 La persona encuestada deberá marcar en la escala la frecuencia con que realiza la actividad Nunca (1) Algunas veces (2) Frecuentemente (3) Rutinariamente (4)

3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La recolección de los datos de esta investigación será por medio de un cuestionario, el cual consiste en obtener información de los sujetos de estudio por medio de una serie de preguntas relacionados con la temática. El cuestionario contiene "...un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir. Debe ser congruente con el planteamiento del problema e hipótesis" (Brace, 2008, citado por Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p.217).

El cuestionario que se utilizará (anexo 2) incluye tres apartados con lo que se recolectará la información de las variables en estudio: Cuestionario Sociodemográfico, Cuestionario "Perfil de estilo de vida promotor de salud II" y la Escala de autoeficacia de enfermedades crónicas. A continuación, se describirán cada uno de estos apartados.

3.6.1 Cuestionario sociodemográfico.

El mismo fue creado por los sustentantes de esta tesis con el fin de recolectar información sobre las variables sociodemográficas de las personas que participaron en el estudio e incluía información como edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, lugar de residencia, número de hijos, antecedentes patológicos, tipo de cáncer que presenta, fecha del diagnóstico, tratamiento recibido, apoyo familiar.

3.6.2 Escala estilo de vida promotor de salud II.

La "Escala estilo de vida promotor de salud" es una adaptación del instrumento conocido como "Health-Promoting Lifestyle Profile" (conocido por sus siglas en inglés como HPLP) y fue creado por Walker, Sechrist y Pender en 1987. En 1997 el mismo es revisado por Walker & Hill-Polerecky para reflejar con mayor precisión la literatura y la práctica actuales y para lograr un mejor equilibrio entre las subescalas, versión que se conoce como HPLP II.

Esta escala ha sido traducida y validada a varios idiomas, incluido el español por Hulme et al., (2010).

El instrumento consta de 52 ítems relacionados a 6 dimensiones (crecimiento espiritual, manejo del estrés, actividad física, relaciones interpersonales, nutrición y responsabilidad en salud) y las personas encuestadas deben indicar con qué frecuencia se involucran en cada comportamiento que se menciona utilizando para ello una escala de tipo likert que varía de 1 a 4 donde 1 N=Nunca, 2 A=Algunas veces, 3 M=Frecuentemente y 4 R=Rutinariamente.

Walker, Sechrist y Pender (1995) indican que para obtener el puntaje de la escala estilo de vida promotor de salud se calcula el promedio de las respuestas de las personas a los 52 ítems; asimismo, se puede obtener los 6 puntajes de las subescalas de manera similar al calcular la media de las respuestas a los ítems de cada subescala. Además, recomiendan el uso de la media en lugar de sumar las respuestas de los ítems de la escala para mantener el resultado en una métrica de 1 a 4, lo que permitiría realizar comparaciones significativas de puntajes entre subescalas.

En esta investigación se utilizará la “Escala estilo de vida promotor de salud II” (validada en Estados Unidos con población hispana). En cuanto a su validez y confianza, con sus dimensiones explican el 45,9% de la varianza y además presenta una fiabilidad entre 0,7 y 0,9 y que para la escala completa es de 0,9 (Salazar, Isabel, Lemasoto, Arevalos, Cardona, & Alarcon, 2010, p.601).

3.6.3 Escala de autoeficacia de enfermedades crónicas.

Esta escala es conocida en inglés como Self-Efficacy to Manage Chronic Disease Scale (SEMCD-S), desarrollada y probada en español por Loring, Ritter, & González (2003) para el estudio de autocontrol de enfermedades crónicas (Tomando Control de su Salud).

La escala pretende medir la autoeficacia de una persona en cuanto al manejo de su enfermedad crónica. Este instrumento cuenta con 4 ítems que preguntan a los participantes sobre su certeza para controlar la fatiga, el dolor, la angustia emocional y otros síntomas causados por su enfermedad para poder realizar las actividades diarias, a los cuales se les da un puntaje del 1(muy inseguro/a) al 10 (muy seguro/a); mayor el número indica mayor autoeficacia. La escala en español fue validada con población hispana residente en Estados Unidos y tiene un coeficiente alfa de cronbach de .85 (n 147) y una validez de prueba-reevaluación de .80 (n 20) (Lorig, Ritter, & González, 2007).

3.7 Procedimientos de reclutamiento y recolección de datos

Los investigadores realizaron el contacto con la administradora de FUNCAVIDA para explicar el propósito de la investigación y determinar el interés en participar. Una vez aprobado el estudio de este proyecto de investigación por el Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica (CEC-UCR), los investigadores coordinarán con la administración de la asociación una sesión grupal de reclutamiento y recolección de datos, de forma que esta se lleve a cabo los días que haya alguna actividad y se logre captar a la mayor cantidad de personas. Para motivar a las personas a participar en estas actividades, se hará uso de publicidad (física y/o digital). La administración de la asociación destinará una sala donde los investigadores puedan reunir a las personas participantes, realizar el procedimiento de consentimiento informado y posteriormente llenar los cuestionarios. Para poder captar a toda la población este procedimiento se puede realizar en varios días y actividades, de manera que si una persona ya participó no debe de volver a completar los cuestionarios.

Al ser el cuestionario autoadministrado en grupo, se reunirán a varias personas participantes en un lugar y estas deberán contestar directamente, sin ningún intermediario que responda por ellas. En caso de que la persona cumpla con los criterios de reclutamiento pero tenga alguna dificultad para visualizar el cuestionario o si necesita ayuda para llenarlo los investigadores podrían aplicarlo en forma de entrevista, pero se aclara que solo en estos casos especiales.

3.8 Análisis de los Datos

Posterior a la recolección de los datos se procedió a revisar los cuestionarios y se realizará la codificación de los datos, así como la digitación de estos. Para el análisis de los datos se realizará una base de datos para la codificación, utilizando el programa libre PSPP, con el fin ordenarlos y poder disponer de la información obtenida.

Además, con la información recolectada se utilizarán elementos de estadística descriptiva, ya que esta permite la descripción de las variables en estudio al recoger y resumir una serie de datos, de manera que las características y relaciones entre los elementos sean fácilmente comprensibles (Gómez, 2012). En esta investigación se utilizaron las siguientes técnicas de estadística descriptiva: uso de cuadros, gráficos, el cálculo de promedios, porcentajes y medidas de variabilidad.

Por otro lado, se utilizó la estadística inferencial (correlaciones de Pearson) para facilitar la comprensión y el análisis de los resultados de la investigación al medir el grado de relación entre las variables de autoeficacia y conductas promotoras de salud. De acuerdo con Gerrish y Lacely (2008) el cálculo del coeficiente de correlación de Pearson permite evaluar si existe entre dos variables continuas. Además, permite mediante la correlación bivariada, medir la magnitud de la relación entre dos variables (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). A su

vez, el análisis de correlación permite conocer la naturaleza de una relación entre dos variables, es decir, si corresponde a una relación positiva o negativa; así como también permite conocer la magnitud/fuerza de la relación (Burns y Grove, 2012).

Según Hernández, Fernández y Baptista (2014), el valor del resultado de correlación o coeficiente de Pearson (r) varía en el intervalo $[-1,1]$, indicando el signo el sentido de la relación. Un valor r igual a 1 indica que existe una correlación positiva perfecta, lo que indica una dependencia total entre las dos variables denominada relación directa, ya que cuando una de ellas aumenta la otra también lo hace en proporción constante. Si valor de r es mayor a 0 pero menor a 1 implica que existe una correlación positiva. Si el valor de r es igual a 0 significa que no existe una relación lineal entre las variables. Un valor r mayor a -1 pero menor a 0, indica que existe una correlación negativa. Mientras que un valor r igual a -1 implica que existe una correlación negativa perfecta, lo que indica una dependencia total entre las dos variables llamada relación inversa: cuando una de ellas aumenta, la otra disminuye en proporción constante (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

En cuanto a la fuerza de la relación, esta disminuye a medida que los valores positivos o negativos de r se aproximan a 0. Es así como un valor r menor a 0.3 o -0.3 significa que existe una relación débil, mientras que si el valor r está por encima de 0.5 o -0.5 se considera que la relación es fuerte (Burns y Grove, 2012).

3.9 Consideraciones Éticas

Este estudio será llevado a cabo tomando en cuenta los principios de la bioética con el fin de garantizar un adecuado desarrollo de todo el proceso de investigación y preservar los derechos de los participantes de esta. El Informe de Belmont publicado en 1978, contiene los

principios que pretenden mejorar las prácticas de investigación en el área de la salud, garantizando así la seguridad de los seres humanos involucrados (Campos, 2008). Los principios de la bioética contemplados en dicho informe son los siguientes:

- Principio de autonomía: es el derecho que tienen las personas participantes en la investigación de decidir libremente si desean participar o no del estudio, siendo conscientes de sus propias acciones y decisiones. Relacionado con lo anterior menciona Campos (2008) que “autónoma será aquella persona con capacidad para obrar y con la facultad de enjuiciar razonablemente el alcance de sus actuaciones y de responder por sus consecuencias” (p. 4). La máxima expresión de este principio corresponde al consentimiento informado (Anexo 1), el cual deberá ser aclarado por los investigadores y leído, analizado y firmado voluntariamente por los y las participantes. Asimismo, las personas serán libres de retirarse de la investigación en el momento que así lo desee, sin que esto genere ninguna responsabilidad de su parte.

Los investigadores serán quienes obtendrán el consentimiento informado de los participantes. La obtención del consentimiento informado se llevará a cabo en las instalaciones de la asociación FUNCAVIDA, en los días que se coordine la recolección de datos. El procedimiento que se realizó fue el siguiente: se contactará a los posibles participantes en la asociación FUNCAVIDA, luego se destinará una sala tranquila para que los investigadores expliquen en que consiste la investigación, que se espera de las personas participantes, riesgos y beneficios, confidencialidad de la información; seguidamente se evacuarán las dudas que las personas puedan tener y se procederá a la firma de documento “consentimiento

informado” (documento adjunto). Esto se podrá hacer en forma grupal, siempre brindando un tiempo para la evacuación de dudas y preguntas.

- Principio de no maleficencia: este principio garantiza que toda persona participante de la investigación haya sido respetada en su integridad física y psicológica, y que por ningún motivo su participación en el estudio representará un peligro. Campos (2008) menciona que este principio “nos obliga a no perjudicar a los demás” (p. 4). En el presente estudio se contemplarán las medidas necesarias para minimizar los riesgos que puedan derivarse de la investigación.

Los riesgos que las personas pueden presentar al participar de este estudio están en su mayoría relacionados al llenado del cuestionario, por ejemplo, que presenten incomodidad o molestia al responder alguna pregunta. Sin embargo, se hará énfasis en que la persona puede no responder a alguna pregunta o bien dejar de participar en el estudio si así lo desea y sin sufrir ninguna consecuencia. También, existe el riesgo mínimo de pérdida de privacidad. Sin embargo, no se le forzará a dar información que no desee brindar, la información será recolectada en un lugar privado y se le garantiza la confidencialidad de sus respuestas, ya que serán ligadas a un código y no a su información personal. Además, los investigadores cuentan con formación en salud mental, por lo que podrían atender a las personas en caso necesario.

- Principio de beneficencia: este principio compromete a los investigadores a proporcionar beneficios a las personas participantes, de forma que no sientan que fueron simplemente utilizadas para el estudio. Campos (2008) menciona que

“claramente el principal obstáculo deriva de las diferentes concepciones de las que parte cada uno a la hora de estimar lo que considera beneficio o perjuicio.” (p. 4)..

La persona participante podrá al llenar los cuestionarios reflexionar sobre su enfermedad y autocuidado. También se les comunicarán los resultados de la investigación por diferentes medios.

Asimismo, existe un beneficio para la población ya que con los resultados de este estudio se obtendrá información acerca de autoeficacia y estilos de vida saludable de la persona con cáncer, lo cual contribuirá con la investigación en oncología y con el planteamiento de futuras intervenciones que beneficiarían a otras personas con esta enfermedad en el futuro. Este diagnóstico será de utilidad para la organización y se podrán tomar medidas para mejorar o mantener aquellos aspectos que resalten en este trabajo.

- Principio de justicia: por último, este principio es garante de que se realice una distribución equitativa de los derechos y beneficios que pudiesen surgir de la investigación. Al realizar este estudio no se discriminará a ninguna persona que desee participar de forma voluntaria y que cumpla con los criterios de inclusión que fueron planteados anteriormente.

Es importante mencionar también que esta investigación cumplirá con los aspectos ético-legales de dicta la legislación vigente “Ley 9234 Reguladora de la Investigación Biomédica”, así como también con el cumplimiento del Reglamento Ético Científico de la Universidad de Costa Rica para las Investigaciones en las que participan seres humanos. Como parte del cumplimiento de dichos aspectos legales, los investigadores aprobaron el curso “Buenas

Prácticas de Investigación Biomédica” y posteriormente fueron acreditados como investigadores observacionales ante el Consejo Nacional de Investigación en Salud (CONIS).

Cabe mencionar también que otro de los requisitos que se cumplirá será la revisión y la aprobación por parte del Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica del anteproyecto de investigación

3.10 Confidencialidad y resguardo de la información

Los investigadores harán un estricto manejo de los datos y la confidencialidad de la información, para esto se resguardarán los datos y el acceso a la información por medio de mueble bajo llave e información en digital por medio de una memoria extraíble encriptada (con contraseña); únicamente los investigadores tendrán acceso a la información una vez recolectada. Los datos serán guardados por un periodo de 5 años. A cada participante se le dará un código de identificación y no se manejarán juntos los datos personales y los datos relacionados con las variables de interés. Para resguardar la privacidad, los datos se recolectarán en un lugar privado que dispondrá la asociación para este fin.

Los datos obtenidos por medio de la investigación serán empleados para el trabajo final de graduación y su defensa pública. Los mismo se le harán llegar (sin información de identificación individual de los participantes) a la asociación.

Además, se aclara que los datos pueden ser utilizados para actividades de divulgación científica como artículos, ponencias o posters y los mismos siempre se manejarán de forma agregada y no individual.

Capítulo IV

Resultados

En el presente apartado se expondrán los principales resultados de las variables estudiadas, obtenidos a partir de la aplicación de los cuestionarios a la población descrita. Como se mencionó anteriormente, el cuestionario implementado constaba de tres partes, en donde la primera solicita información sociodemográfica de la persona participante, la segunda consta de la escala de Autoeficacia y por último, el cuestionario sobre Estilos de Vida Promotor de la Salud.

4.1 Selección de la población.

Posterior al permiso remitido por parte del CEC-UCR, así como la exposición del tema a la administradora y psicóloga de la fundación FUNCAVIDA, y su autorización para realizar la investigación en sus instalaciones, se procedió a conocer a la población y determinar según criterios de inclusión, quienes podía participar de la investigación.

La fundación FUNCAVIDA cuenta con una población de 60 personas, sin embargo, según los criterios de inclusión y exclusión, 7 personas no cumplían con los mismos, dado que 2 son menores de edad, 1 de ellas se encuentra actualmente en condición de encamamiento por su diagnóstico oncológico avanzado, 1 de las participantes estaba en proceso de recuperación post quirúrgico por lo que no había vuelto a la fundación, dentro de la población, hay 1 persona que asiste a la fundación por otro diagnóstico que no es oncológico, y 2 de ellas, según refirió la psicóloga encargada, no han vuelto a la fundación. Por otra parte, hubieron 3 personas a las que no se logró captar puesto que no se presentaron los días que se asistió a la fundación para la aplicación de los cuestionarios, por lo que se acordó con la psicóloga captarlos de manera individual coordinando un día que llegaran estas 3 personas, sin embargo, debido a la situación que se empezó a vivir a causa de la pandemia por el COVID-19, la fundación se vio obligada a suspender todas

las actividades con las personas que asisten a la misma, no logrando obtener la información de estas personas. Por lo tanto, se logró captar 50 personas en total para la implementación de este estudio.

La aplicación del consentimiento informado y el cuestionario en sí, se llevó a cabo en 5 sesiones, previo al inicio de los talleres que desarrolla la psicóloga para los y las integrantes de la fundación tres veces a la semana. El espacio utilizado fue el área para los talleres y charlas, el cual es un lugar amplio, ventilado y cada persona tiene su espacio personal para completar el consentimiento y el cuestionario. Cabe mencionar también que, durante la aplicación de los mismos, muchas de las personas requirieron asistencia para completar el cuestionario puesto que se les dificultaba leer. Especialmente fueron adultos mayores.

4.2 Características sociodemográficas

En el presente apartado, se describirán las características sociodemográficas de los y las participantes. En la tabla 2 se muestra la distribución de los mismos, de acuerdo a su edad, sexo y residencia.

Las personas participantes fueron agrupadas en rangos etarios, en donde un 72% de la población supera los 56 años de edad. Asimismo, el promedio de edad es de 59 años y la mediana es de 60. Se destaca también que la edad mínima de la población es de 32 años y la máxima de 78 años. Las personas que participaron son en su mayoría mujeres, amas de casa. La mayoría de la población tiene hijos (90%), con una moda de hijos es 2 a 3.

Además, la mitad de la población se encuentra casada y en su mayoría viven acompañadas(os), con su lugar de residencia en el cantón de San Ramón.

Tabla 2*Distribución de los participantes según datos sociodemográficos*

Variable	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
EDAD		
31-35	1	2
36-40	4	8
41-45	3	6
46-50	4	8
51-55	2	4
56-60	11	22
61-65	9	18
66-70	9	18
71-75	5	10
76-80	2	4
SEXO		
Mujeres	41	82
Hombres	9	18
ESTADO CIVIL		
Casado	25	50
Soltero	8	16
Divorciado	7	14
Separado (a)	6	12
Viudo (a)	2	4
Unión Libre	2	4
RESIDENCIA		
San Ramón	38	76
Palmares	9	18
Esparza	1	2
Miramar	1	2
Santa Ana	1	2
ESCOLARIDAD		
Primaria incompleta	9	18
Primaria completa	21	42
Secundaria incompleta	11	22
Secundaria completa	2	4
Técnico profesional	1	2
Bachillerato universitario incompleto	2	4
Licenciatura universitaria incompleta	1	2
Licenciatura universitaria completa	3	6

Fuente: Cuestionario datos sociodemográficos aplicado a las personas participantes.

Por último, se indagó sobre la escolaridad de los y las participantes, obteniéndose que casi la mitad de la población solamente cuenta con primaria completa, seguido por quienes cursaron secundaria de forma incompleta, y un pequeño porcentaje posee estudios superiores completos.

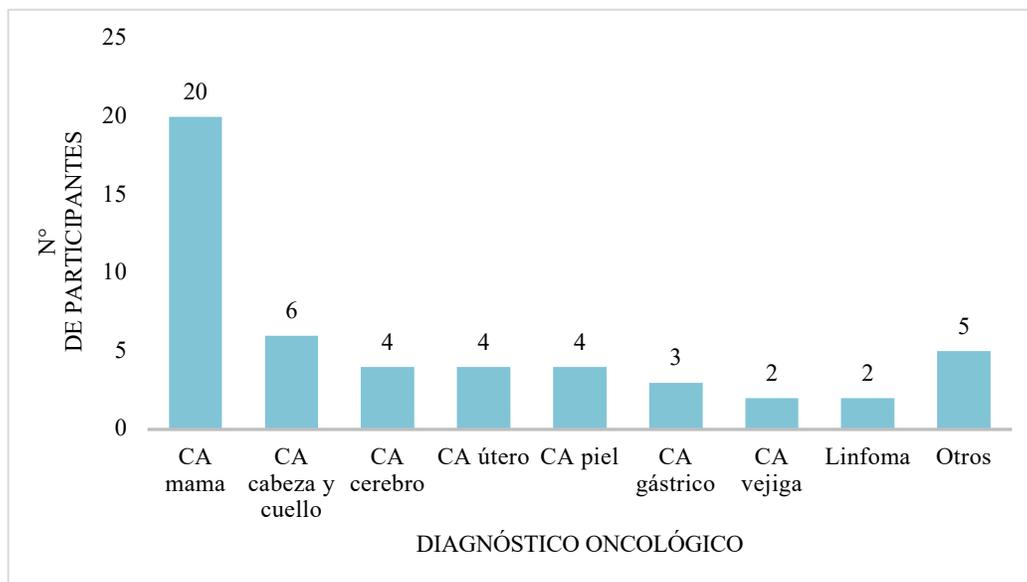
4.3 Datos oncológicos de la población.

En el siguiente apartado se expondrán los datos obtenidos acerca de la historia oncológica de la población en estudio, datos que más adelante proporcionarán sustento al análisis de los resultados.

Para esta información se les consultó primeramente por el diagnóstico oncológico (figura 5), encontrándose la mayoría con diagnóstico de cáncer de mama, seguido por un 12% de participantes con el diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello. El restante de la población se distribuyó en el diagnóstico de 11 distintos tipos de cáncer como se expone a continuación.

Figura 5

Distribución de participantes del estudio según diagnóstico oncológico.



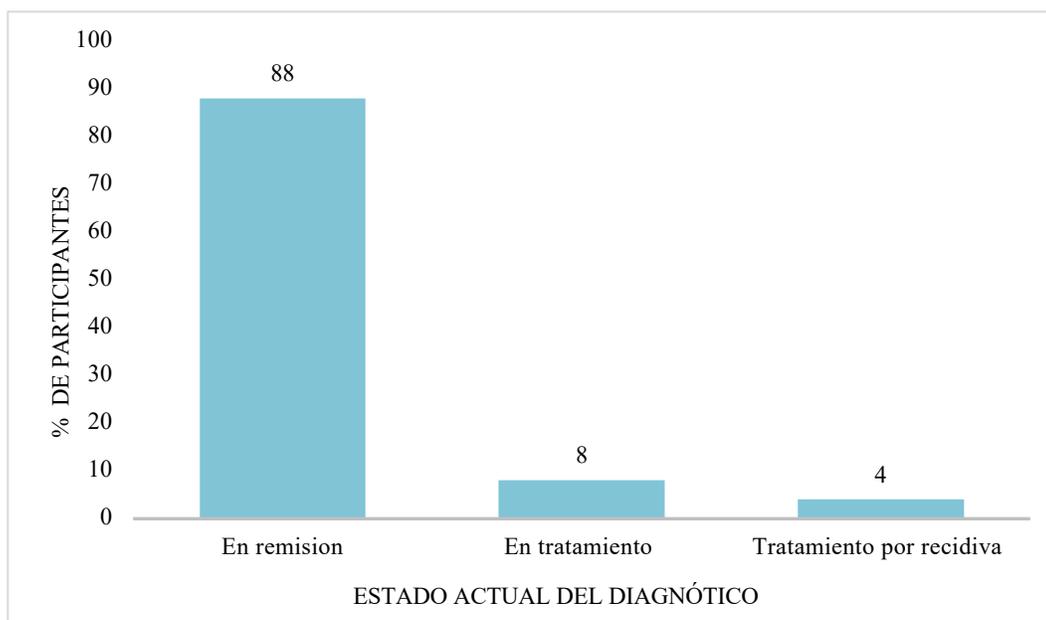
Fuente: Cuestionario datos sociodemográficos aplicado a las personas participantes.

Se buscó además conocer el tiempo transcurrido desde el diagnóstico del cáncer, en donde la mínima fue de 1 año y la máxima más de 15 años. Estos datos fueron distribuidos según rangos, en donde el grupo entre 10-15 años fue el de mayor frecuencia, con un 26% del total, sin embargo, cabe mencionar que la población que se encuentra entre 1 hasta 6 años desde el diagnóstico representa un grupo importante, distribuido en 3 rangos de tiempo distintos.

La figura 6 expone la condición actual con respecto a su diagnóstico, evidenciándose que casi el total de la población se encuentra en remisión, a diferencia de una porción pequeña que se encuentran en tratamiento.

Figura 6

Distribución de participantes del estudio según estado actual del diagnóstico oncológico.



Fuente: Cuestionario datos sociodemográficos aplicado a las personas participantes.

Siguiendo la línea del tratamiento se consultó a los y las participantes si fueron sometidos a alguna de las tres grandes líneas de tratamiento: quimioterapia, radioterapia, y cirugía. En

cuanto a la quimioterapia, un 56% de la población recibió este tratamiento, del cual la mayoría de este porcentaje no recuerda el nombre del quimioterapéutico.

Por su parte, la radioterapia fue aplicada en un 54% de la población, y de este total, el sitio anatómico irradiado que se menciona con más frecuencia en esta porción de la población son las mamas, con un 22% del total de participantes.

Por último, en cuanto al tratamiento se refiere, se interrogó si habían sido sometidos a cirugía como tratamiento para su diagnóstico oncológico, mostrándose que un 84% de la población tuvo algún tipo de cirugía, siendo la moda de esta parte de la población, la cirugía de mama con un 36% del total en esta muestra. Cabe mencionar, que otra gran parte de la población se dividió en 4 tipos de cirugías distintas, con porcentaje de 6% para cada caso en cirugía de cabeza y cuello, histerectomía, resección de piel y gastrectomía.

Un 12% del total de la población afirmó haber recibido otro tipo de tratamiento, siendo la medicina alternativa un 8% y un 4% para la terapia hormonal.

Todo tipo de diagnóstico oncológico tiene la posibilidad de desencadenar secuelas que interfieran con la capacidad física para la realización de distintas actividades y las personas participantes afirmaron en su mayoría haber tenido alguna secuela por cáncer.

Partiendo de la interrogante anterior, se buscó conocer acerca del requerimiento de asistencia en el cuidado diario, sin embargo, sólo el 24% de la población afirmó necesitar algún tipo de ayuda para ciertas actividades, a quienes les asiste generalmente hijos o algún familiar según refirieron, en especial para alzar objetos pesados, la limpieza del hogar y el acompañamiento a citas médicas, sumando estas tres actividades un 18% del total de esta porción de la población.

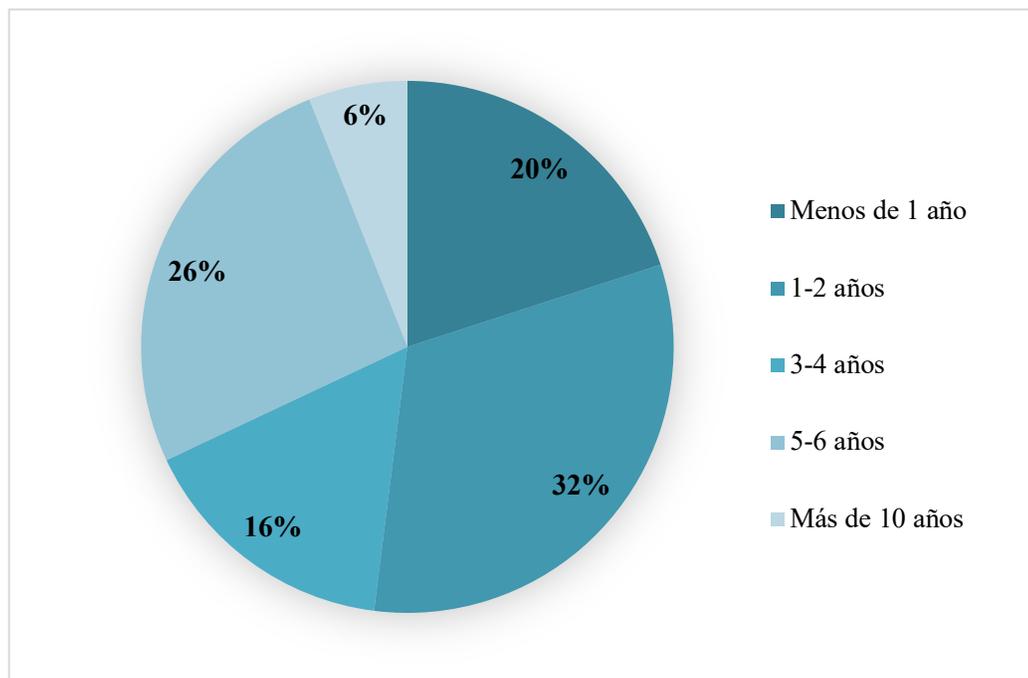
Se consultó a cada participante además, acerca del lugar en donde ha recibido su tratamiento oncológico, siendo el Hospital México, el centro de salud al que la mayoría de la población ha sido intervenida mediante algún tratamiento, elevándose a un 62% del total de los y las participantes.

Se interrogó a cada participante acerca de si sufren otras enfermedades crónicas, a lo que un 74% de la población afirmó sufrir alguna enfermedad, siendo la más frecuente la hipertensión arterial, la cual es acompañada de otras enfermedades como la diabetes o fibromialgia.

Por otra parte, se le consultó a la población sobre el tiempo de pertenecer a la Fundación, en la figura 7, se muestra el lapso de tiempo entre diferentes grupos en los que se dividió la población según su tiempo de pertenecer a este lugar.

Figura 7

Distribución de participantes del estudio según tiempo en años de pertenecer a la Fundación.



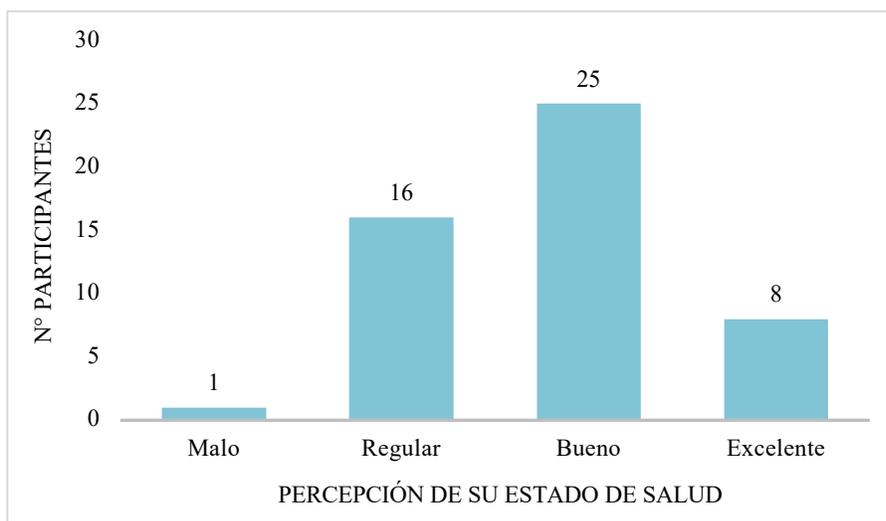
Fuente: Cuestionario datos sociodemográficos aplicado a las personas participantes.

Se determinó que el rango de tiempo de pertenecer a la fundación va desde 1 día hasta 13 años. En su mayoría las personas participantes tienen de 1 a 2 años de asistir a la fundación, seguido de un 26% que tiene de 5 a 6 años de asistencia. Así mismo, se evidencia que hay un pequeño porcentaje que tienen más de 10 años de pertenecer a este grupo.

Por último, se indagó en la población sobre cómo consideran su estado de salud en términos generales, en la figura 8 se muestra la percepción de cada participante.

Figura 8

Distribución de participantes del estudio según percepción de su estado de salud en términos generales.



Fuente: Cuestionario datos sociodemográficos aplicado a las personas participantes

En el gráfico se muestra, que la mayoría de la población tiene una percepción positiva de su salud, evidenciándose que un 66% de la población consideran su estado de salud entre “bueno” y “excelente”, en contraparte de un 32% que consideran su estado de salud como “regular”, sólo una persona calificó su estado de salud como “malo”.

4.4 Autoeficacia para el manejo de enfermedades crónicas

A continuación, se presentan los resultados obtenidos para la variable autoeficacia, la cual se midió por medio de las 4 preguntas que conforman la Escala de Autoeficacia de

Enfermedades Crónicas. La tabla 3 muestra la distribución de las respuestas obtenidas según promedio, desviación estándar y rangos.

Tabla 3

Respuestas a los ítems de la "Escala de autoeficacia de enfermedades crónicas" según Promedio, Desviación Estándar y Rangos (N=50).

Ítem	Promedio	Desviación estándar	Rango obtenido	Rango posible
¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder evitar que la fatiga o cansancio debido a su enfermedad interfiera con las cosas que quiere hacer?	7.22	2.05	1-10	1-10
¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder evitar que las dolencias debido a su enfermedad interfieran con las cosas que quiere hacer?	7.30	2.07	3-10	1-10
¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder evitar que el estado emocional debido a su enfermedad interfiera con las cosas que quiere hacer?	7.92	1.98	1-10	1-10
¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder evitar que algunos otros síntomas o problemas de salud que tiene interfieran con las cosas que quiere hacer?	7.38	2.20	2-10	1-10

Fuente: Escala de Autoeficacia de Enfermedades Crónicas aplicado a las personas participantes.

De acuerdo con estos resultados puede observarse que el promedio de las respuestas de las personas participantes para los cuatro ítems fue de 7 aproximadamente, lo que significa las personas se encontraban cerca a sentirse muy seguras con los escenarios planteados. Asimismo, de acuerdo con estos resultados obtenidos, la población en promedio obtuvo una Autoeficacia de Enfermedades Crónicas total en promedio de 7.46, lo cual significa que la autoeficacia tiene una tendencia a tener valores altos, por encima del valor del medio.

En cuanto a los valores de desviación estándar, se observó que para las cuatro preguntas fue de alrededor de 2, lo que indica que los datos tienden a estar agrupados cerca del promedio y por ende hay menos variabilidad.

A continuación, se presenta la tabla 4 con los resultados de las cuatro preguntas de la Escala de Autoeficacia de Enfermedades Crónicas, con el fin de ser discutidos con más profundidad. El 62% de las personas participantes marcaron un resultado mayor a 7 en los ítems relacionados con la autoeficacia para evitar la fatiga o el cansancio y la autoeficacia para evitar que las dolencias debido a su enfermedad interfiera con las cosas que quiere hacer. Mientras que un 80% de las personas participantes indicaron un resultado mayor 7 en los ítems relacionados con la autoeficacia a poder evitar que el estado emocional debido a su enfermedad interfiera con las cosas que quiere hacer. Asimismo, los ítems relacionados con la autoeficacia poder evitar que algunos otros síntomas o problemas de salud que tiene interfieran con las cosas que quiere hacer, un 68% de las personas participantes marcaron un resultado mayor 7

Tabla 4

Resultados de los ítems de la “Escala de Autoeficacia de Enfermedades Crónicas” (N=50)

ítem	1- Muy inseguro(a)		2		3		4		5		6		7		8		9		10- Muy seguro(a)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder evitar que la fatiga o cansancio debido a su enfermedad interfiera con las cosas que quiere hacer?	1	2%	0	0%	0	0%	1	2%	11	22%	6	12%	6	12%	12	24%	3	6%	10	20%
¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder evitar que las dolencias debido a su enfermedad interfieran con las cosas que quiere hacer?	0	0%	0	0%	1	2%	0	0%	16	32%	2	4%	6	12%	9	18%	4	8%	12	24%
¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder evitar que el estado emocional debido a su enfermedad interfiera con las cosas que quiere hacer?	1	2%	0	0%	0	0%	2	4%	3	6%	4	8%	8	16%	8	16%	12	24%	12	24%
¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder evitar que algunos otros síntomas o problemas de salud que tiene interfieran con las cosas que quiere hacer?	0	0%	1	2%	1	2%	4	8%	8	16%	2	4%	5	10%	9	18%	11	22%	9	18%

Fuente: Escala de Autoeficacia de Enfermedades Crónicas aplicado a las personas participantes.

4.5 Conductas promotoras de salud

De acuerdo con los resultados en la Escala de Estilo de Vida Promotor de Salud II, las personas participantes en total obtuvieron en promedio puntaje de 2.62, lo que significa realizan “algunas veces” las conductas que se les consultó.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos para la variable conductas promotoras de salud, en la cual se midieron las siguientes dimensiones que la componen: responsabilidad en salud, actividad física, nutrición, crecimiento espiritual, relaciones interpersonales y manejo del estrés.

La tabla 5 muestra la distribución de las dimensiones de la variable conductas promotoras de salud en la población de estudio según promedio, desviación estándar y rangos.

Tabla 5

Distribución de las Dimensiones Conductas Promotoras de Salud según promedio, desviación estándar y rango (N=50).

Dimensión	Promedio	Desviación estándar	Rango obtenido	Rango posible
Conductas promotoras de salud	2.62	.46	1 a 4	1 a 4
Crecimiento espiritual	3.08	.57	2 a 4	1 a 4
Manejo del estrés	2.56	.53	2 a 4	1 a 4
Actividad física	2.12	.60	1 a 4	1 a 4
Relaciones interpersonales	2.77	.54	2 a 4	1 a 4
Nutrición	2.52	.45	1 a 3	1 a 4
Responsabilidad en salud	2.60	.59	2 a 4	1 a 4

Fuente: Escala de Estilo de Vida Promotor de Salud II aplicado a las personas participantes.

Del cuadro anterior se puede extraer que los promedios obtenidos en relación a las dimensiones de las conductas promotoras de salud tienen un valor de 2 aproximadamente, lo que equivale a la clasificación de “algunas veces”. A excepción de la dimensión crecimiento espiritual, cuyo promedio se encuentra en un valor de 3 que equivale a “frecuentemente”. En cuanto a los valores obtenidos para la desviación estándar, se obtuvieron valores cercanos a .46 a .60.

A continuación, se presentarán algunos ítems de la Escala estilo de vida promotor de salud II, con el fin de retratar algunas de las respuestas de la población en estudio. En cada una de las tablas se resalta la opción con mayor número de respuestas.

La tabla 6 muestra la distribución de los resultados de los algunos enunciados sobresalientes relacionados con las dimensiones de las conductas promotoras de salud. Los ítems relacionados con la dimensión de responsabilidad en salud. Cuando se les consultó si discutían sus cuestiones de salud con profesionales de salud la mitad de la población afirmó que algunas veces lo hacían. Por otra parte, menos de la mitad de la población del estudio mencionó que rutinariamente examinan su cuerpo mensualmente en busca de cambios físicos o señales peligrosas.

En cuanto a la distribución de los resultados de los algunos enunciados relacionados con la dimensión de actividad física, en promedio las personas participantes solo realizan actividades físicas de recreación “algunas veces o nunca”. Además, más de la mitad de la población realizan algunas veces hacían ejercicios durante actividades físicas usuales diariamente.

Por otro lado, la distribución de los resultados de los enunciados destacados con la dimensión de nutrición se muestra que más de la mitad de las personas indicaron que algunas

veces comían de 2 a 4 porciones de frutas todos los días. Mientras que menos de la mitad de las personas participantes indican que algunas veces leen las etiquetas nutritivas de los productos o nunca lo hacen.

En relación con los enunciados destacados con la dimensión de crecimiento espiritual, se les consultó a las personas si sentían que estaban creciendo y cambiando en una forma positiva y menos de la mitad indicó que lo hacen con frecuencia. Por otro lado, la mitad de las personas indican que rutinariamente creían que su vida tenía un propósito o que rutinariamente se sentían unidas con una fuerza más grande que ellas.

Asimismo, la distribución de los resultados de los enunciados destacados con la dimensión de relaciones interpersonales, cuando se les preguntó si discutía sus problemas y preocupaciones con personas allegadas, un porcentaje elevado de las personas participantes indicaron que lo hacían algunas veces. Menos de la mitad de las personas mencionan que frecuentemente se les hace fácil demostrar preocupación, amor y cariño a otros; que algunas veces si buscaban maneras de llenar sus necesidades de intimidad.

Por último, en relación con la dimensión de manejo del estrés, se les preguntó si tomaban algún tiempo para relajarse todos los días y la mitad de la población indicó que algunas veces lo hacen, mientras que menos de la mitad de la población algunas veces aceptaban aquellas cosas en sus vidas que no pueden cambiar. Asimismo, casi la mitad de las personas participantes indicaron que algunas veces practicaban relajación o meditación por 15-20 minutos diariamente.

Tabla 6

Resultados de los enunciados sobresalientes relacionados con las dimensiones de las conductas promotoras de salud (N=50).

Enunciado	Nunca		Algunas veces		Frecuencia		Rutinariamente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dimensión de Responsabilidad en Salud (enunciados 50 y 56)								
Discuto mis cuestiones de salud con profesionales de la salud.	4	8	37	74	8	16	1	2
Examino mi cuerpo por lo menos mensualmente, por cambios físicos o señales peligrosas.	3	6	19	38	8	16	20	40
Dimensión de Actividad Física (enunciados 45 y 57)								
Tomo parte en actividades físicas de recreación (tales como nadar, bailar, andar en bicicleta).	10	20	17	34	16	32	7	14
Hago ejercicios durante actividades físicas usuales diariamente (tales como caminar a la hora del almuerzo, utilizar escaleras en vez de elevadores, estacionar el carro lejos del lugar de destino y, caminar).	9	18	27	54	8	16	6	12
Dimensión de Nutrición (enunciados 43 y 67)								
Como de 2 a 4 porciones de frutas todos los días.	3	6	29	58	10	20	8	16
Leo las etiquetas nutritivas para identificar el contenido de grasas y sodio en los alimentos empacados.	17	34	17	34	10	20	6	12
Dimensión de Crecimiento espiritual (enunciados 29, 35 y 71)								
Siento que estoy creciendo y cambiando en una forma positiva	0	0	11	22	22	44	17	34
Creo que mi vida tiene propósito.	0	0	8	16	17	34	25	50
Me siento unido(a) con una fuerza más grande que yo.	3	6	10	20	9	18	28	56

Enunciado	Nunca		Algunas veces		Frecuencia		Rutinariamente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dimensión de Relaciones Interpersonales (enunciados 24, 48 y 60)								
Discuto mis problemas y preocupaciones con personas allegadas.	4	8	37	74	8	16	1	2
Se me hace fácil demostrar preocupación, amor y cariño a otros.	1	2	14	28	19	38	16	32
Busco maneras de llenar mis necesidades de intimidad.	4	8	18	36	18	36	10	20
Dimensión de Manejo del Estrés (enunciados 34, 40 y 64)								
Tomo algún tiempo para relajarme todos los días.	3	6	29	58	10	20	8	16
Acepto aquellas cosas en mi vida que yo no puedo cambiar.	2	4	21	42	14	28	13	26
Practico relajación o meditación por 15-20 minutos diariamente.	19	38	24	48	2	4	5	10

Fuente: Escala de Estilo de Vida Promotor de Salud II aplicado a las personas participantes.

4.6 Correlación de las variables principales

En este apartado se analizarán las correlaciones entre las variables autoeficacia y las conductas promotoras de salud, así como sus respectivas dimensiones.

Tabla 7

Correlaciones de Pearson entre las Variables Principales (N=50)

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8
<u>Autoeficacia</u>								
1. Autoeficacia para el manejo de enfermedades crónicas Total	1							
<u>Conductas promotoras de salud</u>								
2. Estilo de vida promotor de salud Total	.35*	1						
3. Dimensión responsabilidad en salud	.15	.81*	1					
4. Dimensión actividad física	.41*	.80*	.51*	1				
5. Dimensión nutrición	.26	.78*	.57*	.59*	1			
6. Dimensión crecimiento espiritual	.29*	.85*	.57*	.62*	.57*	1		
7. Dimensión relaciones interpersonales	.33*	.90*	.65*	.68*	.64*	.79*	1	
8. Dimensión manejo del estrés	.35*	.88*	.73*	.65*	.59*	.72*	.75*	1

* $p < 0.05$

Fuente: Escalas de Autoeficacia de Enfermedades Crónicas y de Estilo de Vida Promotor de Salud II aplicado a las personas participantes.

En la tabla 7, se observa que existe una correlación significativa positiva ($r=.35, p<0.05$) entre la autoeficacia para el manejo de enfermedades crónicas y las conductas promotoras de salud de las personas participantes, mostrando un tamaño de efecto mediano. Lo anterior indica que a mayor autoeficacia para el manejo de las enfermedades crónicas mejores serán las conductas promotoras de salud.

Asimismo, a pesar de no ser el objetivo principal del estudio el análisis correlacional con cada una de las dimensiones de las conductas promotoras de salud y la autoeficacia, resultó interesante notar que algunas de las correlaciones mostraron asociaciones significativas positivas: actividad física ($r=.41, p<0.05$) con un tamaño de efecto mediano, crecimiento espiritual ($r=.29, p<0.05$) con tamaño de efecto pequeño, relaciones interpersonales ($r=.33, p<0.05$) con un tamaño de efecto mediano y manejo del estrés ($r=.35, p<0.05$) con un tamaño de efecto mediano. Por otro lado, se encontró que las correlaciones entre autoeficacia para el manejo de enfermedades crónicas y las dimensiones responsabilidad en salud ($r=.15, p >0.05$) y nutrición ($r=.26, p >0.05$) fueron no significativas.

Capítulo V

Discusión

En este capítulo se presentará un análisis de los datos a la luz de la teoría utilizada en este trabajo, así como su relación con resultados de investigaciones previas. Se discutirán los resultados obtenidos en cada una de las variables de estudio (autoeficacia y conductas promotoras de salud) con sus respectivas dimensiones, así como la asociación que existe entre estas. De esta forma se busca dar respuesta tanto a la hipótesis de la investigación como a los objetivos planteados.

Es importante mencionar previamente y a manera de introducción, que una persona con diagnóstico de cáncer al relacionarse con otros que hayan vivido este tipo de experiencias, puede hablar de su proceso y su lucha, lo que remarca la importancia de la formación de grupos o fundaciones que se conviertan en un espacio acogedor y seguro para quienes se encuentran en esta etapa. Según el Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC) (2013), relacionarse con otras personas y vivir en un entorno socialmente estimulante son piezas clave en el proceso de aprendizaje y construcción de la identidad. Contar con una red social de apoyo permite compartir momentos, pensamientos y emociones, y es fuente de bienestar y de salud. Esta red se construye a partir de la participación de las personas en diferentes esferas o grupos sociales con los que interactúan y se relacionan.

Es por esto que FUNCAVIDA, se ha convertido en ese espacio de interacción que las personas necesitan para continuar su proceso. La misión de esta fundación dirige sus esfuerzos hacia esta dirección, afirmando que, su trabajo es en favor de la calidad de vida, aduciendo condiciones de vulnerabilidad de las personas diagnosticadas con cáncer y su núcleo familiar directo, desarrollando programas y proyectos que estimulen la prevención del cáncer, promoción de la salud, la atención integral y reinserción sociolaboral, generando sensibilidad en la sociedad en torno a estilos de vida saludables.

5.1 Datos personales

La población que presenta enfermedades oncológicas es muy diversa, cualquier persona, sin importar su edad ni sexo, podría llegar a padecer de cáncer en algún momento de su vida. El presente estudio estuvo conformado por personas con edades que varían desde los 32 años hasta los 78 años, presentando la mayor parte de la población edades por encima de los 56 años. Esto se relaciona con lo mencionado por la OMS (2021), quienes afirman que la incidencia de esta enfermedad (cáncer) aumenta con la edad, probablemente porque se van acumulando factores de riesgo de determinados tipos de cáncer, los cuales se combinan con la pérdida de eficacia de los mecanismos de reparación celular que suele ocurrir con la edad.

Por otra parte, se encontró que las personas participantes de este estudio eran en su mayoría mujeres, lo cual está relacionado al hecho que el tipo de cáncer más frecuente en la población en estudio fue el cáncer de mama. Se sabe que las mujeres son más propensas a desarrollar este tipo de cáncer en comparación con los hombres. De acuerdo con la OMS (2021) el cáncer de mama es el tipo de cáncer más común con más de 2,2 millones de casos en 2020 e indican que cerca de una de cada 12 mujeres enfermarán de cáncer de mama a lo largo de su vida. A nivel nacional, el cáncer de mama es el que mayor incidencia en las mujeres (Ministerio de Salud, 2014-2015; Uclés et al, 2017), siendo el tumor maligno más frecuentemente diagnosticado en esta población.

Asimismo, la menor incidencia de cáncer en los hombres podría deberse a una falta de diagnóstico, ya que estos suelen asistir menos a los servicios de salud, y cuando lo hacen muchos se encuentran en etapas avanzadas de la enfermedad, donde es menor la sobrevivencia. (INEC, 2017).

En cuanto a la escolaridad, la mayoría de las personas de este estudio indicaron tener solamente primaria completa, seguido de aquellos que no completaron la secundaria o la primaria. De acuerdo con el Estado de la Educación (2021) nuestro país tiene deudas pendientes en materia de acceso y cobertura educativa, lo que podría relacionarse con las discontinuidades que se presentan entre el paso de un ciclo educativo a otro y que alejan al país de la aspiración a la universalidad en la educación. Asimismo, se menciona que el porcentaje de personas que termina la secundaria suele estar por debajo del 50% cuando se trata de personas que provienen de hogares con climas educativos bajos. Esto también se puede relacionar con la edad promedio de la población en estudio, por lo que al ser en su mayoría mayores de 56 años de zonas rurales (principalmente San Ramón y Palmares) podrían haber tenido dificultades para continuar con su educación escolar.

Por otro lado, al estar la población en estudio conformada principalmente por mujeres, resulta interesante mencionar que estas suelen presentar un bajo grado de escolaridad en comparación con los hombres, reflejo de los constructos sociales. A partir de los procesos de socialización y aprendizaje se forman representaciones ideológicas que están en la base de la participación laboral de hombres y mujeres. Estos influyen en la forma en que las personas se integran en el mercado de trabajo modelando sus preferencias por determinadas ocupaciones (Organización Internacional del Trabajo, 2014). Tal como lo menciona Téllez (2001), con frecuencia se identifica la división sexual del trabajo con una división por la cual las mujeres se quedan en la unidad doméstica y los hombres trabajan fuera de la esfera doméstica. Dicho de otro modo, lo que los hombres hacen es ser proveedores, mientras que la concepción social de la mujer está vinculada a las esferas de la reproducción y las tareas domésticas.

Sin embargo, a partir de los años 90 el grado de escolaridad aumentó significativamente en el caso de las mujeres. Dando como resultado una mejoría importante de las credenciales educativas y, por lo tanto, de las posibilidades de obtener más y mejores empleos (Organización Internacional del Trabajo (OIT), 2000). Estos datos explican el hecho que, en la población en estudio al estar conformada principalmente por mujeres, estas tienen baja escolaridad y la mayoría se dedica a ser amas de casa.

En cuanto al tratamiento del cáncer, este depende del tipo y estadio del mismo, y las principales líneas de tratamiento consisten en el uso aislado o en combinación de cirugía, radioterapia y quimioterapia, y en algunos tumores concretos, de tratamientos hormonales e inmunológicos (Muñoz, Mané, Viteri, & Barceló, 2003). En la población en estudio, la mayoría de las personas participantes indicaron que fueron tratados con cirugía, seguido por la quimioterapia. Este dato se relaciona al hecho que, en el cáncer de mama, el cual presentó la mayoría de las personas participantes del estudio, el tratamiento de elección se basa primeramente en la cirugía en conjunto con quimioterapia, terapia hormonal o la radioterapia. Así lo afirma la American Society of Clinical Oncology (ASCO) (2020), que indican que después de la cirugía, el siguiente paso en el control del cáncer de mama en estadio temprano consiste en reducir el riesgo de recurrencia y eliminar cualquier célula cancerosa restante. Estas células cancerosas son indetectables, pero se cree que son las responsables de la recurrencia del cáncer, ya que pueden crecer con el tiempo.

El tratamiento que se administra después de la cirugía se llama terapia adyuvante. Las terapias adyuvantes incluyen radioterapia, quimioterapia, terapia dirigida o terapia hormonal. Por su parte, el cáncer de cabeza y cuello, otro tipo de cáncer presente con frecuencia en la población en estudio es un tipo de tumor sólido que a nivel mundial, tiene el sexto lugar en

frecuencia, con una incidencia aproximada de 600.000 casos al año. Este tipo de cáncer afecta preferentemente a pacientes de sexo masculino mayores de 50 años y sus principales factores de riesgo son el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol. (Vines, Orellana, Bravo, & Jofré, 2017). Según los autores mencionados, el tratamiento que recibe el paciente portador de este cáncer es principalmente la cirugía y la radioterapia asociada o no a quimioterapia o alguna terapia biológica.

Otros diagnósticos mencionados con frecuencia por los participantes fueron el cáncer de cerebro, de útero y de piel. Según la ASCO (2021,) el cáncer de cuello uterino se diagnostica con mayor frecuencia entre la edad de 35 y 44 años. La edad promedio del diagnóstico es de 50 años. Alrededor del 20 % de los cánceres de cuello uterino se diagnostican en mujeres que tienen más de 65 años.

Por su parte, el cáncer de piel es una enfermedad que en las últimas décadas ha tomado importancia, debido a que debido a que sus tasas de incidencia han presentado aumentos importantes a nivel mundial. Esto se debe a varios factores, entre ellos una mejora en la detección, además de que las personas reciben mayor exposición a la luz solar y son más longevas que años atrás. (Ureña et al, 2021).

Este dato asociado a la edad avanzada, en ambos tipos de cáncer, concordó con los datos obtenidos en el estudio, conociéndose que la mayor parte de la población en estudio supera los 56 años.

Otro dato relevante de este estudio es que la mayoría de la población se encuentra en estado de remisión del cáncer, en la que la persona presenta una disminución o desaparición de los signos y síntomas de cáncer, y que a su vez pueden llegar a experimentar incertidumbre

al pensar en cómo reintegrarse a la vida social, laboral, familiar y repensar su propósito de vida. (GEPAC, 2013).

Siguiendo con el análisis, la mayoría de las personas participantes indicaron que sufrieron alguna secuela posterior al tratamiento contra el cáncer, las cuales interfieren en sus actividades de la vida diaria, como por ejemplo al realizar la limpieza de la casa o al alzar objetos pesados, y para lo cual pueden llegar a requerir asistencia de otras personas. Esta situación muchas veces puede traer consigo temor e incluso dependencia hacia otras personas, lo que resulta en un cambio en su dinámica de vida, que de una u otra forma va a influir en el desempeño de la persona en el presente para su autocuidado. Además, las secuelas del tratamiento contra el cáncer pueden provocar un deterioro de la imagen corporal, de las capacidades funcionales, del estado psicológico y de las relaciones sociales (Pastuña & Sanhueza, 2021).

Es por esto que es importante conocer la capacidad de cada persona para afrontar las situaciones que se le van presentando a lo largo de su proceso de enfermedad, donde la autoeficacia puede llegar a jugar un papel importante al estar ligada a la creencia que tienen de sí mismas las personas para hacerle frente a los cambios derivados de su enfermedad. En la siguiente sección se procede a realizar un análisis de la autoeficacia presentada en la población en estudio.

5.2 Autoeficacia

Las personas con cáncer suelen pasar por una serie de retos y situaciones desde el momento en que se recibe el diagnóstico, durante el tratamiento, en los cuidados paliativos y/o en el periodo de supervivencia, durante los cuales se ven desafiados en distintas áreas de su vida, incluyendo el bienestar físico y psicosocial. Para esto se deben gestionar una serie

de tareas prácticas y emocionales que les permitan a las personas afrontar cada una de las experiencias que viven tanto a corto como a largo plazo, en las cuales la autoeficacia es un concepto crítico durante todo este proceso.

La autoeficacia es la creencia que cada persona tiene de poder ejecutar con éxito distintas tareas que les permitan producir un resultado deseable, estableciendo así metas y objetivos cada vez más altos (Bandura, 1995, citado por Olivari y Urra, 2007). Además, la teoría indica que un alto nivel de autoeficacia en una persona tiene relación con una adecuada capacidad de afrontamiento a las situaciones especialmente difíciles que expresan cambios extremos en la vida de una persona. Es así como lo mencionan en su artículo Pastuña y Sanhueza (2021), la autoeficacia es considerada una competencia esencial para afrontar las dificultades, los altos niveles de estrés, la ansiedad, la incertidumbre y depresión, asociadas al proceso de la enfermedad y sus tratamientos, potenciando una serie de estrategias como el positivismo y el espíritu de lucha, lo que, a su vez, promovería una mejor calidad de vida.

A través de la aplicación de la escala “Autoeficacia de Enfermedades Crónicas” en las personas participantes, se obtuvo que estas tienden a tener valores altos, lo que indica que se sienten muy seguras para enfrentarse a las situaciones derivadas de la enfermedad que presentan.

Lo anterior se relaciona con los hallazgos encontrados por Lam & Fielding (2007), donde se esperaba que mujeres posoperadas de cáncer de mama con mayor autoeficacia tuviesen menos impactos negativos derivados de la cirugía y mayor confianza en su capacidad para hacer frente a los problemas, a diferencia de las mujeres que presentaron una autoeficacia baja. Por otra parte, encontraron que las mujeres con mayor autoeficacia suelen tener

probabilidades más altas de experimentar una mayor decepción hacia resultados negativos en sus procesos quirúrgicos, ya que se sentían mejor preparadas a la hora de enfrentarlos.

Específicamente, al consultarle a las personas participantes su nivel de seguridad para poder evitar que las dolencias debido a sus enfermedades interfieran con las cosas que querían hacer, en promedio obtuvieron resultados medio-alto, por lo que se interpreta que en general se sienten seguras de saber qué hacer y como reaccionarían en caso de presentar dolor y así evitar que este síntoma tenga un impacto negativo en sus vidas. En relación con esto, el estudio realizado por Ding, Liang, Wu, Liu, & Cheng (2016) mostró en sus resultados como las personas con una alta autoeficacia tienen creencias más sólidas sobre su propia capacidad para tomar analgésicos y de manejar su dolor por cáncer, reduciendo así también la angustia emocional causada por esta. Además, indican que es probable que los y las participantes con mayor autoeficacia sean más ingeniosos y puedan buscar recursos y aprender estrategias para superar los desafíos, disminuyendo así su estrés emocional.

También resulta interesante que en este estudio las personas participantes alcanzaron en promedio un 7.38 al consultarse que tan seguras se sentían para evitar algunos síntomas o problemas de salud producto de su enfermedad y que no interfirieran con las cosas que querían hacer.

En el estudio realizado por Baskin, Kwan, Connor, Maliski, & Litwin (2016), evidenciaron que los patrones de visitación a los servicios de emergencias de hombres con cáncer de próstata eran menores en aquellos con autoeficacia baja y moderada, mientras que aquellos con autoeficacia alta tendían a incrementarse. De acuerdo con estos autores, una posible causa a este comportamiento es que las visitas a los servicios de urgencias solo eran cubiertas por el programa cuando se trataba de emergencias reales, por lo que los hombres

con autoeficacia medio-baja limitaban sus visitas y los hombres con alta autoeficacia acudían sin importar que sus consultas no fueran una situación real de emergencia, pero acudían para evacuar sus dudas debido a que se sentían cómodos con la atención que recibían. Debido a esto, los autores indicaron que los hombres con baja autoeficacia deberían recibir un asesoramiento que les permita empoderarse de su situación y les genere la confianza para visitar los servicios de emergencias en los momentos que realmente se amerite. Mientras que los hombres con alta autoeficacia se podrían ver beneficiados de una intervención desde la atención primaria donde puedan evacuar las dudas no urgentes y así disminuir sus visitas a los servicios de emergencias.

De lo anterior se desprende que el hecho que una persona tenga una alta eficacia y confíe en que tiene las habilidades para realizar un adecuado cuidado de si mismo no siempre va a saber que hacer o que sus prácticas de autocuidado vayan a ser las más apropiadas. Lam & Fielding (2007) indican que obtuvieron un hallazgo aparentemente paradójico en su investigación, en el que las personas con alta eficacia podrían ser vulnerables a sobrestimar su capacidad de afrontamiento, o pueden subestimar el grado de demanda inherente a una situación determinada, como el cáncer, y producir efectos perjudiciales. En su estudio, las mujeres con una autoeficacia alta eran más propensas a subestimar el impacto quirúrgico en la apariencia y la sexualidad, lo que resultaba en un mayor deterioro de la adaptación a los cambios en el cuerpo y la sexualidad que en el caso de las mujeres con una autoeficacia baja.

Por esto, resulta importante no solo conocer cuál es el nivel de autoeficacia de las personas con cáncer sino también hacer un análisis realista y objetivo de las capacidades de cada quién. Esto también se podrá observar en los siguientes análisis acerca de las conductas promotoras en salud que poseen las personas participantes de este estudio.

5.3 Conductas promotoras en salud

En este estudio las personas participantes indicaron tener una conducta de salud medio-bajo, ya que en promedio realizaban “algunas veces” las acciones presentadas en la Escala de Estilo de Vida Promotor de Salud II. De acuerdo con Pender, las conductas promotoras de salud tienen como finalidad que las personas realicen acciones dirigidas a obtener resultados de salud positivos, como que se vería reflejados en el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva (Raile & Marriner, 2011). Al respecto Villena & Aquije (2019) mencionan que la calidad de vida media que presentan las personas con cáncer de su estudio refleja el desconocimiento que tienen respecto a la importancia de los estilos de vida y como estos pueden repercutir negativamente en patologías crónicas como el cáncer.

De ahí la importancia de brindarle a la persona con cáncer herramientas que le permitan mejorar su capacidad de afrontamiento a su condición, tal como lo afirma Pender (2013), ya que profesionales en enfermería siempre que sea posible deben facilitar que las personas lleven a cabo conductas objetivas que mejoren sus hábitos en salud, proporcionando comentarios positivos continuos sobre el desempeño exitoso.

Una persona con cáncer experimenta cambios en su estilo de vida, debido los cambios que presenta proceso de la enfermedad y su tratamiento, y que incentivan cambios en las conductas de salud que hasta ahora había tenido la persona. Estudios recientes, como el realizado por Tsay, Ko & Lin (2017), demuestran que las personas que han pasado por proceso oncológico reconocen que los cambios en sus conductas en salud fueron modificados una vez iniciaron este proceso. Además, encontraron en su estudio que la mayoría de las participantes consideraban que el cáncer reflejaba sus estilos de vida pasados, los cuales eran poco saludables. Y por este motivo con el fin de evitar dificultades, resolvieron ajustar su

estilo de vida, cambiar lo que comían, incrementar la actividad física, abstenerse del tabaco, del consumo de alcohol y manejar mejor sus emociones; con lo cual percibieron beneficios físicos, mentales y en términos de calidad de vida.

Al realizar un análisis individual de cada una de las dimensiones que componen las conductas promotoras de salud, se encontró que las personas participantes obtuvieron promedios más altos en las dimensiones de crecimiento espiritual, relaciones interpersonales y responsabilidad en salud, resultado que es congruente por lo observado por Pardo y Villamizar (2021) y Galan (2019).

De estos hallazgos, resulta interesante observar cómo la dimensión espiritual, al ser la que mayor puntaje obtuvo, puede llegar a tener implicaciones en las otras dos dimensiones. Entendiendo el crecimiento espiritual, de acuerdo con Walker, Sechrist, y Pender (1995), como el desarrollo de los recursos internos de una persona que le permite alcanzar una paz interior. Además, por medio del crecimiento espiritual es posible obtener una sensación de armonía, plenitud y la conexión con el universo. Todo lo anterior le permite al ser humano desarrollar su potencial para alcanzar un bienestar a través de la búsqueda de un significado, encontrar un sentido de propósito y trabajar hacia las metas en la vida

Además, en circunstancias complejas como el cáncer, la espiritualidad se manifiesta como un factor de afrontamiento para lograr la adaptación a la enfermedad y se puede observar cómo las personas depositan su confianza en un ser sobrenatural que pueda darle solución a situaciones en su vida que considera peligrosas para su integridad (Pardo y Villamizar, 2021). De esto puede interpretarse que los factores espirituales de cada persona le permiten adaptarse después de recibir un diagnóstico de cáncer, el cual pueden lo interpretar como

un peligro inminente para sí misma y que puede llegar a afectar la visión que tiene de la vida y del futuro.

La espiritualidad en las personas con cáncer es de suma importancia durante el diagnóstico, el tratamiento y la recuperación, ya que contribuye significativamente al ajuste psicosocial de las personas con cáncer. Asimismo, la espiritualidad favorece los estilos de vida y comportamientos más sanos, lo que se asocia a un menor riesgo de enfermedades y a una actitud diferente cuando se pierde la salud. Por lo tanto, es importante tener en cuenta que la espiritualidad es una dimensión multidisciplinar donde, el profesional de enfermería debe tener la capacidad de reconocer las necesidades espirituales de los pacientes, para así orientar su adecuado abordaje (Pardo y Villamizar, 2021).

Aunado a esto, se encuentra la dimensión interpersonal, la cual fue la segunda dimensión mejor evaluada por las personas participantes de este estudio. El apoyo que pueden recibir las personas con cáncer por medio de las relaciones interpersonales resulta de mucho impacto en su proceso de enfermedad y/o recuperación. Usta (2012) señala que la percepción del apoyo social indica una valoración cognitiva de estar conectado de manera fiable con otros y de recibir soporte durante las situaciones de necesidad. Lo cual se relaciona con lo mencionado por Walker, Sechrist, & Pender (1995), al indicar que las relaciones interpersonales son el uso de la comunicación para lograr un sentido de intimidad y cercanía dentro de relaciones significativas con los demás.

Por esta razón, se puede determinar que las relaciones interpersonales tienen un efecto directo sobre la salud mediante la interacción con los demás, lo que proporciona un sentido de identidad social, de pertenencia y participación, a través del fomento de conductas

saludables, el incremento de la autoestima y la optimización de las creencias de competencia y control personal sobre el ambiente (Barez, Blasco & Fernández, 2003).

Adicionalmente, en la revisión hecha por Canesqui (2012) citada por Schneider (2015), la mayoría de los artículos estudiados retoman los efectos positivos del apoyo, principalmente en la disminución del estrés y los problemas psicológicos, en el enfrentamiento de las enfermedades crónicas, en el mejoramiento de la calidad de vida y en la prevención de riesgos de enfermedades.

Por lo mencionado anteriormente, resulta importante realizar una evaluación constante de las relaciones interpersonales y apoyo social percibido por las personas con cáncer, ya que forman parte de un cuidado integral que tendrá implicaciones positivas en el autocuidado y la adopción de conductas promotoras en salud.

Relacionado a lo anterior, en este estudio se encontró que las personas ubicaron en tercer lugar la dimensión de responsabilidad en salud al realizar “algunas veces” prácticas relacionadas a esta. La responsabilidad en salud implica un sentido activo de responsabilidad por el propio bienestar, que permite a las personas prestar mayor atención a la propia salud, educarse a sí mismas sobre su salud y saber cómo hacer uso de los recursos que el personal de salud puede brindarles (Walker, Sechrist, & Pender, 1995).

Por otro lado, las personas participantes de este estudio obtuvieron valores más bajos en las conductas de salud relacionadas con las dimensiones de manejo del estrés, nutrición y actividad física, tal como también lo evidenciaron Pardo y Villamizar (2021) en su estudio.

La dimensión manejo del estrés fue la cuarta dimensión mejor evaluada por las personas participantes de este estudio, quienes indicaron que algunas veces realizaban las actividades relacionadas a esta. Lo cual se puede deber a que las personas con cáncer tienden a centrar sus esfuerzos en la comprensión y el manejo de su enfermedad, provocando un manejo deficiente del estrés o persistencia de este (Zamanian y Amini-Tehrani, 2020).

Para Rodríguez (2006), el diagnóstico de un cáncer supone un importante impacto psicológico en la persona que lo recibe, aunado al hecho que el cáncer es la segunda causa de muerte en los países desarrollados y que a nivel social existe temor y desconocimiento sobre este tipo de diagnóstico. Por tanto, el manejo del estrés juega un papel primordial en el afrontamiento de la enfermedad, donde es necesario la identificación y movilización de recursos psicológicos y físicos para controlar o reducir efectivamente la tensión (Walker, Sechrist, & Pender, 1995).

De esto se desprende que las personas participantes de este estudio podrían verse beneficiadas de programas que ayuden a manejar el estrés, con lo que se favorecerían en la adaptación y el afrontamiento de sus procesos de salud y enfermedad.

En cuanto a la dimensión de nutrición, las personas participantes indicaron que algunas veces realizan las conductas enfocadas a esta área, con un promedio de 2.52 de las respuestas. Una dieta saludable que incluya una ingesta de alimentos y líquidos adecuados que contengan los nutrientes importantes (vitaminas, minerales, proteínas, carbohidratos, grasas y agua) que necesita el cuerpo, forma parte fundamental del crecimiento y desarrollo de todo ser humano. (Álvarez Meza, Mendoza Sierra, & Nieto Pérez, 2021).

Sin embargo, la nutrición puede variar durante los procesos oncológicos al verse afectada por el tratamiento con quimioterapéuticos y por las condiciones propias del cáncer. En cuanto a esto menciona Martín Peña (2004) que se ha observado que existe una relación entre el consumo de ciertos alimentos y la toxicidad de algunos tratamientos, la cual puede condicionar rechazos adquiridos y condicionados por las personas frente a alimentos específicos que se asocian con la ansiedad, las náuseas y los vómitos que preceden a la quimioterapia de forma anticipada.

Por su parte, Monroy citado por Rodríguez (2006), realizó un estudio cuasiexperimental, con un total de 40 participantes diagnosticadas de cáncer de mama donde se observó que el tratamiento antineoplásico para esta patología afectó negativamente al peso y grasa corporal.

En el caso de las personas participantes de este estudio, se observó que existe desconocimiento en cuanto al consumo de alimentos con alto valor nutricional y la implementación diaria de conductas nutricionales beneficiosas. Walker, Sechrist, & Pender (1995) mencionan que la nutrición como parte fundamental en la adopción de conductas promotoras de salud implica que las personas aprendan a seleccionar y consumir aquellos alimentos que le sean esenciales para un adecuado sustento, una buena salud y bienestar. (Walker, Sechrist, & Pender, 1995).

Asimismo, podemos decir que las personas participantes de este estudio se verían beneficiadas de intervenciones por parte profesionales en salud capacitados acerca de la adecuada nutrición que deberían tener las personas con cáncer acorde con el momento del proceso oncológico que cada una de ellas está viviendo. Se ha comprobado que comer alimentos adecuados antes, durante y después del tratamiento contra el cáncer puede ayudar

a los pacientes a sentirse mejor y más fuertes. Por lo que la educación nutricional puede ayudar a las personas con cáncer a mantener un peso saludable, mantener la fuerza, mantener los tejidos corporales saludables y reducir los efectos secundarios durante y después del tratamiento (Álvarez Meza, Mendoza Sierra, & Nieto Pérez, 2021).

Por último, la dimensión actividad física fue en la que se obtuvo un menor promedio en este estudio, pero de igual forma que las dimensiones anteriores, las personas participantes indicaron que algunas veces realizaban actividades relacionadas a mantener una adecuada actividad física. De este resultado ha sido consistente a lo encontrado en estudios similares como los realizados por Pardo y Villamizar (2021), y Galan (2019).

Las conductas promotoras en salud enfocadas a mantener un nivel de actividad física implican que las personas participen de forma regular en actividades ligeras, moderadas y / o vigorosas, las cuales podrían ser parte de algún programa de planificado y monitoreado, o como parte de las actividades en su vida diaria (Walker, Sechrist, & Pender, 1995)

Pardo y Villamizar (2021) indican que las personas con cáncer reducen sus niveles de actividad física debido a los efectos del tratamiento y es muy común que se presente agotamiento físico durante y después de las sesiones de quimioterapia y radioterapia. También se explicaron que este bajo nivel de actividad física podría estar ligado a la disminución en la capacidad para la movilización de las personas que queden con alguna secuela y a los niveles socioeconómicos bajos. Por su parte, Stromborg, Pender, Walker, & Sechrist (1990) mencionaron que los efectos del ejercicio estructurado en el estado funcional de mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia podrían lograr resultados beneficiosos mediante el entrenamiento aeróbico durante la quimioterapia.

En la misma línea, Villena & Aquije (2019) en su estudio encontraron que los estilos de vida con un nivel más bajo fue la dimensión de ejercicios, relacionado al hecho que la población en general tienen un estilo de vida sedentaria. Lo cual se puede deber al desconocimiento de parte de las personas participantes de ese estudio sobre la rutina propia de los ejercicios físicos, que facilitan el movimiento de todos los músculos del organismo y brindan beneficios que contribuyen en la liberación de toxinas del organismo, disminuyen el estrés y los mantiene alejados del sedentarismo.

Relacionado a lo anterior, se sabe que las personas con cáncer tienden a reducir la actividad física posterior a su diagnóstico, lo cual podría estar relacionado al tratamiento al que se someten y al curso de la enfermedad que presenta cada una. Como resultado a esa disminución en la actividad física las personas inactivas presentan fatiga, debilidad, incoordinación, reducción de las relaciones sociales, alteraciones musculoesqueléticas, cardiovasculares y depresión (Pardo & Villamizar, 2021). Moros, Ruidiaz, Caballero, Serrano, Martínez & Tres (2010) mencionan que por el contrario, la práctica de ejercicio incrementa la resistencia a la fatiga, reduce la ansiedad, la depresión, mejora la capacidad funcional y el sueño, ayuda a relajarse e incrementa el trato interpersonal.

De forma general, puede observarse como todas las dimensiones que conforman la conducta promotora de salud se interrelacionan entre sí y de ahí la importancia que los profesionales de enfermería realicen acciones que les permitan las personas adoptar prácticas saludables en su vida cotidiana e interiorizar el impacto que tienen estas sobre su estado de salud en general.

Esto se reafirma con lo expresado por Tsay, Ko & Lin (2017), un diagnóstico de cáncer es una oportunidad crucial para vincular la enfermedad con opciones de estilo de vida relacionadas con la salud. Por lo tanto, los profesionales de la salud deben preguntarles a los sobrevivientes de cáncer sobre sus hábitos de estilo de vida actuales y previos al diagnóstico, para así brindarles consejos y educación pertinente y apropiados sobre los beneficios de adoptar un estilo de vida saludable.

5.4 Relación entre la autoeficacia y las conductas promotoras en salud de personas con cáncer.

Como se mencionó en el apartado anterior, las buenas conductas promotoras en salud pueden proporcionar mejoras importantes en el estado de salud de las personas con cáncer que las adoptan en sus estilos de vida. Aunado a esto, la autoeficacia ha sido ampliamente discutida en la literatura de la psicología social para explicar la teoría de la motivación y el aprendizaje, ya que las personas con alta autoeficacia percibida tienen más probabilidades de adoptar y mantener conductas promotoras en salud, buscar tratamientos tempranos y ser más optimistas sobre la eficacia de estas para su estado de salud en general (Olivari y Urra, 2007). De ahí que este concepto haya sido adaptado por la psicología y la enfermería como un importante predictor de conductas en salud.

En el presente estudio se realizó una asociación entre las variables de autoeficacia y conductas promotoras de salud, de la cual se pudo identificar una correlación significativa positiva entre ambas variables. Lo anterior corrobora la hipótesis propuesta al inicio de esta investigación, que las personas adultas con cáncer que tienen un alto nivel de autoeficacia percibida tendrán mejores conductas promotoras de salud.

Nola Pender lo afirma en su Modelo de Promoción de la Salud, señalando que el aporte más poderoso para la autoeficacia es el desempeño exitoso de la conducta. (Pender, 2015). Es así como se evidencia según este modelo, que sí existe una correlación positiva entre ambas variables.

La autoeficacia juega un papel central en el cambio personal y es la base de la motivación y la acción humana (Pender, 2015). Sin embargo, la autora afirma que el conocimiento es una condición previa para el cambio, por tanto, el brindar herramientas que sean del alcance de la persona, y reales según su entorno, va a favorecer la autoeficacia y la mejora de sus conductas en salud, así lo sugiere Pender (2015), en su modelo, reafirmando que es importante proporcionar al cliente estrategias realistas para realizar los cambios en su conducta, dado que esto fortalece la confianza del cliente para superar las barreras para el cambio. Según la autora a mayor eficacia percibida por uno, más fuerza y persistencia tendrá el individuo para mejorar conductas incluso frente a obstáculos y experiencias adversas, como es el caso de personas con diagnósticos oncológicos.

Es así como Zúñiga (2021) resalta en su tesis, en la que estudió a la población femenina con cáncer de mama, que la importancia de la autoeficacia frente a situaciones estresantes como el haber sido diagnosticada de cáncer, cobra relevancia al entender que la forma en que la mujer perciba su capacidad de ser autoeficaz, es decir la habilidad que tiene de lograr objetivos, será su capacidad de sobrellevar el cáncer, y enfrentar la sobrevida.

Lo anterior lo podemos extrapolar a otras personas que hayan pasado por este proceso, ya que por lo tanto una alta autoeficacia permitirá a las personas adoptar conductas que faciliten la mejora de su salud en todos los aspectos. Las personas con alta autoeficacia percibida también tienen más probabilidad de evaluar su estado salud de mejor forma, de sentirse

menos deprimidos, y de recuperarse de una mejor manera, que las personas con baja autoeficacia (Olivari y Urra, 2007).

En relación con lo anterior, las personas participantes en su mayoría indicaron tener un estado de salud entre bueno y excelente, y esta autopercepción podría relacionarse con el hecho que las personas en su mayoría tenían un alto nivel de autoeficacia y que les podría ayudar a adoptar y mantener adecuadas conductas promotoras en salud. La percepción del estado de salud permite medir la presencia de emociones positivas, felicidad, satisfacción, alegría y ausencia de emociones negativas como ansiedad, depresión y miedo; estas experiencias individuales también producen respuestas y resultados en la conducta de las personas (Triviño y Zaidler, 2012).

Por lo tanto, la autoeficacia se considera un factor eficaz que va a fortalecer evidentemente las conductas promotoras de la salud. Las personas con una fuerte autoeficacia pueden tener un mayor control sobre sus problemas físicos y situacionales. (Hamed & Mirghafourvand, 2020). Estos autores, identificaron en su estudio titulado “*Health Promoting Lifestyle and its Relationship with Self-Efficacy in Iranian Mastectomized Women*” que existe correlación entre estas dos variables y es positiva. “Hubo una correlación positiva significativa entre la puntuación total del estilo de vida que promueve la salud con la autoeficacia (...) Como resultado, en cuanto al papel de la autoeficacia en la promoción de los factores de estilo de vida que promueven la salud, es necesario prestar especial atención a la mejora de la autoeficacia con el objetivo de promover la salud de las mujeres mastectomizadas” (Hamed & Mirghafourvand, 2020).

Si bien no fue el objetivo principal de este estudio analizar la correlación entre la autoeficacia percibida de las personas con cáncer con cada una de las dimensiones que

conforman las conductas promotoras en salud, resultó interesante encontrar una correlación positiva significativa con las dimensiones de actividad física, relaciones interpersonales, crecimiento espiritual y manejo del estrés.

Con respecto a la dimensión de actividad física, Olivari y Urra (2007) mencionan que las personas con mayores niveles de autoeficacia se comprometen con mayor frecuencia a un programa regular de actividad física que aquellos con más bajos niveles de autoeficacia, por tanto, es claro que no sólo los aumentos en autoeficacia contribuyen a mejorar la conducta de hacer ejercicio, sino que también aquellas personas con más baja autoeficacia inicial al mejorar su autoeficacia, también mejoran su conducta de hacer ejercicio.

En cuanto a la dimensión manejo del estrés, estudios han demostrado consistentemente que las distintas reacciones de estrés son bajas cuando la gente sabe manejar los estresores, con un adecuado nivel de autoeficacia (Olivari y Urra, 2007).

De este hallazgo resulta interesante ya que si bien las personas de este estudio presentaron un nivel de autoeficacia medio-alto llama la atención las dimensiones de manejo del estrés y actividad física hayan sido menos de las evaluadas con promedios más bajos, por lo que sería interesante ahondar en el por qué no realizan constantemente este tipo de actividades y se reconocen el efecto positivo de estas en su estado de salud.

Asimismo, habría sido interesante conocer el nivel de autoeficacia y de las conductas promotoras de salud que estas personas presentaban antes de ingresar a la Fundación, lo que podría ayudar a percibir el impacto que esta ha tenido en las vidas de estas.

Para finalizar, los resultados en este estudio evidencian que la intervención de la Enfermería Oncológica puede ser más efectiva al considerar la percepción de autoeficacia de

las personas con cáncer y su relación con la adopción y mantenimiento de conductas promotoras en salud, ya que de esta forma se podrían tener conocimientos de cómo gestionar los recursos de manera que las acciones de enfermería tengan un mayor impacto. También, cabe resaltar al trabajar con la autoeficacia percibida y las conductas promotoras en salud de las personas con cáncer es necesaria la participación de distintas disciplinas en salud, como la enfermería, medicina, nutrición, psicología, fisioterapia, entre otras, donde cada uno aporte desde su experiencia y así se pueda enriquecer las intervenciones de acciones planteadas, de forma que sean más efectivas para la persona.

5.5 Limitaciones del estudio

Durante el desarrollo de este estudio, se presentaron algunas limitaciones los cuales se presentarán a continuación:

- La población en estudio fue muy pequeña, ya que solo consistía en 60 personas, de las cuales solo se pudo capturar 50. Lo anterior implica que los resultados pueden ser interpretados solamente para este grupo de personas y no se deben generalizar.
- La recolección de los datos se realizó durante las actividades que realiza la Fundación, por lo que en ocasiones existían algunos distractores al momento de contestar el instrumento.
- Para la recolección de datos se utilizaron dos escalas validadas al español, pero no fueron validadas en un contexto costarricense, por lo que algunos de los enunciados generaban confusión y debía aclararse la intención de los mismos.
- Las personas participantes externaron que el instrumento era muy extenso y para algunas resultaba cansado de completar, ya que en total constaba de 75 preguntas.
- Tanto la autoeficacia como las conductas promotoras en salud han sido ampliamente estudiadas en diferentes partes del mundo con distintos tipos de población, sin embargo, no hay evidencia empírica acerca del estudio de estas variables en población con cáncer en Costa Rica.
- La recolección de datos se realizó a inicios finales 2019 e inicios del 2020, y se vio interrumpida por el inicio de la pandemia por el COVID 19, lo que ocasionó el cierre temporal de la Fundación, ya que no se podía realizar actividades presenciales. Por este motivo no se pudo captar a 3 personas de la población.

- No existe un registro del nivel de autoeficacia y de las conductas promotoras de salud de las personas participantes que asisten a la Fundación FUNCAVIDA, por lo que no se puede realizar un análisis del impacto que esta ha tenido en sus vidas, que si bien no es un objetivo de esta investigación habría sido un dato interesante para analiza

Capítulo VI

Conclusiones y Recomendaciones

6.1 Conclusiones

Se encontró que las personas adultas con cáncer que asisten a la Fundación FUNCAVIDA poseen en promedio un nivel de autoeficacia medio-alto. Esto implica que las personas participantes podrían tener mayor posibilidad de adquirir una adecuada capacidad de afrontamiento a las situaciones especialmente difíciles que se presentan posterior al diagnóstico de cáncer.

La población en estudio presentó en general un nivel medio-bajo en sus conductas promotoras de salud, al indicar que solamente realizaban algunas veces las acciones que se les consultó. Del análisis individual de cada una de las dimensiones se encontró que las mejor evaluadas fueron las dimensiones de crecimiento espiritual, relaciones interpersonales y responsabilidad en salud, mientras que las que obtuvieron un menor promedio fueron las dimensiones de manejo del estrés, nutrición y actividad física.

Además, de esta investigación se concluye que la hipótesis planteada inicialmente, sobre si las personas adultas con cáncer que tienen un alto nivel de autoeficacia percibida tendrán mejores conductas promotoras de salud, se cumplió ya que existe una relación significativa positiva entre autoeficacia y conductas promotoras de salud. Como hallazgos adicionales se encontró que existió una correlación significativa positiva entre la autoeficacia y las dimensiones de actividad física, crecimiento espiritual, relaciones interpersonales y manejo del estrés; pero no hubo correlaciones entre autoeficacia y las dimensiones responsabilidad en salud y nutrición.

Por lo anterior, se resalta la influencia positiva que puede llegar a tener una adecuada autoeficacia sobre las conductas promotoras de salud en una persona con cáncer y por ende

la importancia de valorar estos aspectos en la práctica diaria de la Enfermería Oncológica, lo que permitiría trazar una ruta de acción para acciones de cuidado individuales o grupales. Asimismo, hacer uso del MPS de Pender aportaría pautas para el trabajo interdisciplinario de Enfermería Oncológica con psicología, nutrición, salud mental, terapia física, trabajo social, etc; lo que permitiría proponer intervenciones conjuntas para fomentar cada una de las dimensiones del estilo de vida promotor de salud y de esta manera resaltar los beneficios de cada una de las dimensiones de las conductas promotoras de salud en personas con cáncer, como una forma de fomentar herramientas de afrontamiento en las personas con cáncer durante todo su proceso de oncológico.

Por último, se concluye de este trabajo la importancia de la promoción de la salud en personas con cáncer, haciendo hincapié en que esta no está destinada únicamente a individuos “sanos” sino que es indispensable trabajarla en personas que pasan por algún proceso mórbido. La evolución natural del cáncer desencadenará una serie de cambios en la vida de las personas y su entorno, por lo que es importante desde la Enfermería Oncológica atender las necesidades propias de la enfermedad pero sin descuidar los otros aspectos globales de la salud de las mismas. Los profesionales de Enfermería Oncológica encontrarán en la promoción de la salud un medio para empoderar a las personas con cáncer sobre su situación de salud, así tendrán mayor control sobre la misma y una participación activa al enfrentar su enfermedad y evitar complicaciones de la enfermedad al mantener un estilo de vida saludable.

6.2 Recomendaciones

A los Fundación FUNCAVIDA:

- Utilizar los resultados encontrados en este estudio acerca del nivel de autoeficacia y conductas promotoras de salud de la población con cáncer que participa de sus actividades, con el fin de implementar acciones que impacten de mejor manera la salud de estas personas.
- Valorar la inclusión de profesionales en Enfermería Oncológica, con el fin de que las personas con cáncer que asisten a esta Fundación puedan tener una valoración y atención mucho más integral.

Al Posgrado de Ciencias de la Enfermería de la Universidad de Costa Rica:

- Incentivar la investigación desde enfermería acerca de las variables estudiadas en esta investigación, con el fin de obtener un mejor panorama del estado de salud de la población con cáncer en nuestro país y que de esta forma la información obtenida pueda ser útil a la hora proponer intervenciones o programas en salud que vayan dirigidas a las personas con este tipo de enfermedad.
- Promover en el plan de estudios de la maestría de Enfermería Oncológica el uso del Modelo Promoción de la Salud de Nola Pender durante la intervención de enfermería con las personas con cáncer, ya que promueve que estas busquen regular de forma activa sus propias conductas y se les incentiva a modificar sus conductas previas, adquiriendo nuevos hábitos saludables. Esto se puede implementar en el contenido teórico de las clases dentro la valoración integral de una personas con cáncer, así como su posterior implementación en los casos clínicos por medio del estudio de casos.

- Continuar la rotación por distintas Organizaciones No Gubernamentales, de forma que se puedan identificar espacios de acción para los profesionales en Enfermería Oncológica y se pueda realizar durante las rotaciones propuestas para crear/mejorar intervenciones desde enfermería que tengan un mayor impacto en la salud de las personas que forman parte de estas organizaciones.

Para la práctica de la enfermería en la Caja Costarricense del Seguro Social:

- Integrar durante la etapa de valoración del proceso de cuidado de enfermería el uso de instrumentos que midan la autoeficacia percibida y las conductas promotoras en salud de las personas con cáncer, de forma que tengan una visión más amplia del estado de salud individual de las personas y sobre que problemas es necesario dirigir el cuidado.
- Generar evidencia empírica acerca del impacto del desarrollo de conductas promotoras de la salud en las dimensiones como actividad física, nutrición y manejo del estrés, ya que podrían ser necesarias implementar estrategias de cuidado en la población con cáncer.

Para Futuras investigaciones:

- Valorar la validación de escalas que midan el nivel de autoeficacia y conductas promotoras de salud que se adapten a la población costarricense, las cuales permitan una mejor implementación y comprensión de las mismas en nuestro país.
- Realizar el estudio del nivel de autoeficacia y conductas promotoras de salud en poblaciones con características oncológicas similares, es decir, personas con las el mismo diagnóstico de cáncer o etapa del proceso de enfermedad, tratamiento o recuperación, lo cual permitirá obtener un panorama general de la situación de salud

y proponer propuestas de intervenciones en enfermería que permitan un mejor abordaje de las necesidades de cuidado de estas personas.

Bibliografía

Akin, S., Can, G., Durna, Z., & Aydiner, A. (2008). The quality of life and self-efficacy of Turkish breast cancer patients undergoing chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 12(5), 449–456. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2008.07.006>

American Cancer Society. (2011). *Global Cancer Facts & Figures 2nd Edition*. Atlanta.

Retrieved from

<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-027766.pdf>

American Society of Clinical Oncology. (2020). *Cáncer de mama: Tipos de tratamiento*.

Retrieved from <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-mama/tipos-de-tratamiento>

Aristizábal Hoyos, G. patricia, Blanco Borjas, D. M., Sánchez Ramos, A., & Ostiguín

Meléndez, R. M. (2011). The model of health promotion proposed by Nola Pender. A reflection on your understanding. *Enferm. Univ*, 8(4), 16–23.

<https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.06.002>

Barez, M., Blasco, T. & Fernández, C. (2003). La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer. *Anales de Psicología*, 19(2), 235-246.

Baskin, A. S., Kwan, L., Connor, S. E., Maliski, S. L., & Litwin, M. S. (2016). Low self-efficacy is associated with decreased emergency department use in underserved men

with prostate cancer. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations*, 34(1), 3.e15-3.e21. <https://doi.org/10.1016/j.urolonc.2015.08.017>

Beristáin García, I., Navarro, M. D., & Clínica, P. (2009). *Guía de Valoración del Paciente Adulto Basado en el Modelo de Promoción de la Salud. Desarrollo Cientif Enferm*, 17. Retrieved from <http://www.index-f.com/dce/17pdf/17-278.pdf>

Burns, N y Grove, S. (2012). *Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermea basada en la evidencia*. Barcelona, España: Elsevier/Sauders.

Cadena Estrada, J. C. (2017). El cuidado de enfermería en pacientes con riesgo cardiovascular sustentado en la teoría de Nola J Pender. *Investigación En Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 19(1), 107. <https://doi.org/10.11144/javeriana.ie19-1.ecep>

Campos, O. (2008). *Bioética Principialista: El Papel de la Tradición Norteamericana*. España: Asociación Universitaria de Filosofía de Granada. Retrieved from http://cfj.filosofia.net/2008/textos/bioetica_principalista.pdf

Casemiro Fernande W, Kimura M. (2010). Calidad de vida relacionada a la salud de mujeres con cáncer de cuello uterino. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, 18 (3), 62-72.

Castro, K. De, Meneghetti, M., Vida, Q. De, Autoeficácia, B. E. E., Mulheres, E., Com, J., Chem, C. (2011). *Qualidade De Vida , Bem Estar-Psicológico E Autoeficácia Em Mulheres*.

Cheng, Y. (2015). Investigation and countermeasures on the health-promoting lifestyle of the disabled elderly in a rural area. *Chinese Nursing Research*, 2(4), 107–109. <https://doi.org/10.1016/j.cnre.2015.09.007>

Desarrollo Humano Integral. (2013). Conductas y estilos de vida Influyen en la SALUD

Resumen: La importancia de los Hábitos.

Díaz, M., Gattas, S., López, J., & Tapia, A. (2013). Enfermería oncológica: estándares de seguridad en el manejo del paciente oncológico. *Revista Médica Clínica Las Condes*.
[https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(13\)70209-8](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70209-8)

Ding, S., Liang, S., Wu, W., Liu, C., & Cheng, S. (2016). Opioid-taking self-efficacy as influencing emotional status in patients with cancer pain. *European Journal of Oncology Nursing*, 25(2016), 77–82. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2016.10.002>

Estado de la Educación. (2021). Octavo Estado de la Educación 2021. Programa Estado de la Nación. -- San José, C.R.

Estado de la Nación. (2013). Decimonoveno Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. (P. E. de la Nación, Ed.). San José, C.R.

Firmino Bezerra, S., Mesquita Lemos, A., Costa de Sousa, S., De Lima Carvalho, C., Carvalho Fernandes, A., & Santos Alves, M. (2013). Promoción de la salud: La calidad de vida en las prácticas de enfermería. *Enfermería Global*, 12(4), 260–269.
<https://doi.org/10.1177/1056492610362917>

Font, A; Rodríguez, E; & Buscemi, V. (2004). Fatiga, expectativas y calidad de vida en cáncer. *PSICOONCOLOGÍA*, 1(2-3),45-56.

Galan, E. (2019). Funcionamiento familiar y estilos de vida promotores de salud en las familias de pacientes con cáncer de colon y recto. Universidad de Zaragoza

- Gallegos Cerón, M. G. (2018). Conductas de Salud. *Boletín Científico de La Escuela Superior de Atotonilco de Tula*, 3(5). <https://doi.org/10.29057/esat.v3i5.1484>.
- Gerrish, K y Lacely, A. (2008). *Investigación en Enfermería*. 5th ed. Madrid, España.
- Gómez, M. (2012). *Elementos de Estadística Descriptiva*. 4th ed. San José, Costa Rica.
- Grove, S; Gray, J; y Burns, N. (2016). *Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermea basada en la evidencia*. 6th ed. Barcelona, España: Elsevier.
- Grupo Español de Cáncer. (2013). Todo lo que empieza cuando “termina” el cáncer. Madrid, España. Retrieved from <http://gepac.es/multimedia/gepac2016/pdf/Todo-lo-que-empieza-cuando-termina-el-cancer.pdf>
- Hamed Bieyabanie, M., & Mirghafourvand, M. (2020). Health Promoting Lifestyle and its Relationship with Self-Efficacy in Iranian Mastectomized Women. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*, 21(6), 1667–1672. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2020.21.6.1667>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. del P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ta edición). México D.F.: McGraw-Hill/Interamericana editores.
- Holloway, A., & Watson, H. E. (2002). Role of self-efficacy and behaviour change. *International Journal of Nursing Practice*, 8(2), 106–115. <https://doi.org/10.1046/j.1440-172x.2002.00352.x>
- Hulme, P. A., Walker, S. N., Effle, K. J., Jorgensen, L., MCGowan, M. G., Nelson, J. D., & Pratt, N. (2010). Health-Promoting Lifestyle Behaviors of Spanish-Speaking

Hispanic Adults. *Journal of Transcultural Nursing*, 14(3), 244–254.

<https://doi.org/10.1177/1043659603253562>

INEC. (2017). *Panorama demográfico*. San José, Costa Rica.

Laguado E, & Gómez M. (2014). Estilos de vida saludable en estudiantes de enfermería en la Universidad Cooperativa de Colombia. *Hacia La Promoción de La Salud*, 19(1), 68–83. Retrieved from <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v19n1/v19n1a06.pdf>

Lam, W., & Fielding, R. (2007). Is self-efficacy a predictor of short-term post-surgical adjustment among Chinese women with breast cancer? *Psycho-Oncology*, 16, 651–659. <https://doi.org/10.1002/pon>

Lorig, K., Ritter, P., & González, V. (2007). Spanish Chronic Disease Self-Efficacy Questionayre. Self-Management Resource Center.

Loring, K., Ritter, P., & González, V. (2003). Hispanic Chronic Disease Self-Management: A randomized community-based outcome trial. *Nursing Research*, 52(6), 361–369. <https://doi.org/.1037//0033-2909.126.1.78>

Ministerio de Salud. (2012). *Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer 2011-2017*. Ministerio de Salud. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Ministerio de Salud. (2015). Registro Nacional de Tumores.

Moreno, A; Krikorian, A & Palacio, C. (2015). Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 33(3), 517-529.

- Moros, T; Ruidiaz, M; Caballero, A; Serrano, E; Martinez, V & Tres A. (2010). Ejercicio físico en mujeres con cáncer de mama. *Revista Médica de Chile*. 138(6).
- Muñoz, A., Mané, J. M., Viteri, A., & Barceló, R. (2003). Introducción al tratamiento oncológico: indicaciones e intención de los tratamientos. *Gaceta Médica de Bilbao*, 100(4), 133–138. [https://doi.org/10.1016/s0304-4858\(03\)74449-7](https://doi.org/10.1016/s0304-4858(03)74449-7)
- Olaz, F. (2010). Creencias de Autoeficacia: desarrollo de escalas y líneas de investigación. *Revista Tesis* (Vol. 1).
- Olivari Medina, C., & Urra Medina, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y Enfermería*, 13(1), 9–15.
- OMS. (2013). Centro de Prensa: Cáncer. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- OMS. (2016). Promoción de la Salud.
- OMS. (2021). Cáncer. Retrieved from <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/cancer>.
- Organización Internacional del Trabajo. (2000). Equidad de Género en el Mundo del Trabajo en América Latina - Avances y Desafíos 5 Años después de Beijing, presentado a la Octava Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, Lima, Perú, 8.-10.2. Recuperado de <http://www.ilo.org/public//spanish/region/ampro/cinterfor/temas/gender/doc/cinter/equidad/>

- Pardo, K & Villamizar, N. (2021). Estilos de vida promotores de salud en mujeres adultas con cáncer seno o cervico-uterino, que asisten al Centro Javeriano de Oncología, en el año 2020. Pontificia Universidad Javeriana
- Pastuña Doicela, R., & Sanhueza Alvarado, O. (2021). Influencia de la autoeficacia en la incertidumbre y la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. Revisión integrativa. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 10(2), 124–144. Retrieved from <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/enfermeriacuidadoshumanizados/article/view/2603/2441>
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. A. (2015). *Health Promotion in Nursing*. Pearson Education, Inc. <https://doi.org/10.1016/j.colsurfa.2004.02.029>
- Pérez, E. (2016). Experiencias de pacientes con cáncer en estado paliativo respecto a su participación en un estudio de intervención sobre el estilo de vida mientras reciben quimioterapia. *Enfermería Clínica*, 26(2), 149–151.
- Pérez, P., González, A., Mieles, I., & Uribe, A. (2017). Relación del apoyo social, las estrategias de afrontamiento y los factores clínicos y sociodemográficos en pacientes oncológicos. *Pensamiento Psicológico*, 15(2), 41-54.
- Perkins, H., Baum, G., Taylor, C., & Basen-Engquist, K. (2009). Effects of treatment factors, comorbidities and health-related quality of life on self-efficacy for physical activity in cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 18(4), 405–411. <https://doi.org/10.1002/pon.1535>
- Quintana, V. A., Díaz López, K., & Juvera, G. (2018). Intervenciones para promover estilos

de vida saludables y su efecto en las variables psicológicas en sobrevivientes de cáncer de mama: revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, 35(4), 979–992.

- Raile, M., & Marriner, A. (2011). *Modelos y Teorías en Enfermería. Teoría de las Transiciones: Afaf Ibrahim Meleis* (Séptima ed). Barcelona, España: Elsevier.
- Ramírez Elizondo, N. (2015). Abordaje conceptual del cuidado para mejorar la práctica de Enfermería. *Enfermería En Costa Rica*, 66–71.
- Ramírez, D., Rodríguez, J., Rojas, J., Tames, D., & Vilchez, V. (2018). *Estilos de vida promotor de salud en personas trabajadoras de una institución pública costarricense: un análisis desde el modelo de Nola Pender*. Universidad de Costa Rica.
- Salazar, Isabe, C., Lemasoto, L. F., Arevalos, M. T., Cardona, J. A., & Alarcon, C. (2010). Evaluación de las conductas de salud en jóvenes universitarios. *Revista de Salud Publica*, 12(4), 599–611.
- Sanhueza Alvarado; Vilchez Barboza. (2011). Enfermería: una disciplina social. *Enfermería En Costa Rica*, 32(2), 81–88.
- Silva, M. C. S. da, & Lautert, L. (2010). The sense of self-efficacy in maintaining health promoting behaviors in older adults. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 44(1), 60–66. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2010619525&lang=es&site=ehost-live>
- Stromborg, M., Pender, N., Walker, S., & Sechrist, K. (1990). Determinants of Health-

Promoting Lifestyle in Ambulatory. *Soc. Sci. Med.*, 31(10), 1159–1168.

Taechaboonsermsak, P., Kaewkungwal, J., Singhasivanon, P., Fungladda, W., & Wilailak, S. (2005). Causal Relationship Between Health Promoting Behavior and Quality of Life in Cervical Cancer. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 36(6).

Tehrani, F. J., & Nikpour, S. (2014). Effect of health on knowledge, self-efficacy and health behaviours of women with urinary tract infection. *International Journal of Urological Nursing*, 8(1), 3–14. <https://doi.org/10.1111/ijun.12026>

Téllez, A. (2001). Trabajo y representaciones ideológicas de género. Propuesta para un posicionamiento analítico desde la antropología cultural. *Gaceta de antropología*, 6(17), 1-14. Recuperado de http://www.ugr.es/~pwlac/G17_17Anastasia_Tellez_Infantes.pdf

Trejo, M. (2010). Aplicación del modelo de Nola Pender a un adolescente con sedentarismo. *Enfermería Neurológica*, 9 (1),39-44. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene101j.pdf>

Triviño, Z. (2012). Conductas promotoras de salud en estudiantes de una institución de educación superior. *Aquichan*, 12(3), 275–285.

Triviño, Z., Stiepovich, J., & Merino, J. M. (2007). Factores predictores de conductas promotoras de salud en mujeres peri-post-menopáusicas de Cali, Colombia. *Colombia Medica*, 38(4), 395–407.

Tsay, S. L., Ko, W. S., & Lin, K. P. (2017). The lifestyle change experiences of cancer survivors. *The Journal of Nursing Research*, 25(5), 328–335. doi:10.1097/jnr.0000000000000178

Uclés Villalobos, Vanessa, Mata Jiménez, Laura, & Matamoros Sánchez, Arnoldo. (2017). Descripción de la población de personas con cáncer de mama referida al Programa de Rehabilitación en Cáncer y Cuidados Paliativos del Servicio de Fisiatría del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, 01 de junio del 2012 al 31 de mayo del 2013. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 26(1), 30-44. Retrieved November 08, 2021, from http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292017000100030&lng=en&tlng=es.

Ugalde, N., & Balbastre, F. (2013). Investigación cuantitativa e investigación cualitativa: buscando las ventajas de las diferentes metodologías de investigación. *Ciencias Económicas*, 31(2), 179–187.

Ureña Vargas, M. J. Sánchez Carballo, R. Kivers Bruno, G. Cerdas Soto, D. & Fernández Angulo. (2021). V. Cáncer de piel: revisión bibliográfica. *Revista Ciencia Y Salud Integrando Conocimientos*, 5(5), Pág. 85-94. <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v5i5.347>

Usta, Y. (2012). Importance of Social Support in Cancer Patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(8), 3569-3572.

Valentín, V., Murillo, M., Valentín, M., & Royo, D. (2004). Cuidados continuos. Una necesidad del paciente oncológico. *Psicooncología*, 1(1), 155–164. Retrieved from

<http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/17210>

Villena; P & Aquije; G (2019). Estilos de vida de los pacientes oncológicos. *Ciencia y arte de enfermería*. 2019 julio; 4(1)

Walker, S; Sechrist, K; & Pender, N. (1995). Modelo de promoción de la salud: instrumentos para medir el estilo de vida que promueve la salud: perfil de estilo de vida que promueve la salud [HPLP II] (versión para adultos).

Yi, M., & Kim, J. (2013). Factors influencing health-promoting behaviors in Korean breast cancer survivors. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(2), 138–145.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.05.001>

Zamarian H, Amini-Tehrani M, et al. Apoyo social percibido, estrategias de afrontamiento, ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama: evaluación de un modelo de mediación. *Revista Europea de Enfermería Oncológica*. diciembre 2020; 3(18).

Zúñiga Tapia, R. (2021). Autoeficacia y calidad de vida relacionada con salud en mujeres sobrevivientes de cáncer mamario. Concepción, Chile.

ANEXOS

Anexo 1: Consetimiento informado



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
Teléfono/Fax: (506) 2511-4201

Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería
Programa Posgrado de Ciencias de la Enfermería

FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Relación entre la autoeficacia y las conductas promotoras de salud en personas con cáncer que asisten una asociación: Un análisis desde el modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender.

Código (o número) de proyecto: _____

Nombre de el/la investigador/a principal: _____

Nombre del/la participante: _____

Medios para contactar a la/al participante: números de teléfono _____

Correo electrónico _____

Contacto a través de otra persona _____

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO: El presente proyecto de investigación corresponde a un trabajo final de graduación para optar por el grado de Master en Enfermería Oncológica, del Programa de Posgrado de Ciencias de la Enfermería de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica. El propósito de realizar esta investigación es conocer la relación que tiene la *autoeficacia* (que es la confianza que tienen las personas en sus propias capacidades para lograr un fin) y las *conductas promotoras de salud* de una persona con cáncer (que son actividades saludables), ya que se consideran dos factores importantes en la implementación de estilos de vida saludable en las personas con cáncer y los beneficios que estos conllevan. El número de participantes que se tienen contempladas para este estudio es aproximadamente 60 personas, las cuales deben ser mayores de edad, que tienen cáncer o sobrevivientes de la enfermedad y que asistan a la fundación FUNCAVIDA.

B. ¿QUÉ SE HARÁ? Si acepta participar de este estudio, usted esta dando su autorización para

1. Llenar un cuestionario que incluye 3 partes: el primer apartado corresponde a unas preguntas sobre sus datos sociodemográficos (edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, lugar de residencia, número de hijos, antecedentes patológicos, tipo de cáncer que tiene o tuvo, fecha del diagnóstico, tratamiento recibido, apoyo familiar); segundo apartado la Escala de Estilo de Vida Promotor de Salud (que incluye preguntas sobre crecimiento espiritual, manejo del estrés, actividad física, relaciones interpersonales, nutrición y responsabilidad en salud) y el tercer apartado corresponde a la Escala de Autoeficacia para el manejo de enfermedades

1

Firma de sujeto participante: _____
Comité Ético Científico - Universidad de Costa Rica - Número de sesión en que fue aprobado el proyecto: _____ Comité Ético Científico -
Universidad de Costa Rica

crónicas, la cual incluye 4 preguntas relacionadas a la capacidad que tiene usted para controlar la fatiga, el dolor, la angustia emocional y otros síntomas causados por su enfermedad para poder realizar las actividades diarias. El tiempo aproximado de duración para completar este cuestionario es de 15 minutos.

Lo anterior se realizará en las instalaciones de la fundación FUNCAVIDA, en una sala que brinde comodidad y privacidad para las personas participantes.

Cuando se haya finalizado la investigación, se estará realizando una actividad por parte de los investigadores para que se conozcan de manera global los resultados del estudio, así mismo, se impartirá un taller que permitirá trabajar y fortalecer la autoeficacia en conductas de salud de personas con cáncer a nivel grupal.

C. RIESGOS:

1. Los riesgos que usted podría presentar al participar de este estudio están en su mayoría relacionados al llenado del cuestionario, por ejemplo usted podría experimentar incomodidad o molestia al responder alguna pregunta. Por tal razón, usted puede no responder a alguna pregunta que le incomode o bien dejar de participar en el estudio en cualquier momento si así lo desea, sin sufrir ninguna consecuencia por ello.
2. También aclaramos que existe el riesgo mínimo de pérdida de privacidad. Sin embargo, no se le forzará a dar información que no desee brindar, la información será recolectada en un lugar privado y se le garantiza la confidencialidad de sus respuestas, ya que su cuestionario será identificado con un número y no con su nombre.
3. Además, los investigadores cuentan con formación en salud mental por lo que podrían atenderle en caso necesario por situaciones relacionadas a su participación en el estudio.

D. BENEFICIOS:

1. Como beneficio directo usted podrá reflexionar sobre su enfermedad y autocuidado al llenar el cuestionario. También, al finalizar la investigación, se tomará el espacio de tiempo pertinente en las instalaciones de la fundación, para comunicarle a usted y a los otros participantes los resultados del estudio. Así mismo, se impartirá un taller a nivel grupal, del cual usted podrá participar. Con éste, se pretende trabajar y fortalecer la autoeficacia en conductas de salud de personas con cáncer.
2. También, como resultado de su participación en este estudio se obtendrá información acerca de autoeficacia y estilos de vida saludable de la persona con cáncer, lo cual contribuirá con la investigación en oncología y con el planteamiento de futuras intervenciones que beneficiarían a otras personas con esta enfermedad en el futuro. Además, los resultados obtenidos de este estudio serán de utilidad para la fundación a la que usted pertenece y con estos datos FUNCAVIDA podrá tomar medidas para mejorar o mantener aquellos programas o actividades que ayuden a mejorar su salud.

E. VOLUNTARIEDAD: Su participación en esta investigación es voluntaria. Usted tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte su participación en la fundación a la que pertenece.

F. CONFIDENCIALIDAD:

- a) Los investigadores garantizamos el estricto manejo y confidencialidad de la información que usted nos brinde, para esto se resguardarán los datos y el acceso a la información física por medio de mueble bajo llave e información en digital por medio de una memoria extraíble encriptada (con contraseña); únicamente los investigadores tendrán acceso a la información una vez recolectada. Los datos serán guardados por un periodo de 5 años.
- b) Se aclara que los resultados de este estudio podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica, pero su participación en el mismo será totalmente confidencial.
- c) Es posible que los resultados de la investigación se utilicen en el futuro, por lo que se mantendrá el anonimato de los participantes.
- d) En caso de que usted desee tener acceso a la información brindada o resultados finales de la investigación deberá ponerse en contacto con los investigadores por medio de los números que aparecen abajo.

G. INFORMACIÓN: Antes de dar su autorización debe haber hablado con alguno de los investigadores de este estudio y ellos deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puede obtenerla llamando a la Dra. Ana Laura Solano, PhD al teléfono 2511-3178 o al Lic. Adrián Alvarez Briceño, al teléfono 8720-1708 o a Licda. Andrea Araya Rodríguez, al teléfono 8381-4205 en el horario de 8am a 4pm de lunes a viernes. Además, puede consultar sobre los derechos de los sujetos participantes en proyectos de investigación al Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud (CONIS), teléfonos 2257-7821 extensión 119, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse con la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica **a los teléfonos 2511-4201, 2511-1398**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

H. Usted NO perderá ningún derecho por firmar este documento y recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata el proyecto, las condiciones de mi participación y accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

***Este documento debe de ser autorizado en todas las hojas mediante la firma, (o en su defecto con la huella digital), de la persona que será participante o de su representante legal.**

Nombre, firma y cédula del sujeto participante

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del/la investigador/a que solicita el consentimiento

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del/la testigo

Lugar, fecha y hora

Anexo 2. Cuestionario de recolección de datos

TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN
“RELACIÓN ENTRE LA AUTOEFICACIA Y LAS CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD EN PERSONAS CON CÁNCER QUE ASISTEN A UNA ASOCIACIÓN: UN ANÁLISIS DESDE EL MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLAPENDER”

CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Quisiéramos pedir su colaboración para que conteste algunas preguntas, las cuales le llevarán 30 min aproximadamente. Para contestar este cuestionario le solicitamos que lo haga con la mayor sinceridad posible, no hay respuestas correctas ni incorrectas, además sus respuestas serán confidenciales. Esta información será de gran valor para nuestra investigación y se utilizará solo para los fines que le fueron mencionados anteriormente.

INSTRUCCIONES: El instrumento consta de tres apartados. *Lea cada enunciado que se le presenta y conteste lo que se le solicita.* Si tuviera alguna duda sobre alguna pregunta o enunciado hágaselo saber a los investigadores.

A. Información Sociodemográfica

1. ¿Qué edad tiene?: _____

2. ¿Cuál es su ()Mujer ()Hombre
sexo?:

3. ¿Dónde vive?: _____

4. ¿Con quién vive? _____

5. ¿Cuál es su escolaridad alcanzada?

Primaria ()incompleta ()completa

Secundaria ()incompleta ()completa

Técnico profesional ()incompleta ()completa

Bachillerato universitario ()incompleto ()completo

Licenciatura universitaria ()incompleta ()completa

Posgrado universitario ()incompleto ()completo

6. ¿Cuál es su ocupación? _____

7. ¿Cuál es su estado civil?

Soltero/a Casado/a Divorciado/a

Viudo/a Unión libre Separado/a

8. ¿Tiene hijos?: (Si. Cuántos:
)No .

9. ¿Qué tipo de cáncer tiene? _____

10. ¿En qué año recibió el diagnóstico? _____

11. Con respecto a su enfermedad, ¿cuál es su condición?

En estudios iniciales

En tratamiento

En tratamiento por recidiva (reaparición del cáncer)

En remisión (sobreviviente del cáncer)

12. Indique cual tratamiento recibe o recibió (puede marcar varias):

Quimioterapia. ¿Cuál?: _____.

Radioterapia. ¿En qué parte del cuerpo? _____.

Cirugía. ¿Cuál? _____.

Otro. Especifique: _____

13. ¿Quedó usted con alguna secuela producto del cáncer o del tratamiento?

()No

()Si. Especifique: _____.

14. ¿En qué centro médico recibe usted el tratamiento y/o seguimiento del cáncer? _____.

15. Presenta alguna otra enfermedad:

()No

()Si. Especifique: _____.

16. ¿Necesita ayuda para su cuidado?

()No. Pase a la pregunta 18

()Si. ¿De quién? _____

17. ¿Indique en qué actividades necesita ayuda?

18. ¿Cuánto tiempo tiene de pertenecer a la fundación? _____.

19. En términos generales, ¿cómo describe su estado de salud?

()Excelente ()Bueno ()Regular Malo()

B. Escala de Autoeficacia de Enfermedades Crónicas

En las siguientes preguntas nos gustaría saber qué piensa usted de sus habilidades para controlar su enfermedad. Por favor marque el número que mejor corresponda a su nivel de seguridad de que puede realizar en este momento las siguientes tareas

20. ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder evitar que la fatiga o cansancio debido a su enfermedad interfiera con las cosas que quiere hacer?

muy inseguro(a) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | muy seguro(a)

21. ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder evitar que las dolencias debido a su enfermedad interfieran con las cosas que quiere hacer?

muy inseguro(a) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | muy seguro(a)

22. ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder evitar que el estado emocional debido a su enfermedad interfiera con las cosas que quiere hacer?

muy inseguro(a) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | muy seguro(a)

23. ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder evitar que algunos otros síntomas o problemas de salud que tiene interfieran con las cosas que quiere hacer?

muy inseguro(a) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | muy seguro(a)

C. Escala Estilo de Vida Promotor de Salud

A continuación, responda a cada enunciado que se le presenta indicando la frecuencia con la que usted se dedica a cada conducta

	Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Rutinariamente
24. Discuto mis problemas y preocupaciones con personas allegadas.				

	Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Rutinariamente
25. Escojo una dieta baja en grasas, grasas saturadas, y en colesterol.				
26. Informo a un doctor(a) o a otros profesionales de la salud cualquier señal inusual o síntoma extraño.				
27. Sigo un programa de ejercicios planificados.				
28. Duermo lo suficiente.				
29. Siento que estoy creciendo y cambiando personalmente en una forma positiva.				
30. Elogio fácilmente a otras personas por sus éxitos.				
31. Limito el uso de azúcares y alimentos que contienen azúcar (dulces).				
32. Leo o veo programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud.				
33. Hago ejercicios vigorosos por 20 o más minutos, por lo menos tres veces a la semana (tales y como caminar rápidamente, andar en bicicleta, baile aeróbico, usar la maquina escaladora).				

	Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Rutinariamente
34. Tomo algún tiempo para relajarme todos los días.				
35. Creo que mi vida tiene propósito.				
36. Mantengo relaciones significativas y enriquecedoras.				
37. Como de 6-11 porciones de pan, cereales, arroz, o pasta (fideos) todos los días.				
38. Hago preguntas a los profesionales de la salud para poder entender sus instrucciones.				
39. Tomo parte en actividades físicas livianas a moderadas (tales como caminar continuamente de 30 a 40 minutos, 5 o más veces a la semana.				
40. Acepto aquellas cosas en mi vida que yo no puedo cambiar.				
41. Miro adelante hacia el futuro.				
42. Paso tiempo con amigos íntimos.				
43. Como de 2 a 4 porciones de frutas todos los días.				

	Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Rutinariamente
44. Busco una segunda opinión, cuando pongo en duda las recomendaciones de mi proveedor de servicios de salud.				
45. Tomo parte en actividades físicas de recreación (tales como nadar, bailar, andar en bicicleta).				
46. Me concentro en pensamientos agradables a la hora de acostarme.				
47. Me siento satisfecho y en paz conmigo mismo(a).				
48. Se me hace fácil demostrar preocupación, amor y cariño a otros.				
49. Como de 3 a 5 porciones de vegetales todos los días.				
50. Discuto mis cuestiones de salud con profesionales de la salud.				
51. Hago ejercicios para estirar los músculos por lo menos 3 veces por semana.				
52. Uso métodos específicos para controlar mi tensión.				
53. Trabajo hacia metas de largo plazo en mi vida.				

	Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Rutinariamente
54. Toco y soy tocado(a) por las personas que me importan.				
55. Como de 2 a 3 porciones de leche, yogurt, o queso cada día.				
56. Examino mi cuerpo por lo menos mensualmente, por cambios físicos o señales peligrosas.				
57. Hago ejercicios durante actividades físicas usuales diariamente (tales como caminar a la hora del almuerzo, utilizar escaleras en vez de elevadores, estacionar el carro lejos del lugar de destino y, caminar).				
58. Mantengo un balance del tiempo entre el trabajo y pasatiempos.				
59. Encuentro cada día interesante y retador (estimulante).				
60. Busco maneras de llenar mis necesidades de intimidad (tanto con mi pareja como con amigos y familiares).				
61. Como solamente de 2 a 3 porciones de carne, aves,				

	Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Rutinariamente
pescado, frijoles, huevos, y nueces todos los días.				
62. Pido información de los profesionales de la salud sobre como tomar buen cuidado de mí misma(o).				
63. Examino mi pulso cuando estoy haciendo ejercicios.				
64. Practico relajación o meditación por 15-20 minutos diariamente.				
65. Estoy consciente de lo que es importante para mí en la vida.				
66. Busco apoyo de un grupo de personas que se preocupan por mí.				
67. Leo las etiquetas nutritivas para identificar el contenido de grasas y sodio en los alimentos empacados.				
68. Asisto a programas educativos sobre el cuidado de salud personal.				
69. Alcanzo mi pulso cardíaco objetivo cuando hago ejercicios.				
70. Mantengo un balance para prevenir el cansancio.				

	Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Rutinariamente
71. Me siento unido(a) con una fuerza más grande que yo.				
72. Me pongo de acuerdo con otros por medio del dialogo y compromiso.				
73. Como desayuno.				
74. Busco orientación o consejo cuando es necesario.				
75. Expongo mi persona a nuevas experiencias y retos.				

Muchas gracias por su participación